
Ministère de l'Emploi et de la Solidarité
Haut Comité de la santé publique

La progression de la précarité en France et ses effets sur la santé

Catalogage Electre-Bibliographie

FRANCE. Haut comité de la santé publique

La progression de la précarité en France et ses effets sur la santé /

Haut comité de la santé publique. - Rennes : Ed. ENSP, 1998. - (Avis et rapports ; 1244-5622)

ISBN 2-85952-726-5

RAMEAU :

santé : aspect social : France

pauvres : soins médicaux : France

aide sociale : droit : études comparatives

DEWEY :

362.1 : Services sociaux spécifiques. Hôpitaux.

Centres médicaux. Politiques de santé publique

Public concerné :

Public intéressé

Illustration couverture : DIATHEM, Nantes

LE PHOTOCOPIAGE MET EN DANGER L'ÉQUILIBRE ÉCONOMIQUE DES CIRCUITS DU LIVRE.

Toute reproduction, même partielle, à usage collectif de cet ouvrage est strictement interdite sans autorisation de l'éditeur (loi du 11 mars 1957, code de la propriété intellectuelle du 1^{er} juillet 1992).

© 1998, Éditions ENSP - Avenue du Professeur Léon-Bernard - 35043 Rennes cedex

ISBN 2-85952-726-5 - ISSN 1244-5622

<http://editions.ensp.fr>

<i>Saisine ministérielle</i>	VII
<i>Avis du Haut Comité de la santé publique</i>	IX
<i>Remerciements</i>	XVII
Introduction	1
Précarité et santé : les définitions et leurs limites	11
La progression de la précarisation	14
La précarité : un phénomène qu'on ne peut plus ignorer	26
La santé, un processus dynamique	38
Précarisation et processus de santé	43
Au-delà des frontières	49
La pauvreté et la précarité en Europe	51
Pauvreté, précarité et santé au-delà des frontières	55
Déterminants de l'état de santé et précarité	69
Déterminants socio-économiques et psychiques	69
Déterminants de la santé et situation de précarité	94
Protection sociale et système de soins : les conséquences de l'absence d'universalité	107
La protection sociale : un empilement de dispositifs de plus en plus complexes	107
Un accès aux soins inégal et inéquitable	126
Le coût des dispositifs « précarité/santé » : une estimation impossible	158
Situations de vulnérabilité et menaces sur l'état de santé	167
Naître et grandir dans la précarité	168
Grossesse, petite enfance et précarité	174
L'école : un amplificateur de la précarité	179
Adolescence à risque et jeunesse précaire	185
Quelques dispositifs de protection de la santé des jeunes (enfants, adolescents et jeunes adultes)	204
Précarisation de l'emploi, du travail et du chômage	208

La précarisation de l’habitat et le cadre de vie	262
La vulnérabilité des familles monoparentales	269
Étrangers et Français d’origine étrangère	272
Conduites à risque et conduites de consommation	279
Les sorties de la vie active et les entrées dans la vieillesse	285
Recommandations	295

Le secrétariat d'État à la Santé
et à la Sécurité sociale

Le secrétaire d'État à l'Action
humanitaire d'urgence

Paris, le 6 mai 1996

**Note à l'attention
de Monsieur Pierre Ducimetière
Vice-Président du Haut Comité de la santé publique**

Objet : Saisine du Haut Comité de la santé publique (HCSP)

Nous souhaitons que le Haut Comité de la santé publique puisse étudier les problèmes de santé publique et d'organisation des soins, présents et futurs, liés à la précarité et au phénomène de précarisation sociale, et nous présenter des recommandations quant aux actions à entreprendre dans ce domaine.

Le Haut Comité de la santé publique s'attachera à considérer les relations entre les processus sociaux de précarisation (économique, familiale, liée aux migrations, etc.) et ses répercussions sur la santé des personnes concernées.

Le Haut Comité de la santé publique s'attachera à croiser les données et les connaissances sanitaires et médicales avec les données et les connaissances provenant de la psychologie, de l'économie, de la sociologie, du droit, des sciences administratives dont il pourra disposer.

Les hypothèses sur les conséquences lointaines des processus de précarisation sur l'état de santé des groupes les plus vulnérables et en particulier sur celui de ceux qui sont actuellement enfants ou adolescents feront particulièrement l'objet de son attention.

En s'appuyant sur ces travaux ainsi que sur les expériences étrangères les plus marquantes, le Haut Comité de la santé publique proposera les stratégies qui lui semblent les mieux à même de pouvoir contribuer à l'amélioration de l'état de santé actuel et futur des personnes concernées.

Hervé Gaymard

Xavier Emmanuelli

Avis du Haut Comité de la santé publique

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 périurbaines, 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 cardio-ischémiques 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 crée 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 partie significative de la population française qui serait alors menacée. **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 un préalable 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 société, 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 sociale 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 soit lancé 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 nationale 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

Remerciements

Ce rapport est le fruit de la réflexion d'un groupe de travail mis en place en septembre 1996 par le Haut Comité de la santé publique à la suite d'une saisine conjointe du secrétaire d'État à la Santé et du Secrétaire d'État à l'Aide humanitaire d'urgence.

Ce groupe de travail a été présidé par le Dr Jean-Daniel Rainhorn, directeur de CD-Santé, conseiller pour la santé de la Caisse des Dépôts – Développement (C3D) et membre du Haut Comité de la santé publique.

La rédaction de ce rapport a été réalisée sous la responsabilité du Dr Jean-Daniel Rainhorn et du Pr François Grémy, professeur de santé publique à l'université de Montpellier I et membre du Haut Comité de la santé publique.

Le Haut Comité de la santé publique tient à remercier tous ceux qui ont contribué à la rédaction de ce rapport :

Mme Dominique Acker, directeur du Centre hospitalier de Saint-Denis
M. Michel Calvo, directeur de l'Observatoire régional de la précarité, de l'insertion et de l'intégration du Languedoc-Rousillon, Montpellier
Mme Isabelle Billiard, sociologue à la MIRE, Paris
M. Étienne Caniard, membre du Haut Comité de la santé publique
Dr Laurence Defradat, chargée d'études à CD-Santé, Paris
Dr Marie-Thérèse Fritz, responsable de la PMI, Conseil général de la Côte-d'Or
Mme Odile Griette, chargée d'études à CD-Santé, Paris
M. Thierry Guimonneau, Direction générale de la santé, Paris
Pr Gérard Lafore, professeur de droit public à l'Institut d'études politiques, université Bordeaux IV
Mme Christine Meyer, économiste, Fédération nationale de la Mutualité Française, Paris
Mme Marie-Danielle Pierrelée, chef d'établissement de l'enseignement secondaire, chargée de mission à l'Éducation nationale, Amiens.

Le Haut Comité de la santé publique remercie également les personnes dont les noms suivent pour leur contribution à la réflexion du groupe de travail. Leurs exposés, leurs commentaires et leurs critiques ont souvent été décisifs et ont considérablement enrichi ce rapport. Ceci n'implique pas qu'elles partagent nécessairement l'ensemble des idées et des propositions faites dans ce document.

M. Michel Autès, sociologue, Cnrs, Clerse-Ifresi
M. Adrien Bedossa, membre du Haut Comité de la santé publique
Mme Marie Choquet, directeur de recherche à l'Inserm U169, Paris
Dr Didier Fassin, maître de conférences en socio-anthropologie à l'université Paris XIII
Pr Marcel Goldberg, professeur de Santé Publique à Paris
Dr Michel Ghysel, membre du Haut Comité de la santé publique
Pr Albert Hirsch, membre du Haut Comité de la santé publique
Dr Noëlle Lasne, responsable de la Mission France à Médecins sans frontières
Pr Antoine Lazarus, Professeur de santé publique à l'université Paris XIII
Mme Florence Leduc, directrice de la Fédération des associations de soins et services à domicile (Fassad), Paris
M. Guy Neyret, Inspection générale de l'Insee

Remerciements :

M. Jean-Marie Petitclerc, animateur d'associations
M. Olivier Quéroutil, chargé de mission à la délégation interministérielle au RMI, ministère de l'Emploi et de la Solidarité
M. Jean-Pierre Rosenczveig, magistrat, président du Tribunal pour enfants, Bobigny
M. Jean-Claude Sailly, membre du Haut Comité de la santé publique
Mme Annie Thébaud-Mony, directeur de recherche à l'Inserm (U292/Isis)
Pr Maurice Tubiana, membre du Haut Comité de la santé publique.

Le Haut Comité de la santé publique tient particulièrement à remercier M. Henri Verdier, directeur de Cred-M, Paris, pour la qualité de sa contribution à la réflexion du groupe de travail et sa participation à la rédaction de ce rapport. Enfin, le groupe de travail tient à souligner l'importance du soutien de Mme Claudine Le Grand qui a joué un rôle essentiel dans l'organisation de ses activités et de Mmes Hafosa Ali et Catherine Lavielle qui lui ont permis de disposer d'une documentation très abondante.

La nation assure à l'individu et à sa famille les conditions nécessaires à leur développement. Elle garantit à tous, notamment à l'enfant, à la mère, au vieux travailleur, la protection de la santé, de la sécurité matérielle, le repos et les loisirs. 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.

Préambule de la Constitution de 1946
repris dans la Constitution de 1958.

Ce rapport fait suite à une saisine du Haut Comité de la santé publique par le secrétaire d'État à la Santé et à la Sécurité sociale ainsi que par le secrétaire d'État à l'Action humanitaire d'urgence qui demandait que l'on « *puisse étudier les problèmes de santé publique et d'organisation des soins, présents et futurs liés à la précarité et au phénomène de précarisation sociale et [...] présenter des recommandations quant aux actions à entreprendre dans ce domaine* ». Un groupe de travail multidisciplinaire a été mis en place en septembre 1996 par le Haut Comité de la santé publique afin d'entreprendre l'analyse d'un sujet – les interrelations entre les processus de précarisation et les processus de

santé – encore relativement peu exploré, en particulier du point de vue de la santé publique. Dans un domaine aussi vaste et avec le peu de données dont on dispose à ce jour en France, il ne pouvait bien entendu s'agir que d'un travail préliminaire, partiel et donc relativement insatisfaisant. Cependant, ce rapport a tenté d'approfondir certaines questions qui, au cours de la réflexion, sont apparues plus particulièrement importantes et de montrer que la précarité pouvait avoir à moyen et long termes de lourdes conséquences sur l'état de santé de larges secteurs de la société et qu'elle menaçait particulièrement la jeunesse. Certains critiqueront sans doute l'absence de liens de causalité irréfutables entre des données encore très incomplètes et des conclusions dont la gravité ne doit échapper à personne. C'est l'occasion de rappeler à nouveau ici combien, à la différence d'autres pays européens, le système d'information sanitaire français souffre d'un manque de cohérence essentiellement parce qu'il est « ... éclaté, peu médicalisé et davantage orienté vers la collecte que vers la valorisation de l'information¹ ». D'autres considéreront que les recommandations qui figurent dans ce rapport sont assez générales et sortent du domaine strict de la santé. C'est encore l'occasion de rappeler ici que l'état de santé globalement exceptionnel que connaissent aujourd'hui les Français est beaucoup plus lié aux progrès socio-économiques qui se sont produits au cours du XX^e siècle qu'aux progrès de la médecine et de la technologie quels qu'en soient l'importance et le caractère souvent spectaculaire. Finalement, par ses irrptions fréquentes dans des domaines éloignés du champ traditionnel de la santé, ce rapport se situe bien dans l'esprit de la santé publique qui considère que les inégalités de revenus et de formation et plus généralement l'absence de cohésion sociale sont la cause majeure des inégalités de santé.

La France est un pays riche dans lequel les phénomènes de précarisation progressent

La France est l'une des nations les plus développées du monde. Même si elle est inférieure à celle d'autres pays, sa croissance est globalement régulière, l'inflation a été maîtrisée et les excédents commerciaux battent chaque année des records. Bref, dans un monde où la pauvreté reste la principale plaie de l'humanité, tous les indicateurs macro-économiques la placent dans le peloton de tête des nations riches et qui continuent à s'enrichir. Pour

1. Haut Comité de la santé publique, *La santé en France : travaux des groupes thématiques*, La Documentation Française, Paris, 1994.

tant dans ce pays particulièrement privilégié, chacun peut constater que la pauvreté s'étend, que le chômage ne cesse de progresser de manière alarmante et que les jeunes, même diplômés, ont de plus en plus de mal à s'insérer dans le monde du travail. Malgré ses immenses ressources humaines, économiques et technologiques, la société française voit peu à peu – dans de nombreux domaines de la vie quotidienne et en particulier dans celui de l'emploi – s'amplifier des phénomènes de précarisation qui touchent de plein fouet les couches sociales les moins favorisées et en particulier les jeunes. Tous les spécialistes s'accordent à dire que les sociétés occidentales traversent une phase de mutation radicale qui, en particulier, remet en question le rôle et la place du travail. Il est clair que de la manière dont seront pris en compte les effets de cette mutation dépendra le nombre de victimes de ces ajustements et l'équilibre du modèle social qui en résultera.

La précarité ne se réduit pas à l'exclusion

La précarité ne caractérise pas une catégorie sociale particulière mais un ensemble de situations dont les contours sont souvent difficiles à appréhender. À ce jour, la meilleure définition de la précarité reste celle proposée par J. Wresinski, dans le rapport remis au Conseil économique et social en 1987 : « *La précarité est 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.* » En ce sens, la figure de l'exclusion, qui emplit les journaux et les discours, ne représente que l'aboutissement de processus qui aujourd'hui affectent largement la population française et ébranlent aussi bien la qualité du lien social, la relation au travail, que la qualité de vie et la santé. Drame humain, l'exclusion touche plusieurs centaines de milliers de personnes en France et réclame donc un traitement social approprié. En revanche, elle ne doit pas devenir un arbre cachant la forêt. Une quantité innombrable de ménages vivent en effet dans un état d'instabilité sociale génératrice de vulnérabilité que n'importe quel événement (perte du travail, expulsion du logement, rupture conjugale, deuil, etc.) peut faire basculer dans la grande pauvreté et l'exclusion. Ces millions de personnes vivent dans une situation de précarité telle qu'il est devenu essentiel pour elles-mêmes et pour le maintien de la cohésion sociale de mettre en place des mécanismes de prévention sociale afin d'éviter qu'elles ne glissent progressivement aux marges de la société.

La précarité menace la santé

Si les mutations socio-économiques se poursuivent – ce qui est probable – en continuant à accroître les phénomènes de précarisation et que le système de protection sociale ne peut s’y adapter, on peut craindre une dégradation majeure de l’état de santé des populations les plus vulnérables. Il est aujourd’hui difficile d’évaluer avec précision quels seront les effets sur la santé de cette accélération des processus de précarisation. Cependant, les études étrangères, et tout particulièrement celles réalisées au Royaume-Uni depuis la fin des années 1970, montrent que l’augmentation des inégalités sociales est à l’origine d’une aggravation des inégalités de santé. Ces études soulignent en particulier un gradient social très fort dans les inégalités de santé notamment en terme d’espérance de vie. Cette situation qui existait depuis longtemps s’est aggravée au cours des années quatre-vingt, qui ont vu de profonds bouleversements des équilibres socio-économiques dans la société anglaise. Certains travaux français bien que plus limités témoignent aussi d’ores et déjà de l’importance du déterminant social sur l’état de santé des populations. Ces études, qui sont reprises en détail dans ce rapport, laissent présager, à moyen terme, des impacts importants sur la santé en France qui seront difficiles à réduire si des mesures urgentes ne sont pas prises dès maintenant.

Cette menace est particulièrement importante pour les jeunes

Dans son rapport à la Conférence nationale de santé (juin 1997), le Haut Comité de la santé publique avait insisté sur les dangers qui menacent l’ensemble de la jeunesse française et notamment les jeunes vivant en situation de précarité. Or, les statistiques européennes montrent que la précarité des jeunes est en France un phénomène particulièrement inquiétant. En effet, leur taux d’activité est l’un des plus bas d’Europe, leur taux de chômage l’un des plus élevé, de même que le taux de pauvreté chez les moins de 30 ans. Il existe donc en France un véritable problème d’intégration des jeunes dans la vie active, qui peut conduire à une absence de perspectives d’avenir et à un sentiment d’inutilité générateurs d’un mal-être, voire d’une véritable souffrance psychique à l’origine de comportements à risque et de violences. Si cette situation devait s’aggraver, elle concernerait une fraction croissante de cette classe d’âge et menacerait alors l’avenir d’une partie importante de la population française.

La précarité est un sujet difficile à traiter

Si de prime abord, l’étude de l’état de santé des populations en situation de précarité ne semble pas poser de problèmes méthodologiques particuliers, l’expérience montre que l’exercice n’est pas si simple. Il y a à cela plusieurs raisons :

-
- *Les données sont rares et fragmentées.* Si les données sur le revenu des ménages et la situation sociale des Français sont bien connues, en particulier grâce au Cerc et à l'Insee, que les données de mortalité ont dès le début des années soixante-dix permis de poser le problème des inégalités de santé en France, on ne dispose en revanche que de très peu de travaux sur la santé des jeunes, la morbidité par revenu ou catégorie sociale ou encore les trajectoires de précarisation. Le rapport a donc recherché un certain nombre d'informations dans d'autres pays et en particulier au Royaume-Uni.
 - *Le risque de stigmatisation est grand.* Dès que le groupe de travail a entrepris d'aller au-delà des images spectaculaires et simplificatrices, il a été mis face à une évidence déjà soulignée par certains chercheurs : à trop simplifier on prend le risque de stigmatiser et donc de tracer une frontière entre les « inclus » et les « exclus », les « pauvres » et les « non-pauvres », les « précaires » et les « non-précaires ». D'emblée, il a donc été admis de refuser d'entrer dans un débat qui conduit inéluctablement à catégoriser des groupes en fonction de critères qui, s'ils facilitent la création et la mise en œuvre de dispositifs sociaux, n'ont que peu à voir avec les trajectoires personnelles complexes des millions de personnes qui sont confrontées à des situations plus ou moins longues de précarité. La vision « naturaliste » qui classe les individus en catégories et considère pauvreté et précarité comme des propriétés de ces individus au lieu d'en reconnaître l'origine sociale a donc été considérée comme un outil inadapté, dangereux et inefficace. Le rapport prend donc en compte un ensemble de difficultés conceptuelles qui, si elles ne simplifient pas la recherche de solutions faciles à mettre en œuvre, n'en sont pas moins les conséquences d'une réalité hétérogène et mouvante qui ne peut être réduite à de commodes définitions statistiques. La précarité, comme la santé, est le résultat d'un ensemble de processus en évolution permanente et non un état statique.
 - *Il existe un risque d'être trop alarmiste.* La vision des conséquences de la précarité sur l'état de santé qui est celle de ce rapport pourrait donner l'impression que la partie la plus défavorisée de la société française est dans une situation si dramatique qu'il n'y a que peu d'espoir de voir son état de santé s'améliorer. Il est un fait que la situation des populations les plus défavorisées est devenue en France très difficile et qu'il est urgent de repenser les fondements même

de domaines aussi essentiels pour la cohésion sociale que la protection sociale, l'éducation ou encore la centralité du travail. Actuellement, la précarisation de l'emploi et ses conséquences sur la vie quotidienne sont souvent à l'origine d'un sentiment d'inutilité, de solitude voire de honte ou encore d'une impossibilité de se projeter dans l'avenir. Elles entraînent une souffrance psychique intense qui peut s'exprimer soit par une démission sociale, soit par une violence sur soi ou sur les autres, porteuse de risques sévères pour la santé. Au-delà des situations objectives de précarité, il existe un sentiment diffus et largement partagé – en particulier dans la jeunesse – de la menace que représente la précarité. Parce que les phénomènes de précarisation ont pris aujourd'hui une ampleur considérable, le rapport ne peut donc être que grave. Cependant, ce rapport se veut également tourné vers l'avenir. Tout d'abord, il fait un ensemble de propositions, dont certaines et non les moins audacieuses, ne pourront être longtemps éludées et que le groupe de travail considère comme pouvant avoir des conséquences très positives sur l'état de santé. Ensuite, il refuse la nostalgie d'un passé dont tout porte à croire qu'il est révolu. Les sociétés sont des ensembles dynamiques en perpétuelle transformation et les mutations en cours vont probablement conduire à d'importants changements en particulier dans les relations de l'homme et du travail. Il en naîtra une nouvelle culture, avec de nouvelles règles dont certaines pourraient avoir des effets bénéfiques sur la santé. Ce qui est essentiel est que ces transformations de la société puissent se faire sans que le prix à payer soit trop lourd pour des millions de personnes et que la justice sociale soit au maximum préservée.

- *Il n'est pas possible de traiter l'ensemble du sujet.* Il aurait été très satisfaisant – notamment au plan de la méthode – de pouvoir étudier l'ensemble des processus de précarisation et leurs effets sur la santé. Ceci aurait conduit à regarder pour chaque étape de la vie quelles pouvaient être les trajectoires de précarisation les plus fréquentes et quel pouvait en être l'impact sur les principaux déterminants de la santé et donc sur l'état de santé. Un tel travail, au demeurant fondamental et qui devra être entrepris un jour, aurait nécessité un temps et des moyens qui n'étaient pas ceux dont disposait le groupe de travail. Cependant ces insuffisances pourraient à la réflexion s'avérer bénéfiques car une telle analyse exhaustive aurait probablement été trop théo-

rique et donc déconnectée du réel, particulièrement complexe dans ce domaine. Pour rester proche de ce qu'il considérait comme étant des problèmes majeurs, le groupe de travail a donc *a priori* tenté d'explorer plus spécifiquement certaines questions et de n'en aborder d'autres que de manière superficielle. C'est pourquoi, ce rapport ne doit être considéré que comme une contribution supplémentaire à un débat qui traverse un grand nombre de disciplines (médecine, biologie, sciences humaines, économie, urbanisme, environnement, etc.) et au-delà concerne l'ensemble de la société. Il était hors des possibilités – et des capacités – du groupe de travail d'envisager l'ensemble des problèmes posés par la progression de la précarité sur l'état de santé. Malgré ses lacunes, les auteurs de ce rapport espèrent qu'il pourra contribuer à faire prendre conscience d'un fait considérable : pour la première fois depuis le début du siècle, il existe un risque majeur de voir régresser l'état de santé d'une partie de la population qui vit en France.

- *Trois domaines sont abordés en priorité.* Sans négliger d'autres domaines dans lesquels la santé est également menacée par les processus de précarisation, ce rapport accorde une attention plus particulière à trois domaines que ses auteurs considèrent comme prioritaires :
 - **La protection sociale.** Malgré le souhait initial des fondateurs de la Sécurité sociale, celle-ci est loin de couvrir l'ensemble de la population et sans l'intervention de l'État une part non négligeable de la population resterait sans assurance maladie.
 - **La précarité de l'emploi, la dégradation des conditions de travail et le chômage.** Dans une société de plus en plus soumise aux impératifs de la productivité, les atteintes à la santé risquent de devenir un problème majeur que ce soit au travail ou du fait de l'absence de travail.
 - **L'avenir social et sanitaire de la jeunesse.** La jeunesse française dans sa majorité montre les signes d'un malaise diffus. Aggravé pour certains par les phénomènes de précarisation, ce malaise peut se transformer en une véritable souffrance psychique. Parce qu'elle représente l'avenir de la société française, un effort particulier doit être fait pour protéger sa santé dans un esprit à la fois d'égalité et d'équité.

**Un sujet
qui dépasse
le strict
domaine
de la santé**

L'élaboration de ce rapport a permis de constater que, contrairement à certaines idées reçues, les problèmes de santé et d'accès aux soins ne sont que des manifestations de logiques inégalitaires et de processus de précarisation qui débordent largement le seul champ de la santé et concernent l'emploi, les revenus, la protection sociale, le logement, les droits sociaux, la vie familiale et l'ensemble des relations sociales. La vision des effets de la précarité ne doit donc pas se limiter à ses manifestations les plus visibles à court terme sur la santé. S'il est bien entendu indispensable de les combattre – elles demandent un traitement immédiat – on ne saurait éradiquer les conséquences de la précarité sur la santé ni en prévenir les effets à moyen et long termes sans s'attaquer à ses causes. Ce constat, qui est celui des auteurs de ce rapport, invalide par avance toute approche exclusivement médicale et curative du problème de la santé des groupes sociaux défavorisés. Inversement, il est impossible d'entreprendre une réorganisation profonde des dispositifs sociaux sans mener de front une politique de prévention et de réparation des effets de la précarité sur la santé. Le rapport tente donc de proposer un certain nombre de moyens de freiner la dégradation de l'état de santé des plus précaires, en essayant d'éviter à la fois le risque de s'attaquer aux symptômes d'une maladie en ignorant ses causes et le risque d'attendre une réforme de la société en sacrifiant ceux qui en sont aujourd'hui atteints. C'est ce double impératif qui conditionne les recommandations du rapport.

**Des recom-
mandations
à la fois
générales
et spécifiques**

Ce rapport recommande un certain nombre de mesures qui tiennent à la fois de la politique sociale en général et de la politique de santé en particulier. Certaines de ces mesures sont destinées à consolider les droits fondamentaux auxquels tout individu doit avoir accès, d'autres, plus spécifiques, ont pour objectif de protéger la santé dans diverses situations de vulnérabilité. Les effets de la précarité sur la santé sont encore mal connus. Il importe donc que la recherche s'y consacre d'urgence. Mais il est tout aussi capital qu'à cette occasion, tout soit mis en œuvre pour que la solidarité nationale ne soit pas rompue. Laisser une partie de la population française dans une situation sociale dramatique conduirait inéluctablement à une société « à plusieurs vitesses » et donc à un effondrement de la cohésion sociale. Si certaines recommandations ne sont que des mesures de « bon sens » ou des évolutions souhaitables déjà en discussion et dont le coût financier est relativement modeste, d'autres représentent un véritable bouleversement du modèle français de protection sociale et risquent d'avoir un coût significatif. Cependant, malgré les

difficultés culturelles et techniques de ces changements inéluctables et s'appuyant sur l'exemple de pays voisins qui depuis quelques années conduisent des réformes parfois audacieuses, les auteurs de ce rapport souhaitent faire partager leur conviction : **la menace qui pèse sur une partie de la population française est suffisamment grave pour considérer que le temps des réformes en profondeur est maintenant arrivé.**

Précarité et santé : les définitions et leurs limites

Les inégalités flagrantes dans la situation sanitaire des peuples, aussi bien entre pays développés et pays en développement qu'à l'intérieur même de chaque pays, sont politiquement, socialement et économiquement inacceptables et constituent de ce fait un sujet de préoccupation commun à tous les pays.

Organisation mondiale de la santé
Déclaration d'Alma Ata, 12-09-1978

Depuis quelques années la précarité envahit peu à peu la vie quotidienne des Français. Elle s'est insinuée dans des domaines jusqu'alors considérés comme les bases de la cohésion sociale – l'emploi, l'école, le logement, la famille – qu'elle a radicalement contribué à transformer. Elle est devenue un phénomène que plus personne ne peut ignorer tant ses effets sont visibles, en particulier chez les jeunes. Si la précarité a longtemps été considérée comme un phénomène marginal et a souvent été confondue avec l'exclusion ou la grande pauvreté, elle a atteint une telle ampleur qu'elle touche aujourd'hui – directement ou indirectement – une partie de la population française qui va bien au-delà des plus défavorisés.

Si le nombre d'exclus et de personnes qui vivent dans la grande pauvreté – bien que considérable – reste pour l'instant limité, cela

est essentiellement dû à l'efficacité d'un filet social encore relativement généreux. Mais sous l'effet de la pression que représente la précarité, ce filet social semble lui aussi avoir trouvé ses limites et la solidarité nationale n'est plus capable de subvenir aux besoins minima des « laissés-pour-compte » de l'évolution du marché de l'emploi et du travail. De fait, ceux qui ont à affronter des situations de précarité se retrouvent aujourd'hui de plus en plus nombreux, révélant l'importance des mutations en cours mais aussi l'inadaptation du système de protection sociale face aux conséquences des profonds changements socio-économiques qui se développent dans les sociétés occidentales depuis une vingtaine d'années.

La précarisation massive de l'emploi, la dégradation des conditions de travail, l'accroissement des inégalités sociales et des revenus traduisent mieux que tout discours l'importance du changement de société qui est en train de se produire. De nombreux experts considèrent que les « trente glorieuses », avec la formidable progression de l'état de santé qui les a accompagnées, sont terminées et qu'il est peu probable, malgré une croissance économique faible mais régulière, que le modèle social français puisse survivre aux bouleversements actuels. La montée progressive de la précarité dans des couches sociales de plus en plus larges se traduit par de nouvelles formes de vie et induit de nouveaux comportements qui risquent à moyen terme de représenter une menace sérieuse pour la santé. Les exemples étrangers et les quelques rares études entreprises en France font en effet craindre que l'état de santé de ceux qui sont les « exclus » de la croissance ou qui se sentent tout simplement menacés par la progression de la précarité soit profondément altéré par les nouvelles conditions dans lesquelles ils sont aujourd'hui obligés de vivre.

Pourtant malgré le nombre toujours croissant de ceux qui « galèrent » pour tenter simplement de survivre décemment dans un environnement qui devient chaque jour plus difficile, **la plupart des effets à moyen et long termes de cette vie précaire restent encore relativement mal connus**. Ceci est particulièrement vrai dans le domaine de la santé. Si l'exclusion et la grande pauvreté ont des répercussions visibles bien qu'encore limitées sur la santé, personne ne peut aujourd'hui prévoir quels seront les effets de la précarité sur l'état de santé de la population française à un horizon de vingt à trente ans, temps nécessaire pour qu'apparaissent les signes indiscutables d'une dégradation que l'on peut légitimement redouter.

On sait depuis longtemps que la santé est le résultat d'un processus cumulatif qui débute dès la gestation et se construit progressivement au cours de l'enfance et de l'adolescence. Plus l'enfant, puis l'adolescent, bénéficie de conditions favorables à son développement, meilleur sera son état de santé à l'âge adulte. À l'opposé, moins il fait l'objet de soins attentifs de la part de ses parents et/ou des dispositifs sociaux prévus pour faciliter sa future intégration dans la société, plus il se trouve dans une situation de vulnérabilité et plus les chances de voir sa santé ultérieure menacée sont grandes. La précarisation massive de l'emploi à laquelle on assiste depuis une dizaine d'années et la dégradation des conditions de vie, en particulier dans les zones périurbaines, créent un environnement quotidien peu favorable à l'épanouissement de la santé des individus et entraînent des comportements à risque notamment chez les jeunes qui sont autant de facteurs péjoratifs pour le maintien d'un bon état de santé.

Du point de vue de la santé publique, les processus de précarisation ne doivent plus être considérés comme des phénomènes marginaux qui ne toucheraient que les plus démunis. Il faut maintenant admettre que la précarité représente une menace réelle pour la santé non seulement des catégories sociales les plus défavorisées mais également – même si cela est encore difficile à évaluer avec précision – de tous ceux qui théoriquement plus favorisés doivent aujourd'hui vivre et travailler dans des conditions sans rapport avec leur qualification et le niveau de vie qu'ils étaient encore en droit d'espérer il y a seulement quelques années. **À terme, c'est une proportion considérable de la population qui pourrait voir sa santé menacée par ces processus massifs de précarisation.** Lorsque l'on observe la rapidité avec laquelle l'état de santé s'est dégradé dans les pays d'Europe centrale et orientale quand les systèmes socio-économiques n'ont plus été en mesure d'assurer un minimum de protection sociale ou encore les considérables différences d'espérance de vie en Grande-Bretagne ou aux États-Unis d'Amérique entre les catégories sociales les plus favorisées et celles qui sont les plus démunies, **on peut redouter que l'amélioration constante de l'état de santé qu'a connu – bien qu'à des degrés divers – l'ensemble de la population française depuis le début du siècle ne soit progressivement remise en cause.**

Que va-t-il se passer en France ? Va-t-on connaître au début du XXI^e siècle une aggravation des écarts entre l'état de santé des plus favorisés et des plus démunis ? Quels seront les effets à moyen et long termes de la précarisation de millions de ménages sur leur santé ainsi que sur celle de leurs enfants ? En d'autres

termes quelles vont être les conséquences de l'augmentation de la précarité de l'emploi, de la dégradation des conditions de travail et de la diminution de la solidarité nationale sur la morbidité et la mortalité des adultes d'aujourd'hui et de demain ? Ces questions – même si elles sont loin de résumer toutes celles que doit se poser dans ce domaine la société française – sont suffisamment importantes et nouvelles pour que le Haut Comité de la santé publique tente d'y répondre et de contribuer ainsi à un débat qui dépasse largement le champ de la santé et engage l'avenir de l'ensemble des Français.

La progression de la précarisation

Des images spectaculaires qui cachent un lent processus de dégradation

En cette fin de XX^e siècle qui a vu le niveau de vie de la population progresser comme jamais auparavant, la France découvre que, loin d'avoir été éradiquées, les formes les plus extrêmes de la pauvreté et de l'exclusion s'accroissent. Chaque jour, les journaux, la radio ou la télévision relatent des situations de détresse sociale que l'on croyait à jamais disparues dans un pays aussi développé et riche que la France. La mendicité a envahi les grandes villes et des milliers de gens en sont maintenant réduits à dormir dans des abris de fortune ou à se réfugier à la périphérie des villes avec leurs familles, dans des caravanes sans roues, sans chauffage, sans eau et sans électricité. De telles situations suscitent l'organisation de réseaux de solidarité (journaux de rue, soupes populaires, restaurants du cœur, dispensaires gratuits, etc.) ou des tentatives plus institutionnelles de contrôle et d'organisation (RATP). Mais elles suscitent également des réactions brutales de rejet (arrêtés anti-mendicité). Si les bidonvilles ont quasiment disparu au cours des années soixante-dix, les « cités », qui rassemblent des jeunes désœuvrés et des familles « condamnées » au chômage, à l'illettrisme et à l'exclusion, sont périodiquement le lieu d'explosions de violence qui contribuent, par l'importance qui leur est donnée, à renforcer les frontières invisibles qui peu à peu les séparent du reste de la ville. Contrecoup des formes les plus récentes de contrôle de l'immigration, des sans-papiers sont exploités par des filières d'immigration clandestines, couplées le plus souvent à des réseaux de travail clandestin inhumains et à des formes d'hébergement insalubres et précaires. Chaque hiver apporte son lot de « victimes du froid », par absence de logement, de nourriture ou de vêtements.

Pour tenter de résoudre au quotidien les problèmes les plus dramatiques, les camionnettes du « Samu social » parcourent les

grandes villes, symptômes de l'impuissance de la société française à réinsérer ses exclus. Des associations humanitaires – comme ATD-Quart-Monde ou les Restos du cœur – qui travaillaient, il y a à peine dix ans, dans une relative indifférence, sont aujourd'hui connues de tous et ont très largement contribué à mobiliser l'opinion et les pouvoirs publics. Les *French doctors* de Médecins du Monde et de Médecins sans Frontières qui sillonnaient jusqu'alors les points les plus déshérités de la planète découvrent la misère dans leur propre pays et créent des dispensaires gratuits à l'image de ceux qu'ils ont créés dans les camps de réfugiés cambodgiens de Thaïlande ou les bidonvilles d'Amérique latine. Le soir, les hôpitaux accueillent des personnes démunies et sans couverture sociale qui se présentent aux urgences avec des pathologies évoluées parce qu'elles n'ont pas eu auparavant les moyens de payer la moindre consultation pour eux-mêmes ou pour leurs enfants. Ces hommes et ces femmes, jeunes pour la majorité, et loin de n'être que des étrangers en situation irrégulière, sont dans une telle souffrance que l'hôpital n'est bien souvent que le dernier recours avant l'abandon définitif de toute envie de se soigner. En fait, le processus de « *down and out* », plonger et être exclu, décrit par les auteurs américains s'est développé en France dans les années quatre-vingt et a pris aujourd'hui une importance telle qu'il rend impératif ces mesures d'urgence.

Ces images ont choqué une opinion publique encore bercée par la croissance économique et l'amélioration des conditions de vie des années soixante. Cependant, et bien que tout doit être mis en œuvre pour soulager cette immense détresse sociale, il serait dangereux d'en rester à la réaction émotionnelle que provoquent ces drames humains et de réduire le problème de la précarité à ses formes les plus visibles. **Ne voir et ne vouloir traiter que l'exclusion et la grande pauvreté revient à occulter le fait que la précarité est la traduction d'un renforcement des inégalités sociales qui est devenu en quelques années le problème le plus considérable que la société française ait eu à affronter depuis longtemps. Ses causes et ses effets vont bien au-delà de la population visible des exclus.**

Un phénomène qui prend des dimensions considérables

Le bouleversement que représente la précarisation de larges secteurs de la société française prend racine dans une crise économique dont tout laisse penser qu'elle est en fait un phénomène d'adaptation à de nouvelles formes d'organisation sociale et économique à l'échelle de la planète. Au vu de la situation, il est

nécessaire de prêter attention au fait que le coût de ces ajustements est très inégalement distribué dans la société. Le chômage ou la dégradation des conditions de travail n'en sont pas les seuls aspects. De nombreux dispositifs de solidarité – le système de protection sociale, les institutions républicaines comme la justice et la police mais aussi malgré leur rôle essentiel les associations – rencontrent aujourd'hui leurs limites.

Les individus les plus touchés par ces évolutions sont d'abord ceux qui vivent les situations de vulnérabilité maximale : enfants déscolarisés, chômeurs de longue durée, populations à bas revenus et notamment les mères célibataires, jeunes ayant des emplois précaires, etc. Mais au-delà, tous les individus vivant dans un état proche de la pauvreté ou devant en permanence lutter pour leur survie et celle de leurs enfants sont affectés. La précarité se révèle fréquemment comme la forme la plus visible des inégalités sociales qui concernent la société tout entière et que seuls les mieux armés peuvent surmonter. Elle touche tous les individus vulnérables aux rigueurs de notre société, menacés par son évolution brutale et risquant, si elle se prolonge et se cumule avec d'autres handicaps, de connaître une situation de grande pauvreté compromettant gravement leurs chances de réinsertion sociale.

Un facteur aggravant de la précarité est la difficulté à la caractériser, à la fois du fait de sa complexité, mais aussi des lacunes des systèmes d'information, ce qui limite les possibilités de réponse du système social. Elle ne se confond pas avec la pauvreté, les facteurs précarisants ne se limitant pas aux facteurs économiques. Elle touche des individus issus de tous les milieux sociaux ou professionnels mais frappe plus fortement les catégories les plus démunies de la population qui accumulent des handicaps successifs (chômage récurrent ou de longue durée, faibles ressources, absence de logement ou logements insalubres, isolement, solitude extrême, absence de solidarités familiales, incertitude totale vis-à-vis de l'avenir, maladie, fragilisation psychique) jusqu'à atteindre le seuil de l'exclusion. Elle ne se voit pas facilement, n'est encadrée par aucun dispositif, ne fait pas la une des journaux, mais elle progresse régulièrement sans que rien ne semble pouvoir la ralentir. La précarité est aujourd'hui devenue massive. Elle engendre une souffrance réelle. Elle est difficile à cerner et à combattre. Mais quelle que soit l'opinion que l'on puisse avoir sur les solutions à apporter, l'urgence et l'importance de la situation n'échappent aujourd'hui plus à personne.

Ce sont donc des millions de personnes qui vivent quotidiennement dans la crainte du lendemain avec de faibles moyens pour

se protéger contre le risque de tout perdre. Ce sont des millions de personnes qui – sans que cela ait encore pris un caractère visible – sont déjà entrées dans **un état de vulnérabilité dont on peut craindre à moyen et long termes qu'il n'ait de profondes répercussions sur leur état de santé**. À défaut d'études rigoureuses et complètes, de nombreux faits témoignent de l'ampleur et de l'accélération du phénomène. Parmi les plus frappants en particulier par leurs effets sur la santé, on trouve :

L'explosion de la précarité de l'emploi

- L'augmentation du chômage en France est régulière et jusqu'à présent inéluctable. Parmi les pays les plus riches, **la France est le pays dans lequel le chômage a le plus progressé depuis les années 1970**. Sa durée moyenne n'a cessé de s'allonger passant d'environ 200 jours en 1975 à près de 450 en 1997. Des concepts comme le « chômage de longue durée », le « chômage récurrent » ou le « chômage d'exclusion » se sont peu à peu imposés. Le nombre de personnes passant par le chômage n'a pas non plus cessé d'augmenter : entre janvier 1993 et octobre 1994, **ce sont plus de six millions de personnes – soit près d'un quart des ménages² –** qui en ont au moins une fois fait l'expérience, sans même compter les personnes travaillant à temps partiel ou les personnes ayant renoncé à la recherche d'un emploi³. Sur la même période, un tiers des ménages français a connu la précarité de l'emploi, soit à travers le chômage soit à travers un contrat à durée déterminée (CDD). Au total, si le chiffre ponctuel du chômage représente aujourd'hui plus de 12 % de la population active, c'est près du tiers des Français qui a connu au moins une fois une période de chômage au cours des dix dernières années.
- L'emploi précaire, à l'inverse des emplois sous contrat à durée indéterminée ou de statuts à vie (fonctionnaires, agents publics, etc.)⁴ n'a cessé de s'accroître. En dix années, le nombre d'emplois temporaires a plus que doublé, que ce

2. Cares C. et Lagarde P., « Activité et pauvreté, une tranche de vie des personnes de 17 à 59 ans », *INSEE-Première*, n° 450, mars 1996.

3. Ce chiffre montre la différence de perception du problème entre une approche transversale et ponctuelle – suivi mensuel de l'évolution du nombre total de chômeurs –, et une approche longitudinale – nombre de personnes rencontrant le chômage dans une période donnée.

4. Les CDI ne représentent plus en France que sept millions d'emplois dans la fonction publique et environ sept millions dans l'entreprise privée, soit à peine plus de 55 % des actifs.

soit sous forme de contrats à durée déterminée, d'intérim ou de contrats et de stages aidés. En dehors des États-Unis, **la France est le pays industrialisé dans lequel la part du travail temporaire est la plus élevée** (plus de 11 % de l'emploi total). Le travail précaire est en outre de plus en plus souvent utilisé pour contourner des protections garanties par la loi. Ainsi, plus de 1,5 million de personnes travaillent à temps réduit sans l'avoir choisi et désirent travailler davantage. **Au total, on estime qu'en 1997 c'est environ 7 millions de personnes soit près de 30 % des actifs qui sont touchés directement par les difficultés de l'emploi**⁵.

La dégradation du cadre de vie

- Il persiste en France un important problème de logement. D'après le Haut Comité pour le logement des personnes défavorisées, plus de deux millions de personnes sont considérées comme mal logées (pas de logement, habitations en meublés ou mobiles, foyers ou encore logements hors normes) et près de trois millions vivent dans des conditions précaires (appel aux réseaux de solidarité familiaux ou amicaux) – les réseaux associatifs annoncent des chiffres plus importants encore. C'est donc au total **entre quatre et cinq millions de personnes qui en France ont un important problème de logement**.
- **Les groupes sociaux défavorisés sont progressivement rejetés des centre-villes vers des ensembles urbains périphériques** bâtis au cours des années soixante/soixante-dix, mal conçus, peu conviviaux, mal équipés et qui constituent un facteur de discrimination supplémentaire. Peu à peu s'installent de véritables ghettos à l'américaine, zones de non-droit avec des frontières invisibles et pourtant de plus en plus infranchissables.

L'augmentation des menaces qui pèsent sur l'enfance et la jeunesse

- **Près d'un enfant sur dix grandit en France dans un foyer dont le revenu est situé en dessous du seuil de pauvreté**⁶. Bien que difficile à estimer, le nombre d'enfants qui ne prennent qu'un repas par jour ou au moins qui ne mangent pas régulièrement est suffisamment important pour que l'opinion publique s'en émeuve et que les pouvoirs publics prennent des mesures.

5. Castel R., Fitoussi J.-P., Freyssinet J. et Guaino H., *Chômage : le cas français*, Commissariat général du Plan, mai 1997.

6. Chambaz C., « La pauvreté en France et en Europe », *INSEE-Première*, n° 533, juillet 1997.

-
- Malgré l'allongement de la scolarité, **l'illettrisme concerne chaque année en France quelque 80 000 enfants** qui entrent au collège sans véritablement savoir lire, écrire et compter.
 - **La violence subie et agie est en augmentation sensible, en particulier en milieu scolaire.** Blessant ses victimes et laissant des traces profondes tout au long de la vie, elle désorganise également les grands services de la nation (enseignement, sécurité, justice), contribuant ainsi à aggraver la situation.
 - Les jeunes éprouvent une difficulté croissante à s'insérer dans le monde du travail. Quel que soit le niveau de leur diplôme, leur insertion sur le marché du travail est de plus en plus tardive et difficile. En vingt ans, le taux de chômage des jeunes sortis du système scolaire sans diplôme depuis moins de cinq ans est passé de 15 % à plus de 50 %. Cela se traduit par l'augmentation du nombre de jeunes chômeurs, une vie de plus en plus difficile alternant de courtes périodes de travail avec de longues périodes de chômage, mais aussi l'inscription refuge en université, l'allongement de la durée de séjour dans le foyer parental, ou encore la perte de la croyance en l'effet intégrateur de l'école, qui renforce à son tour les difficultés de la mission des enseignants. **La France est le pays d'Europe qui fait le moins travailler ses jeunes :** le taux d'activité des 15-24 ans n'est que de 32 % alors qu'il est de 50 à 60 % en Allemagne ou dans les pays nordiques⁷.
 - Bien que l'on ne puisse pas l'attribuer uniquement à la progression de la précarité, **la France est le pays d'Europe où le taux de suicide des adolescents et des jeunes est le plus élevé** avec une augmentation superposable à celle des taux de chômage. 71 % des décès des jeunes Français âgés de 15 à 24 ans sont des morts violentes par accident et suicide.

La persistance voire l'augmentation des inégalités de santé

- Les inégalités persistent, et peut-être même s'accroissent devant le risque de maladie. L'accès aux soins, l'accès au droit mais également, à pathologie égale, la qualité des soins reçus et les résultats escomptables ne sont pas les mêmes selon la place occupée dans la hiérarchie sociale⁸. On sait

7. Castel R. *et al.*, *op. cit.*

8. Colloque « Égalité des chances et qualité des soins », Paris, mars 1997, Ligue nationale contre le cancer.

depuis le début des années soixante-dix que **l'écart d'espérance de vie entre les manœuvres et les cadres supérieurs est très important** (de 8 ans à 35 ans et de 4,5 ans à 60 ans) et qu'il ne régresse pas malgré l'amélioration globale de l'état de santé. Bien que l'on ne dispose pas de certitudes dans ce domaine, l'augmentation de l'espérance de vie continuant à être plus rapide pour les groupes aisés que pour les plus défavorisés, cet écart va continuer à se creuser (Tableau I).

- L'observation ou l'évolution de la morbidité selon les groupes socio-économiques avant 65 ans montre que les taux de décès ont régressé plus rapidement ces dix dernières années dans les couches sociales les plus aisées que chez les ouvriers et ceci quelle que soit la pathologie en cause. L'image d'Épinal qui voulait que le cadre de 50 ans meurt d'infarctus et l'ouvrier d'alcoolisme doit être revue car la surmortalité avant 65 ans des groupes sociaux les plus défavorisés est constante que ce soit pour les cancers des voies aérodigestives, les cancers des poumons, l'infarctus mais aussi pour les accidents de la circulation ou les suicides (Tableau II).

Tableau I
Évolution des différences de mortalité entre les groupes socio-économiques
 [évolution des décès de 25 à 64 ans entre (1981-1983) et (1989-1991) –
 Taux standardisés par âge]

	Variation des taux de décès	Surmortalité par rapport à la catégorie « cadres supérieurs-professions libérales »	
		(81-83)	(89-91)
Masculin			
Ouvriers-employés	- 2 %	2,5	3,0
Commerçants- cadres moyens	1 %	1,3	1,6
Cadres supérieurs- professions libérales	- 19 %	1,0	1,0
Féminin			
Ouvriers-employés	- 8 %	1,1	1,5
Commerçants- cadres moyens	- 3 %	0,9	1,4
Cadres supérieurs- professions libérales	- 38 %	1,0	1,0

Interprétation : pour les ouvriers-employés, les taux de décès entre 25 et 64 ans, ont diminué de 2 % entre les deux périodes ; la mortalité de ce groupe est trois fois plus élevée que celle des cadres supérieurs (2,5 fois, il y a 10 ans).

Source : Inserm-SC8.

Tableau II
Évolution des différences de mortalité entre classes sociales
 [évolution des décès du sexe masculin de 25 à 64 ans
 entre (1981-1983) et (1989-1991) – Taux standardisés par âge]

Sexe masculin	Variation des taux de décès	Surmortalité par rapport à la catégorie « cadres supérieurs-professions libérales »	
	(81-83)/(89-91)	(81-83)	(89-91)
Cancer poumon			
Ouvriers-employés	28 %	2,7	3,6
Commerçants-cadres moyens	35 %	1,2	1,6
Cadres supérieurs-professions libérales	- 3 %	1,0	1,0
Cancer VADS			
Ouvriers-employés	- 5 %	7,6	10,2
Commerçants-cadres moyens	- 15 %	2,4	2,9
Cadres supérieurs-professions libérales	- 29 %	1,0	1,0
Alcoolisme			
Ouvriers-employés	- 25 %	9,6	9,3
Commerçants-cadres moyens	- 33 %	3,4	3,0
Cadres supérieurs-professions libérales	- 23 %	1,0	1,0
Infarctus			
Ouvriers-employés	- 14 %	1,5	2,5
Commerçants-cadres moyens	- 11 %	1,0	1,6
Cadres supérieurs-professions libérales	- 47 %	1,0	1,0
Maladies cérébro-vasculaires et hypertensives			
Ouvriers-employés	- 18 %	2,5	3,3
Commerçants-cadres moyens	- 21 %	1,4	1,8
Cadres supérieurs-professions libérales	- 38 %	1,0	1,0
Accidents circulation			
Ouvriers-employés	- 14 %	2,1	2,6
Commerçants-cadres moyens	- 2 %	1,2	1,6
Cadres supérieurs-professions libérales	- 29 %	1,0	1,0
Suicides			
Ouvriers-employés	- 2 %	2,4	2,9
Commerçants-cadres moyens	- 7 %	1,7	2,0
Cadres supérieurs-professions libérales	- 18 %	1,0	1,0

Source : Inserm-SCB.

Enfin, il est frappant de constater que les taux de décès qui étaient relativement proches chez les femmes de catégories socioprofessionnelles différentes ont évolué dans un sens qui met aujourd'hui en évidence un incontestable gradient social qui n'existait alors que chez les hommes (Figure 1).

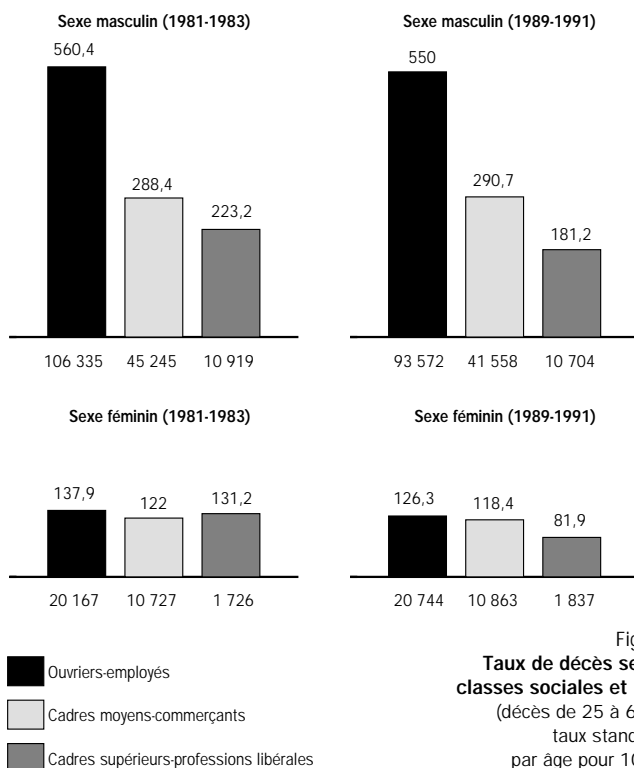


Figure 1 :
Taux de décès selon les classes sociales et le sexe
 (décès de 25 à 64 ans – taux standardisés par âge pour 100 000)

Interprétation : pour la période 1989-1991, le taux de décès chez les hommes de la catégorie « ouvriers-employés » s'élève à 550 pour 100 000 alors que ce taux s'élève à 181 pour les hommes de la catégorie « cadres supérieurs-professions libérales ».

Source : Inserm-SC8.

- Parce que les taux de remboursement de l'assurance maladie sont faibles et que leurs ressources sont trop limitées pour qu'ils puissent cotiser à une assurance complémentaire, environ **neuf millions de personnes se trouvaient en 1997 sans assurance maladie complémentaire**. Une partie importante d'entre elles vit dans des ménages ayant des revenus modestes et se trouve dans l'impossibilité de faire face à des dépenses médicales même peu importantes et

en particulier au coût des soins dentaires ou oculaires pour leurs enfants, ce qui constitue un handicap supplémentaire et contribue à la dégradation ultérieure de l'état de santé de ces derniers.

Ces faits, parmi beaucoup d'autres, témoignent de la progression continue des processus de précarisation au cours des vingt dernières années et de l'ampleur que ce phénomène a pris dans la vie des Français. Aujourd'hui, la précarisation ne peut plus être considérée comme un problème marginal. Elle est devenue un processus massif qui touche des millions de ménages et dont la gravité menace – de manière diffuse mais certaine – l'existence même d'un nombre toujours plus grand de personnes. Certes, et il est important de le souligner, la précarité est une situation dont on sort, mais **c'est un événement qui laisse des traces durables et peut provoquer une vulnérabilité à très long terme et donc être responsable d'une dégradation ultérieure de l'état de santé.** La précarité va donc agir comme un déterminant de l'état de santé qui vient par des interrelations complexes s'ajouter aux effets du niveau socio-économique, de l'environnement et des comportements sur l'état de santé. Ce point sera particulièrement développé dans le chapitre « Déterminants de l'état de santé et précarité » (p. 69).

Un processus qui menace la santé

Bien que l'on manque encore de données longitudinales 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. De nombreuses études partielles montrent en effet que les événements biographiques qui marquent particulièrement l'enfance et l'adolescence déterminent étroitement la santé ultérieure. La fréquence et la gravité de nombreuses affections sont étroitement corrélées aux événements biographiques tels que le deuil, la solidarité familiale, la précarité, le niveau de vie des parents, la violence subie et agie, le niveau d'éducation, les conditions sanitaires de la petite enfance... qui sont eux-mêmes étroitement liés entre eux. Par analogie avec le concept de « capital humain » tout se passe comme si l'individu disposait d'un « capital santé » mêlant le biologique et le biographique, sans cesse modifié par les événements positifs et négatifs de son existence, et bien entendu influencé par l'usage qui en est fait. Les formes actuelles de la précarité font peser sur ce « capital » de lourdes hypothèques.

En agissant directement et indirectement sur les conditions socio-économiques, l'environnement, le comportement mais aussi sur l'accès à la protection sociale et aux soins, les processus de précarisation opèrent à de multiples niveaux sur l'état de santé. L'un des modes d'action – sinon le principal – de la précarité sur la santé, est qu'elle fragilise l'équilibre psychique en créant chez l'individu un sentiment d'insécurité qui lui-même va conduire à un état d'anxiété plus ou moins marqué. Si la situation de précarité se prolonge et devient permanente, elle entraîne une dégradation de l'image de soi et un sentiment d'inutilité sociale qui débouchent progressivement sur une souffrance psychique dont les modes d'expression dépendent de l'histoire personnelle. Dans les situations extrêmes, on assiste à une diminution de la vigilance voire de l'intérêt par rapport à son propre corps conduisant alors à des comportements à risque, à la consommation excessive de produits licites ou encore à l'usage de drogues illicites.

Comme le rappelaient les deux rapports du Haut Comité de la santé publique sur *La santé en France* de 1994 et 1996, les progrès globaux, en matière de santé, peuvent masquer d'importantes disparités. En outre, comme le montrent les exemples d'autres pays, l'amélioration globale de la santé, de la longévité et de l'espérance de vie sans incapacité d'une population, qui caractérisait la France depuis cinquante ans, n'est pas un phénomène spontané. Elle est due à des actions prolongées sur l'ensemble des déterminants de la santé, au premier rang desquelles se trouve l'amélioration du niveau de vie, mais aussi à des changements de comportements individuels et/ou collectifs. Les processus de précarisation rendent possible une inversion de tendance qui verrait alors l'état de santé régresser. Même si le contexte et les conditions socio-économiques sont différentes, l'exemple des populations des pays d'Europe centrale et orientale et en particulier de la population russe touchée de plein fouet par un bouleversement socio-économique sans précédent et qui a vu en quelques années son espérance de vie à la naissance chuter au-dessous de soixante ans (soit un recul de près de dix années d'espérance de vie en moins de 15 ans) ne doit pas être négligé. **Il traduit la fragilité de l'état de santé qui peut à chaque instant être remis en cause si les conditions socio-économiques viennent à s'aggraver**, ce qui est aujourd'hui le cas pour la partie la plus vulnérable de la population française. Au total, **la progression actuelle des processus de précarisation qui fragilisent les couches sociales les plus vulnérables, est susceptible, à**

moyen terme, de provoquer une réelle dégradation de la santé de ces populations et en particulier de la jeunesse. Au-delà, la précarité, si elle s'aggrave, pourrait menacer l'état de santé de l'ensemble de la population française.

La France : un pays riche et inégalitaire

Selon la Banque mondiale, la France est aujourd'hui la quatrième puissance économique du monde et son PIB annuel par habitant qui s'élevait en 1996 à environ 150 000 F la place au neuvième rang des nations les plus riches du monde⁹. Malgré la crise économique et sociale qui l'affecte, **la France a connu au cours des vingt dernières années une croissance continue d'environ 2 % en moyenne par an en francs constants**¹⁰. En France, le salaire annuel brut moyen (primes et heures supplémentaires comprises) s'élevait en 1995 à 161 600 F soit un salaire mensuel brut moyen de 13 460 F. Dans un contexte mondial caractérisé par des crises à répétition des marchés financiers, des variations considérables du prix des matières premières et des restructurations industrielles et économiques qui toutes ont des répercussions majeures sur le niveau de vie de la majorité de la population, la France, malgré ses difficultés actuelles, fait partie du groupe très fermé des pays riches qui continuent à s'enrichir. **Plus qu'un problème de niveau de richesse c'est donc bien d'un problème de répartition de cette richesse dont souffre la société française.**

Car la France c'est aussi – malgré sa richesse et les principes d'égalité qui fondent le pacte républicain – un pays de grandes inégalités sociales qui ont des répercussions majeures sur les inégalités de santé. C'est en effet un pays dans lequel un homme de 35 ans qui exerce un métier non qualifié a trois fois plus de chance de mourir avant 60 ans qu'un enseignant ou un cadre supérieur et ceci malgré un système de santé qui – à défaut d'être « le meilleur du monde » – est l'un de ceux dont le coût par habitant est le plus élevé (les dépenses de santé ont été en moyenne d'environ 12 000 F par personne en 1997). C'est enfin un pays où la précarité de l'emploi et les inégalités sociales ont progressé si rapidement ces dix dernières années que l'on peut légitimement craindre une rupture des grands équilibres sociaux et la remise en cause des fondements actuels de la cohésion sociale. Derrière une progression régulière de l'espérance de vie sans incapacité qui traduit une amélioration rapide et conti-

9. Rapport sur le développement du monde. Banque mondiale, Washington, 1997.

10. Cohen D., *Les infortunes de la prospérité*. Dans cet ouvrage, l'auteur montre que ce taux de croissance moyen caractérise la majorité des pays de l'Europe occidentale.

nue de l'état de santé de la population depuis cinquante ans, se cachent des différences particulièrement marquées de niveaux de santé entre les groupes sociaux.

La précarité : un phénomène qu'on ne peut plus ignorer

Depuis la fin des années soixante-dix où les grandes mutations économiques planétaires ont remis en cause les modèles sociaux de l'Europe occidentale, le terme « précarité » a été très largement utilisé. Cependant, la littérature montre qu'il possède de nombreuses acceptions bien différentes. Il est intéressant par exemple de noter que le mot « précarité », s'il existe en anglais et se traduit par « *precariousness* », n'est généralement pas utilisé dans les pays anglo-saxons pour définir un état de fragilité sociale. Lorsque l'on veut décrire la précarité socio-économique aux États-Unis ou au Royaume-Uni, on utilise plutôt les termes de « *poverty* » (pauvreté) ou de « *deprivation* » (privation, perte) comme si dans les pays anglo-saxons, la précarité de l'emploi et l'instabilité sociale n'étaient pas des situations particulières mais un phénomène courant, autrement dit une situation « normale¹¹ ». En France, la notion de précarité est souvent synonyme d'exclusion ou de pauvreté c'est-à-dire d'états dont les limites sont définies par le droit ou par l'économie. Il est clair que de telles définitions sont insuffisantes. Pour ce rapport, la précarité est avant tout un état de « *fragilité* » et « *d'instabilité*¹² » sociale « *dont l'avenir, la durée, ne sont pas assurés* » et qui risque s'il se prolonge de faire glisser ceux qu'il affecte vers l'exclusion. Telle qu'on peut la définir ici, la précarité relève donc plus d'une vision d'un état transitoire que d'une catégorie sociale aux limites précises. C'est sur la base d'une telle approche qu'elle doit être regardée en tant que déterminant de l'état de santé.

Une vision statique qui ne peut rendre compte de la réalité

Il est habituel, surtout pour les administrations, de définir des « populations précaires » en les classant par catégories. Ces catégories, le plus souvent établies dans la perspective d'une mise en place de dispositifs, peuvent être fondées sur différents cri-

11. La recherche des mots clés « health/precariousness » dans les banques de données internationales consacrées aux problèmes de santé et de population comme « Medline » et « Popline » ne fournit que très peu d'informations sur la précarité contrairement aux associations de mots clés « health/poverty » et « health/deprivation ».

12. Dictionnaire alphabétique et analogique de la langue française *Le Robert*, Paris, 1977.

tères sociaux liés à un revenu insuffisant (chômage de longue durée, minimum vieillesse) ou à un événement (naissance, personne devenue seule), ou encore à un état de santé (handicap, rapport à l'alcool, usage de substances illicites), une situation familiale (enfant orphelin, femmes seules chefs de famille, familles nombreuses), aux conditions de vie (habitat insalubre) ou encore à l'appartenance à un groupe social (immigrés, personnes âgées). Ces catégories sont commodes pour la compréhension immédiate de l'objectif du dispositif à mettre en œuvre, mais offrent le réel danger de fonctionner de manière cloisonnée et donc stigmatisante, risquant alors de renforcer les phénomènes de précarisation : exclusion pour non-appartenance à l'une des catégories, difficulté à obtenir un emploi même partiel qui fait perdre le bénéfice du dispositif, complexité du passage d'un dispositif à l'autre lorsque la situation personnelle évolue, etc. Elles offrent en outre l'inconvénient de présenter la précarité comme un phénomène statique, inéluctable (voire, pour certaines dérives, comme un phénomène biologique). Mais elles constituent en même temps un outil nécessaire de l'action, permettant par exemple de connaître le nombre de personnes concernées, leur localisation ou leurs besoins. De même, si l'évaluation du nombre d'individus vivant en situation précaire est difficile, ne serait-ce que parce qu'il s'agit d'une réalité sans cesse mouvante, il peut être également commode d'utiliser ces catégories pour fournir des ordres de grandeur utiles pour illustrer l'ampleur du phénomène. Si l'on reprend les termes qui sont le plus couramment utilisés on distingue donc :

● L'exclusion

Le terme « d'exclusion » a largement servi au cours des dernières années à nommer les nombreux maux dont souffre la société française, que ce soit la relégation dans les cités, la solitude des handicapés et des personnes âgées ou le chômage qui apparaît à la fois comme la cause la plus déterminante de l'exclusion et sa manifestation la plus habituelle¹³. Le défaut principal de ce terme est qu'il induit une représentation qui oppose inclus/exclus. L'attention se centre sur la frontière qui sépare les groupes de populations. Or, si l'exclusion est d'abord un processus social qui commence par une privation précise « exclu de l'accès à l'emploi », « exclu du droit au logement », cette rupture ne devient dangereuse que parce qu'elle active et révèle d'autres fragilités présentes dans l'histoire de l'individu ou des populations. L'exclusion est en fait une réalité dynamique caractérisée par l'absence

13. Fassin D., « Clandestins ou exclus ? ». *Politix*, 1996, n° 34, p. 77-86.

– pendant une période plus ou moins longue – de la possibilité de bénéficier des droits attachés à la situation sociale et à l’histoire de l’individu concerné. Au sens strictement légal du terme, seuls les « sans-papiers » seraient de véritables « exclus ». C’est ce que rappelle R. Castel dans un article qui souligne que l’exclusion suppose l’instauration d’une condition spécifique, un statut, voire un droit séparé¹⁴.

Théoriquement, tous les autres « exclus » devraient pouvoir – à un titre ou à un autre – bénéficier d’un dispositif d’aide sociale. Cependant, la réalité est différente et plusieurs centaines de milliers de personnes restent aujourd’hui « exclues » et ne bénéficient pas de la solidarité nationale. L’exclusion peut être économique (chômage de très longue durée), sociale (mères célibataires sans soutien familial ni social, personnes âgées isolées, jeunes déscolarisés, etc.) ou même indirecte (immigrés ou handicapés qui ne peuvent profiter des mêmes droits ni participer aux mêmes activités que les autres). En fait, l’exclusion pose bien d’autres problèmes que la seule absence de ressources financières qui peut toujours être compensée par différentes formes d’assistance. Le problème essentiel est que l’exclusion est intimement liée à des sentiments d’inutilité sociale et de dévalorisation de soi qui entraînent une intense souffrance psychique et la difficulté à s’insérer dans un tissu relationnel. C’est également cette souffrance qui conduit au renoncement y compris des soins à son propre corps et finalement à l’adoption de comportements pathogènes qui aggravent une vulnérabilité souvent déjà importante aux maladies organiques et psychiques.

Du fait des nombreuses définitions de l’exclusion, il est difficile d’estimer avec exactitude le nombre des exclus. Si l’on utilise une définition minimaliste et que l’on considère qu’un exclu est une personne qui malgré son état de pauvreté ne bénéficie pas – parce qu’elle n’en a pas le droit, qu’elle ignore ses droits ou qu’elle n’a même plus l’énergie de faire les démarches nécessaires – des possibilités d’aide (revenu, logement, école, santé) correspondant le plus à sa situation, on peut estimer le nombre d’exclus à environ 0,4-0,5 % de la population française **soit au maximum 300 000 personnes** résidant sur le territoire français. Parce qu’il n’existe pas de dispositif de type RMI avant 25 ans, les jeunes représentent une part importante de la population des exclus.

14. Castel R., « Les pièges de l’exclusion, Y a-t-il des exclus ? », *Liens social et politique*, L’exclusion en débat, n° 34, Montréal, Canada, 1995.

● La grande pauvreté

La grande pauvreté est définie par l'Insee comme l'état d'un foyer dont le revenu est inférieur ou égal à un tiers du revenu médian (soit en 1993, 2 133 F pour une personne seule et 3 838 F pour un couple avec un enfant). De 1983 à 1993, la grande pauvreté a régressé en France passant de 5,5 % à 3,5 % des ménages soit **environ 1,5 million de personnes**. Une telle évolution est en particulier à mettre au crédit de l'augmentation régulière du nombre de bénéficiaires des minima sociaux. Au-delà de cette approche basée sur le revenu qui trop souvent est seule mise en œuvre, l'utilisation d'autres facteurs socio-économiques est nécessaire pour décrire précisément ce phénomène de grande pauvreté. Plusieurs situations isolées ou cumulées sont en effet souvent associées chez la même personne avec la grande pauvreté économique :

- Familles vivant dans une pauvreté héritée ou existant depuis longtemps et qui n'est pas due à un chômage récent ou un accident.
- Accumulation et/ou combinaison de plusieurs handicaps dans des domaines essentiels que sont la santé, le logement, l'éducation, etc.
- Appartenance à un groupe ethnique vivant en France depuis moins de dix ans.
- Histoire personnelle et/ou collective marquée par d'importantes ruptures.
- Sentiment de différence, de non-appartenance, de rejet conduisant à la marginalisation¹⁵.

Les situations de grande pauvreté conduisent généralement à une assistance qui certes garantit la survie économique mais obère fréquemment, par sa modestie, les chances de réinsertion. En tant que telle, la grande pauvreté permet de bénéficier d'avantages sociaux qui assurent théoriquement une égalité vis-à-vis du droit (logement, école, santé), mais n'offrent en général pas les moyens de remonter la pente de la pauvreté. La grande pauvreté est dans la France de la fin des années quatre-vingt-dix une situation dont il est difficile de sortir. Cependant, grâce à l'exonération du ticket modérateur qui accompagne certains minima sociaux (le RMI par exemple), les grands pauvres peuvent – au moins théoriquement – bénéficier du même accès aux soins que la majorité de la population.

15. HCSP, *Actualité et dossier en santé publique*, n° 5, septembre 1995.

Les minima sociaux¹⁶ :

Il existe aujourd'hui en France huit minima sociaux dont bénéficient différentes catégories de personnes défavorisées. Ces revenus sociaux destinés à garantir un revenu minimum s'élevaient selon les cas de 1 311 F à 3 433 F à la fin de l'année 1995. Les bénéficiaires de ces minima sociaux forment une population dont les revenus se situent pour la majorité sous le seuil de pauvreté. L'addition des bénéficiaires des minima sociaux constitue donc une autre approche de la pauvreté. Entre 1970 et 1995 le nombre de ménages bénéficiaires d'un tel dispositif a augmenté de 43 % passant de 2,3 à 3,3 millions de ménages. Cette augmentation est encore plus frappante si l'on prend en compte le nombre de personnes vivant dans un ménage bénéficiant de ces minima sociaux. En 1995, *cette population atteignait 6 millions de personnes* soit un peu plus de 10 % de la population totale. On doit enfin observer que si en 1970 le minimum vieillesse représentait la partie la plus importante de ces minima sociaux, celui-ci n'a pas cessé de diminuer depuis vingt-cinq ans et qu'aujourd'hui c'est le revenu minimum d'insertion (RMI) qui constitue le minimum social proportionnellement le plus important.

● La pauvreté

On s'accorde en général à définir la pauvreté comme « l'état d'une personne ou d'un groupe qui dispose de peu de ressources ». Il s'agit donc d'une définition « relative » qui s'oppose à la définition « absolue » en usage dans certains pays anglo-saxons. En effet, le seuil de pauvreté est apprécié de façon variable selon l'histoire, les cultures, le niveau de vie moyen du groupe observé et selon l'observateur¹⁷. Ainsi, existe-t-il plusieurs définitions de la pauvreté qui rendent les comparaisons parfois difficiles. De plus les effets de la pauvreté, c'est-à-dire ceux que l'on peut éventuellement utiliser comme indicateurs, ne dépendent pas uniquement du revenu. Ils intègrent d'autres réalités (solidarités familiales, ressources et traditions culturelles, etc.). Mais ces réalités sont difficiles à caractériser et plus encore à comparer. On ne peut donc approcher la pauvreté qu'en utilisant divers indicateurs de type monétaire (salaires, revenus) en en soulignant les limites. Pris isolément, ils sont vivement contestés, mais croisés avec d'autres indicateurs (par exemple logement ou emploi), ils donnent une idée assez précise des caractéristiques des familles touchées par un cumul de facteurs de pauvreté.

16. Les données relatives aux minima sociaux proviennent de : « Les minima sociaux, 25 ans de transformation », *Les dossiers du CERC-Association*, n° 2, juin 1997.

17. HCSP, *Actualité et dossier en santé publique*, op. cit.

Le seuil de pauvreté¹⁸ :

En France, comme dans les pays de l'Union européenne, on utilise de préférence des indicateurs relatifs contrairement aux États-Unis où l'on préfère une approche absolue. La définition du seuil de pauvreté correspond donc en France à la demi-médiane du revenu par unité de consommation. En 1993 la demi-médiane des revenus en France s'élevait à 3 199 F pour une personne seule, 4 799 F pour un couple sans enfant, 5 758 F pour un couple avec un enfant de moins de 14 ans et 6 718 F pour un couple avec deux enfants de moins de 14 ans.

En France, environ 11 % des ménages ont un niveau de vie inférieur à la demi-médiane des revenus de l'ensemble de la population. Si l'on considère la proportion d'individus vivant dans des ménages pauvres, c'est alors 8,9 % de la population, **soit environ 5 millions de personnes**, qui vivent dans un ménage pauvre. En utilisant cette approche de la pauvreté on constate également que 7,3 % des enfants de moins de 16 ans vivent dans un ménage dont le revenu est inférieur à la demi-médiane. Depuis dix ans, la pauvreté relative a diminué bien qu'elle touche encore 2,2 millions de ménages. Mais elle a également changé de nature : alors qu'elle diminue chez les personnes âgées, elle a augmenté chez les jeunes (surtout les mères isolées, les agriculteurs et les ouvriers), passant de 16 à 17,5 % de ce groupe d'âge.

Contrairement aux idées reçues, la pauvreté en France ne touche pas que des chômeurs, des marginaux et des personnes âgées. Il existe un nombre important de salariés qui reçoivent des bas et très bas salaires, souvent même inférieurs au seuil de pauvreté. Selon une étude du ministère du Travail, les « *working poors* » représentaient en 1996, 15,6 % de l'ensemble des salariés **soit 2,8 millions de personnes** qui recevaient des salaires inférieurs ou égaux à 4 866 F net c'est-à-dire inférieurs au SMIC qui était alors de 5 239 F net¹⁹. Dans leur grande majorité, ces salariés pauvres sont des femmes (78,8 %) et la proportion de jeunes de moins de 30 ans y est significative (30,5 %). On conçoit qu'avec de tels revenus, la majorité de ces salariés ne peut financer une assurance complémentaire et se retrouve donc totalement démunie lorsqu'une maladie soudaine impose des consultations, des

18. Les données relatives au seuil de pauvreté proviennent de : Ch. Chambaz, « La pauvreté en France et en Europe », *op. cit.*

19. Ministère de l'Emploi et de la Solidarité, étude à paraître.

examens et un traitement pour lesquels il faudra faire l'avance des frais et dont le remboursement ne sera que partiel, compte tenu de l'absence de prise en charge du ticket modérateur.

Quelle que soit la définition retenue, la pauvreté est un état où l'intervention médicale curative a un caractère généralement moins urgent que dans le cas de la grande pauvreté ou de l'exclusion, mais où de très nombreux déterminants agissent, à plus ou moins longue échéance, sur l'état de santé : alimentation, comportements à risque, consommation accrue d'alcool et de tabac, salubrité du logement, difficultés d'accès aux soins, difficultés d'accès au travail, traumatismes. Tous ces facteurs sont porteurs de risques majeurs pour la santé à moyen et long termes. Le fait essentiel concernant la santé des pauvres en France est que beaucoup d'entre eux ne bénéficient pas d'une prise en charge du ticket modérateur. Ils doivent payer une partie des soins, ce qui constitue un handicap majeur vis-à-vis de l'accès aux soins.

En l'absence d'une assurance complémentaire qui est rarement accessible financièrement à ce niveau de revenu, la pauvreté non assistée est une situation moins favorable face au risque maladie que la grande pauvreté assistée. Une telle situation illustre l'une des grandes faiblesses du système français d'assurance maladie qui laisse plusieurs millions de personnes, dont une partie importante a de faibles revenus, sans couverture suffisante pour que la dépense que représentent les soins ne soit pas un obstacle financier souvent insurmontable.

L'évolution de la pauvreté en France

« La pauvreté relative n'a pas augmenté en France entre 1985 et 1992. Il convient toutefois de souligner que les données utilisées ne permettent pas de savoir, de façon précise, année par année, comment a évolué la pauvreté entre ces deux dates. [...] En revanche, deux autres évolutions ont été analysées. Premièrement, parmi les ménages en situation de pauvreté, la proportion de ceux qui vivent grâce aux transferts sociaux a fortement augmenté, ce qui traduit à la fois le processus d'éloignement du marché de l'emploi de franges importantes de la population, mais aussi le choix de solidarité qui a été fait dans notre pays en faveur des plus défavorisés (le RMI en est un exemple). Deuxièmement, cet effort de la collectivité qui atténue le niveau de pauvreté n'élimine pas pour autant le risque d'exclusion... En effet, les catégories les moins qualifiées, et donc les plus vulnérables, ont vu leur situation se dégrader, de même que les jeunes dont les difficultés d'insertion professionnelle se sont accrues. Ces évolutions contrastées expliquent au moins partiellement pourquoi on utilise de plus en plus le terme d'exclusion en France. La ques-

tion qui se pose n'est plus seulement celle de l'insuffisance des revenus, mais aussi celle du cumul de handicaps des groupes fragiles et donc de leur marginalisation progressive dans la société française²⁰. »

● La précarité

J. Wresinski a défini la précarité comme « *l'absence d'une ou plusieurs des sécurités permettant aux personnes et aux familles d'assumer leurs responsabilités élémentaires et de jouir de leurs droits fondamentaux. L'insécurité qui en résulte peut être plus ou moins étendue et avoir des conséquences plus ou moins graves et définitives. 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*²¹ ». De cette absence résulte une situation d'insécurité, plus ou moins profonde, plus ou moins inscrite dans la durée, mais toujours susceptible de conséquences excluantes. La notion de précarité est indissolublement liée à celle d'insécurité. Chacune des insécurités qui peuvent affecter les individus correspond à différents processus de fragilisation ou de précarisation : précarisation de l'emploi et du travail, érosion des solidarités familiales, conséquences des carences de qualification et de formation initiale, fragilisations dues à la maladie ou à la faible santé. La particularité de chaque processus de précarisation est qu'il concerne une population particulière, hétérogène, et qu'il s'alimente directement des dysfonctionnements de l'ensemble de la société.

Pour ne prendre qu'un exemple, la précarisation de l'emploi et du travail s'alimente de la montée de l'incertitude de l'activité économique. Toutes les formes nouvelles de production (production à flux tendu, gestion du « juste à temps », compression et suppression des stocks) tendent à réduire la part d'incertitude et de risque productif. Dès lors, les sécurités liées au contrat de travail à durée indéterminée, les droits dérivés de la protection sociale, la cohésion qu'offre la sociabilité de collectifs de travail, deviennent autant d'obstacles à ce que certains nomment le « besoin de flexibilité ».

Mais, tous les salariés qui, à un moment ou un autre, devront accepter des formes de contrats de travail juridiquement préca-

20. Paugam S. et Zoyem J.-P., *Solidarité Santé*, 1996, n° 1.

21. Wresinski J., « Grande pauvreté et précarité économique et sociale », Paris, *Journal officiel*, 1987.

risés (contrats à durée déterminée, contrats d'insertion aidés par l'État, intérim) ou seront licenciés, ne basculeront pas dans la précarité. Le déterminisme, ici, n'est pas uniquement social. Une part non négligeable de ces chômeurs retrouvera un emploi durable, utilisera l'offre de formation pour se réorienter et intégrer une nouvelle activité professionnelle et reconstruire sa sécurité salariale.

Les trajectoires des individus s'infléchissent dès lors qu'une fragilisation dure et qu'elle se cumule avec d'autres fragilités, soit acquises précédemment, soit surgissant à l'occasion de la difficulté principale. Ainsi, si plus de cinq millions de personnes ont à connaître une situation de chômage chaque année, plus des deux tiers d'entre elles retrouvent un emploi en quelques mois. La fragilisation s'installe et se pérennise dès lors que le chômage dure. Ceux qui, au chômage, ne peuvent plus cacher des fragilités acquises ou latentes (la personne illettrée qui depuis vingt ans travaillait dans le bâtiment, la personne ayant des pratiques alcooliques répétées, etc.), ceux qui voient, à l'occasion du chômage, surgir d'autres fragilités, ceux dont le couple se brise (40 % de risque supplémentaire de séparation pour les chômeurs de longue durée), ceux qui basculent dans la dépression, etc., ceux-là voient leur risque de précarisation croître fortement²².

Dans son étude sur le chômage, le Commissariat général du plan estime à sept millions le nombre de personnes dont la situation « ...est directement affectée d'une façon ou d'une autre et plus ou moins gravement par l'évolution de l'emploi ». Cependant, si l'on veut exprimer l'importance de la précarité, ce chiffre est largement sous-estimé puisqu'il ne prend en compte ni les jeunes de 16 à 24 ans qui souhaiteraient trouver un travail mais ne sont pas comptés comme « actifs²³ », ni les personnes âgées qui ne touchent que le « minimum vieillesse », ni bien sûr les autres membres de la famille (femmes restant à la maison et donc considérées comme « inactives » et enfants). Comme le chiffre du chômage, celui des personnes vivant dans un ménage disposant d'un revenu inférieur au seuil de pauvreté n'est pas non plus un bon indicateur de la précarité puisqu'il ne représente qu'une photographie de la situation à un moment donné. Finalement en intégrant les données statistiques disponibles et en considérant la précarité comme un processus longitudinal, **on peut globalement estimer que ceux qui**

22. Paugham S., « Précarité et risque d'exclusion en France », *Document du CERC*, n° 109, Paris, La Documentation Française, 1993.

23. La France est le pays industrialisé dans lequel le taux d'inactivité des jeunes de 16 à 24 ans est le plus élevé (près des 2/3 des jeunes sont inactifs en France contre à peine plus d'un tiers au Royaume-Uni et aux États-Unis d'Amérique).

sont aujourd'hui touchés par les phénomènes de précarisation – qui l'ont été récemment ou qui sont en danger de l'être prochainement – représentent une partie importante de la population (12 à 15 millions de personnes selon les estimations, soit de 20 à 25 % de l'ensemble de la population).

Les processus de précarisation : des itinéraires personnels

Les situations de précarité que connaissent un nombre croissant de personnes et de familles sont le résultat de transformations structurelles dont les effets sur les trajectoires individuelles – professionnelles et familiales – se manifestent dans la durée. Définir la précarité suppose donc de connaître les processus de précarisation, c'est-à-dire l'enchaînement des événements et des expériences qui débouchent sur des situations de fragilisation économique, sociale et familiale. La démarche compréhensive se substitue ici à l'analyse descriptive et à la définition de catégories statistiques. Les résultats de ces travaux sont plus difficilement formalisables mais permettent de rendre compte des interactions entre des phénomènes de nature différente, des marges de manœuvre possibles et les significations accordées aux situations vécues ainsi que des stratégies mises en œuvre pour y faire face.

En toile de fond : la montée des incertitudes

Depuis les années soixante-dix un ensemble de faits de société semblent remettre en cause les normes d'intégration et l'homogénéité des groupes sociaux qui caractérisaient la période de croissance économique : extension du travail féminin, émancipation des femmes, remise en cause de la famille traditionnelle ou du principe d'autorité, montée des exigences individuelles, transformation de la socialisation primaire par l'effacement des pères et la double vie des mères, transformation de la socialisation secondaire sous l'effet de l'allongement de la scolarité, induisant une concurrence entre l'école et les médias comme entre les groupes de pairs et les prérogatives parentales. Ces mouvements, qui signalent une quête croissante d'autonomie et d'identité mais aussi ses limites, participent au brouillage des repères antérieurs et à la déstabilisation d'un certain nombre de familles et d'individus. Pourtant, contrairement à ce que laissent entendre certains discours, ces évolutions sociales et culturelles ne suffisent pas à expliquer les formes actuelles de la précarisation. Celles-ci résultent de **la rencontre d'expériences objectives et de vécus individuels et familiaux avec des transformations d'ordre structurel**, c'est-à-dire avec la remise en cause brutale de ce qui constituait depuis plusieurs décennies un principe d'ordre, de cohésion

et de régulation sociale : le travail, l'emploi et les protections sociales qui caractérisaient la « société salariale ». En effet, depuis le début des années cinquante, la relative stabilité de l'emploi et du travail assurait une place dans un monde connu et garantissait un certain nombre de droits sociaux et de protections collectives qui compensaient pour partie les défaillances personnelles. Au contraire, la flexibilité de l'emploi, la déréglementation du travail et le chômage isolent les salariés et accentuent les fragilités personnelles. Enfin, on ne peut séparer arbitrairement les « précaires » et les « stables ». Les salariés réputés « stables » sont pour beaucoup les « précaires » de demain et se perçoivent souvent comme tels. En outre, les tensions et incertitudes relatives à l'emploi interfèrent avec celles que connaît la vie personnelle et familiale. Elles impliquent des réajustements de budgets et de projets familiaux et mettent à l'épreuve les relations interpersonnelles et les configurations familiales. C'est désormais sur fond d'incertitude que les individus doivent bâtir leur vie familiale, professionnelle et sociale.

Itinéraires personnels et trajectoires de précarisation

La précarité, en effet, est généralement définie à travers un certain nombre d'indicateurs objectifs immédiatement repérables et plus ou moins formalisables ou même quantifiables (type de contrat de travail, périodes et durée du chômage, diminution des revenus, perte des droits sociaux, aides personnalisées, rupture familiale, accès aux soins, etc.). Or, les processus de précarisation résultent de situations intriquées, de fragilisations réciproques, de ruptures en chaîne qui peuvent mener jusqu'aux portes de l'exclusion et qu'on ne peut comprendre qu'en repérant les effets des transformations structurelles à travers les interactions complexes des trajectoires individuelles et familiales. **Ces interactions combinent des données objectives et des dynamiques subjectives.** La précarisation bouleverse les repères antérieurs et les significations, et ne permet plus de construire de sens à partir des situations vécues. La dilution des identités et les atteintes à l'image de soi se répercutent également sur les rapports intergénérationnels et rendent plus aléatoires les dynamiques identitaires des jeunes générations. Ces processus ne sont ni objectivables ni mesurables. Mais force est de constater l'existence de ce lien étroit entre altération du sens, souffrance psychique, violence et santé.

Trajectoires de précarisation et cumuls de handicaps

Chez les générations âgées, ces processus de précarisation sont souvent liés à une expérience de licenciement et de chômage

pouvant conduire vers un emploi peu stable, moins qualifié, ouvrant parfois à nouveau sur une période de chômage. Ces parcours, couplés à une intensification du travail, à une insécurité de l'emploi, à la limitation des ressources, à l'impossibilité d'anticiper l'avenir sont souvent source d'anxiété et de mises en échec qui altèrent l'image de soi et la vie relationnelle. Ces difficultés, auxquelles peuvent s'ajouter endettement, menace d'expulsion peuvent se répercuter à leur tour sur la santé et renforcer ainsi le processus de désinsertion professionnelle ou relationnelle. Elles peuvent également devenir source de graves tensions familiales.

Pour les jeunes en quête d'insertion, dont certains appartiennent désormais à la « deuxième génération de chômeurs », la recherche d'une place dans le monde du travail se double d'une quête identitaire faite d'identifications partielles et d'aspirations plus ou moins contradictoires où la transmission intergénérationnelle, ses modèles et ses échecs jouent un rôle décisif. Ces itinéraires, faits de renégociations permanentes entre les aspirations et le champ des possibles, sont conditionnés par les expériences successives du rapport au travail (stage, chômage, CDD), mais aussi par les particularités de l'expérience personnelle : cohabitation familiale plus ou moins recherchée et supportée, vie de couple plus ou moins problématique, etc. Ces enchaînements d'expériences professionnelles qui n'apportent souvent aucune qualification réelle se soldent souvent par l'installation dans des situations de « galère » ou de découragement, et la dépendance à l'égard de la famille, elle-même souvent fragilisée ou assistée, devient alors difficilement supportable.

La faillite de l'insertion, l'absence de reconnaissance sociale et l'impossibilité de donner du sens à l'avenir portent atteinte à la construction de l'identité, et au-delà, à la santé (conduites à risque, violences, conduites de consommation, etc.). Dans les faits, ces processus de précarisation se manifestent toujours à travers des configurations particulières où interfèrent histoire personnelle, milieu social, niveau de formation et de qualification, réseaux d'appartenance et valeurs de référence. Par là même, les situations vécues donnent lieu à des interprétations et à des stratégies différenciées. Ces processus peuvent se traduire par un cumul de handicaps et de difficultés débouchant sur des boucles de précarisation menant vers l'exclusion, ou au contraire donner lieu à des tentatives de réappropriation des situations permettant de neutraliser ou de compenser les expériences de fragilisation. Les processus de précarisation ne sont pas monodirectionnels et des itinéraires de sortie existent. Mais il est important de saisir la complexité des interactions qui permettent la stabilisation d'une situa-

tion, afin en particulier de percevoir à quel point les soutiens partiels ou trop ciblés sur une composante de l'expérience personnelle s'avèrent insuffisants. Ces processus de stabilisation sont souvent renforcés par de nouveaux types de solidarités, institutionnels, associatifs, ou plus spontanés (quartiers, familles, etc.). Ce constat peut laisser l'espoir de progrès, même s'il contribue en même temps à renforcer l'écart entre les différents groupes de la population. Les familles les plus fragiles sont en effet également les plus sollicitées par leurs membres et, de ce fait, cumulent le plus de handicaps.

La santé, un processus dynamique

La notion de santé, dans une approche de type santé publique, est tout aussi complexe et controversée que la notion de précarité. Elle a donné lieu depuis les temps les plus anciens à de nombreuses définitions qui s'inspiraient toutes de l'esprit de l'époque où elles étaient élaborées. Comme pour la précarité, certaines définitions considèrent la santé comme un état alors qu'en revanche, d'autres sont plus sensibles à sa dimension de processus et de construction sociale. Plusieurs de ces définitions ont le mérite soit de représenter un large consensus international, soit d'être opérationnelles pour la santé publique. Elles sont ici passées en revue.

La définition de l'OMS et ses limites

La notion de santé est des plus polysémiques. Trop souvent identifiée à l'absence de maladie, la santé est présentée, dans la célèbre définition de l'OMS (22 juillet 1946), comme « *un état complet de bien-être physique, mental et social* » qui « *ne consiste pas seulement en l'absence de maladie ou d'infirmité*²⁴ ». Cette définition offre l'avantage de proposer une vision complète de la santé et de la démedicaliser (le médecin n'est plus seul habilité à définir l'état de santé de l'individu). Mais elle présente plusieurs inconvénients :

- Cette définition transforme la santé en un objectif utopique, qui ne peut connaître aucune réalisation parfaite. Elle donne de la santé une vision normative, présentant la « bonne santé » comme le seul idéal acceptable. C'est enfin une définition très délicate à traduire en dispositif opérationnel.

24. Organisation mondiale de la santé/Fonds des Nations unies pour l'enfance, *Les soins de santé primaires*, Conférence internationale sur les soins de santé primaires, OMS, Genève, 1978, p. 6.

En revanche, cette définition ouvre des perspectives très pertinentes en soulignant le poids énorme du mal-être et de la souffrance psychologique et mentale dans l'état de santé des personnes en état de précarité ou menacées de précarisation.

- Un deuxième ordre de critique tient à l'approche exclusivement perceptuelle, qui s'inscrit dans une longue tradition philosophique et définit la santé par ce qu'en ressent et ce qu'en dit l'individu. Elle saisit par là même avec finesse la dimension « variable » de la santé qui dépend effectivement de ce que l'individu considère comme un état normal au regard de son âge, de sa situation professionnelle, etc. Elle se heurte cependant à plusieurs observations importantes :
 - Les états de maladies asymptomatiques ne sauraient en aucun cas être négligés au seul motif que l'individu ne ressent pas encore les effets de la pathologie. L'approche perceptuelle s'avère une bien piètre analyse au regard des exigences de la prévention, des soins rapides et de la santé publique.
 - La perception de leur santé par les individus dépend de leur « ambition » au regard de la santé, qui évolue avec l'âge et avec d'autres événements biographiques. Un centenaire s'estimera en parfaite santé malgré deux ou trois « petits problèmes » concernant sa vision ou sa motricité. On ne peut fonder l'analyse de l'état de santé des personnes en situation de précarité sur des éléments aussi variables et susceptibles de traduire des formes de rapports sociaux (« ... vu sa situation, il est en bonne santé »).
- Le troisième inconvénient, le plus grave sans doute, de la définition fondatrice de l'OMS tient à son caractère statique (« un état ») et à son absence de référence à la durée. Or, l'espérance de vie, pour ne citer que ce critère, est l'un des aspects majeurs de la santé d'un groupe humain, tandis qu'à l'échelle individuelle, retarder la mort sans incapacité en est l'une des dimensions essentielles.

Finalement, à condition de ne pas trop tendre vers une lecture psychologique de la santé, il reste de cette approche une dimension fondamentale : **l'absence de maladie identifiée, somatique ou mentale, ne garantit en aucune façon la bonne santé.**

La recherche d'autres définitions

Plus récemment, d'autres définitions ont été proposées pour corriger ces trois inconvénients et insister sur l'aspect dynamique de la santé. En France, le rapport *Pour une politique de santé* (1982) affirmait «... *plénitude de vie, la santé est une harmonie*

dynamique de l'homme avec lui-même, avec son milieu, l'un et l'autre changeants, dont l'objectif est (...) de permettre à chacun de tirer un parti maximal de ses capacités ». Plus sobre, d'autres l'ont considérée comme « *un état physique et mental, exempt de gêne et de souffrance qui permet à l'individu de fonctionner aussi efficacement et aussi longtemps que possible, dans le milieu où le hasard et le choix l'ont placé* ».

Ces approches portent le sceau d'une **conception fonctionnelle** de la santé c'est-à-dire la capacité de fonctionner « normalement » dans la société et d'assumer le rôle que chacun espère légitimement y jouer mais aussi celui que celle-ci attend de chacun. Dans ce rapport entre la personne et la société, émerge la notion d'autonomie. Comme le montre en effet une enquête réalisée par le Crédoc pour le compte du Haut Comité de la santé publique, une large majorité des Français associent étroitement la santé avec les notions d'autonomie et de bonheur. Elle s'est ainsi progressivement transformée en **une valeur désirable**, presque une forme de salut, ce qui a sans doute contribué à l'amélioration globale de la santé de la population française, mais peut également parfois justifier ou favoriser des formes de sélection, voire d'exclusion par la santé.

Car cette valeur, en outre, a un coût. La mise en place progressive au cours du siècle de systèmes de solidarité parfois qualifiés, improprement, d'État-providence a conforté aux yeux de tous cette valeur de la santé, mais a également partagé le devoir de solidarité entre tous, et au premier rang les travailleurs salariés. **La désorganisation actuelle du marché du travail conduit en outre à remettre en question certains aspects de cette solidarité et à interroger cette « valeur » de la santé en regard de son coût.** Elle réclame que l'on porte une attention plus grande aux ressources introduites dans le système et que l'on mène une réflexion sur son efficience générale qui pourrait devenir source de nouveaux progrès, notamment en ce qui concerne la santé des plus démunis ou des plus vulnérables.

Pourtant, ces approches ne suffisent pas à fournir une définition opérationnelle, capable par exemple d'envisager la question des inégalités de santé ou des évolutions positives ou négatives de l'état de santé de certains groupes ou populations. La définition opérationnelle repose sur l'utilisation d'indicateurs de santé, dont les plus utilisés sont les indicateurs de mortalité, de morbidité, d'incapacité, et les données épidémiologiques propres aux différentes maladies. Des indicateurs de qualité de vie ont parfois été utilisés, mais ils semblent peu appréciés dans

les pays d'Europe continentale. Ces indicateurs sont indispensables à une approche quantifiée, permettant notamment de suivre des évolutions. Ils doivent cependant être manipulés avec précaution et connaissent les mêmes limites que les lectures naturalistes de la précarité. Certes, ces données réductrices représentent une photographie instantanée d'états variables et sensibles aux circonstances. Mais la santé et la perception de la santé obéissent à de nombreux autres paramètres que ceux qui sont pris en compte dans ces analyses. Dans le cas précis des indicateurs de santé, il convient en outre de se méfier de la fréquente fascination pour les chiffres. L'un des indicateurs les plus utilisés pour définir l'état de santé d'une population – l'espérance de vie à la naissance – ne prouve en aucune façon que cette population existe réellement comme une unité sociale, ni comme une communauté de destin. L'une des caractéristiques des populations précaires étant justement la difficulté à les caractériser, cela limite le nombre et la qualité des données que l'on peut recueillir.

**La Charte
d'Ottawa :
une conception
de la santé
publique**

Sans renoncer à la définition de la santé de 1946, l'OMS l'a fortement modulée en 1986, lors de l'adoption de la Charte d'Ottawa. *« Pour parvenir à un état de complet bien-être physique, mental et social, l'individu, ou le groupe, doit pouvoir identifier et réaliser ses ambitions, satisfaire ses besoins et évoluer avec son milieu ou s'y adapter. La santé est donc perçue comme ressource de la vie quotidienne, et non comme but de la vie ; c'est un concept positif mettant l'accent sur les ressources sociales et personnelles, et sur les capacités physiques. La promotion de la santé ne relève donc pas seulement du secteur de la santé (...) son ambition est le bien-être complet de l'individu. »* La charte poursuit en examinant les conditions indispensables à la santé : *« La santé exige un certain nombre de conditions et de ressources préalables, l'individu devant pouvoir notamment : 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, avoir droit à la justice sociale et à un traitement équitable. »* Ce texte permet de pénétrer, avec une force évidente, dans la problématique du rapport de la santé avec la pauvreté et la précarité. Mais il y a également, entre la santé et l'environnement social, une relation circulaire, car, comme le rappelle également la Charte d'Ottawa : *« La bonne santé est une ressource majeure pour le développement social, économique et individuel et une importante dimension de la qualité de vie. »*

La définition de la santé issue de la Conférence d'Ottawa apparaît donc comme **un outil particulièrement pertinent lorsque l'on doit étudier des phénomènes de santé directement liés à l'environnement social**. Elle a par ailleurs l'avantage de rappeler qu'avant d'être le produit de la qualité des services de soins, la santé est – sauf cas particuliers liés à la génétique ou la biologie – la conséquence du fait qu'une personne bénéficie ou non de droits fondamentaux qui devraient être ceux de toute société démocratique. Elle fixe donc le cadre et les objectifs prioritaires de toute politique nationale de santé qui devrait avant tout autre chose être la politique de l'ensemble des pouvoirs publics.

Une conquête toujours provisoire

D'autres approches issues de la clinique considèrent la santé comme un état instable, résultat toujours provisoire d'une histoire où les fragilités organiques et les pathologies existantes sont compensées par des stratégies de défense médicales, comportementales, psychiques et sociales, individuelles ou collectives. Autrement dit, **la santé n'est pas un état passif indéfiniment acquis, mais une conquête toujours provisoire. Elle est soumise à l'expression du potentiel génétique et aux effets pathogènes des modes de vie et de l'environnement**. En ce sens, la santé serait plutôt un compromis provisoire supposant le fonctionnement plus ou moins harmonieux d'un certain nombre de mécanismes de défense, innés ou acquis.

À cet égard, les défenses psychiques apprises par la médiation d'un autre (la mère) puis des autres (identifications sexuelles, identités sociales) jouent un rôle essentiel. Ainsi, dès l'enfance, les carences alimentaires et les agressions de l'organisme sont-elles aggravées par l'absence de soins. Plus encore, on constate qu'en dépit de soins rapides, certains troubles organiques se transforment en pathologies récurrentes (asthme, troubles digestifs, prurits...) lorsque les défenses psychiques de l'enfant sont débordées par les perturbations du champ relationnel immédiat. La mobilisation des défenses conscientes et inconscientes dans la lutte pour préserver son intégrité et construire son identité se poursuit tout au long de l'existence. Elle reste tributaire du mode d'engagement dans la relation aux autres, affective, professionnelle ou sociale. Dans cette perspective, chaque fois que les défenses individuelles (psychiques) et collectives (principes d'appartenance, références, règles collectives, droits sociaux, action collective) sont mises en échec, la personne est déstabilisée, et sa santé menacée. Le travail devient source de souffrance, les situations problématiques se transforment en non-sens, la déva-

lorisation et la non-reconnaissance de soi par les autres altèrent les relations et isolent. Sans être explicitement des maladies, ces situations d'impasse et de mal-être constituent des atteintes à l'intégrité du sujet qui ouvrent la voie à l'installation ou à l'aggravation de pathologies chroniques, aux troubles psychiques, aux décompensations psychiques et somatiques (incluant le risque d'accident), ou au recours à des moyens de défense artificiels (alcool, psychotropes, drogues illicites).

Précarisation et processus de santé

Les interactions entre les processus de précarisation et les processus de santé

À l'image des processus de précarisation, les rapports entre santé et précarité relèvent d'interactions multiples, où se mêlent des données sociales, des faits objectifs et des vécus subjectifs. Ces interactions s'inscrivent dans la durée, le temps étant une dimension essentielle de la santé comme de la précarité.

L'absence de soins concernant les maladies infectieuses ou le développement de l'enfant, la précocité de certaines conduites de consommation (alimentation, tabagisme, alcoolisme) ont souvent des répercussions tardives sur la santé. Certaines pathologies se déclarent plusieurs années après l'exposition au risque et/ou après plusieurs années d'exposition. Elles peuvent aussi résulter du cumul des expositions à des risques différents mais convergents. Mais ces causes ne constituent souvent qu'une partie du problème : il faut aussi compter avec les effets de la « déliaison sociale » sur les jeunes et les adolescents. La désocialisation du milieu familial empêche la structuration du rapport au temps social, aux normes sociales, et la dilution des références collectives. Le poids des séparations ou des problèmes parentaux perturbe les identifications en fonction desquelles se construisent l'image du corps et la santé. Ces effets des formes de vie et des conditions de travail sur la santé ont déjà été largement répertoriés. Ils supposent un appel renforcé aux moyens de prévention primaire (éducation à la santé, médecine scolaire, médecine du travail, action sociale) plus qu'un renforcement des dispositifs de soins.

Mais la prévention sanitaire ne suffit pas à protéger l'individu qui se trouve pris dans des boucles de précarisation, où les effets de la précarité et de la dégradation de la santé se conjuguent, s'il n'existe pas de système de protection personnel, familial ou social, pour se rapprocher chaque jour de l'exclusion. La santé n'est pas simplement un déterminant de la précarité, ni la précarité un

déterminant de la santé comme le supposent tour à tour des modèles commodes mais réducteurs. Santé et précarité se conjuguent et contribuent mutuellement à creuser le passif d'un individu qui tente de faire face aux exigences d'une société où s'aggravent les inégalités.

Dans les liens entre précarité et santé, qui se manifestent toujours à travers des histoires singulières, il faut souligner le poids d'un certain nombre de facteurs dont les effets conjugués dans la durée représentent toujours un risque pour la santé :

- Les formes de précarité économique, sociale et familiale éprouvées dans l'enfance (carences affectives, absence ou manque d'hygiène et maladies infantiles, absence de soins, conflits familiaux, retrait social) sont réactivées par les expériences de l'âge adulte (emplois discontinus, travaux déqualifiés, pénibles ou dangereux, faible protection sociale, difficulté de recours ou d'accès aux soins et aux droits sociaux, bouleversements de la vie de couple).

Les boucles de précarisation : l'exemple du travail

La période récente montre qu'un grand nombre de « boucles de précarisation » trouvent leurs origines dans les nouvelles formes d'emploi et de travail où la recherche de l'efficacité et de la compétitivité conduit à nier ou à pénaliser les problèmes de santé.

Pour les personnels qualifiés, l'autonomie croissante et le contrôle par résultat peuvent dans certains cas renforcer la subordination au lieu de l'assouplir. L'intériorisation des contraintes et des contradictions organisationnelles peut se solder par des formes d'anxiété ou de dépression masquée et finalement de mise en échec qui ouvrent la voie au licenciement ou à des formes de décompensations psychiques ou somatiques.

Pour les personnels les moins qualifiés (dont beaucoup de jeunes, de femmes, de travailleurs immigrés), le renvoi vers des secteurs de sous-traitance ou d'intérim (industrie agro-alimentaire, grande distribution, services de nettoyage, bâtiment, maintenance) les conduit à assurer les travaux les plus pénibles ou les plus dangereux et à supporter les horaires les plus irréguliers. Dans ces systèmes, la mise en concurrence des sous-traitants impose aux salariés des charges et des conditions de travail qui se soldent par une recrudescence des accidents du travail et par l'apparition de maladies spécifiques (troubles musculo-squelettiques, dermatoses, cancers professionnels). Du fait des situations de sous-traitance, du caractère temporaire de ces contrats et du nombre de chômeurs, ces salariés sont dans l'impossibilité

d'exercer leurs droits syndicaux ou de bénéficier d'un réel suivi médical. Ces atteintes à la santé demeurent ainsi dans une sorte d'invisibilité sociale.

Les travailleurs de plus de 50 ans, premiers visés par les mesures de restructuration ou de licenciement, la déqualification, la mise à la retraite anticipée, *a fortiori* le chômage souvent irréversible, vivent ces événements comme des remises en cause totales ou partielles de projets de vie plus ou moins achevés, comme un déni du travail passé et de l'expérience acquise. Cette remise en cause de la vie professionnelle, l'expérience de non-sens et le sentiment d'inutilité qui l'accompagnent, contribuent souvent à l'apparition de troubles, de maladies organiques, ou de maladies chroniques.

De façon générale, les nouvelles formes de gestion de l'emploi et du travail renforcent les fragilités individuelles et isolent les salariés. Les accidents, la maladie, les défaillances psychiques se traduisent par des « mises au placard » ou le fléchage sur une prochaine liste de licenciement pour les salariés en CDI ou par un non-renouvellement du contrat pour les salariés temporaires qui se retrouvent au chômage. Le nouveau chômeur cumule le chômage, l'isolement, le bouleversement de sa vie familiale (dans lequel la baisse de revenu joue son rôle), la crainte de l'avenir et une santé fragile et altérée qui limite encore ses possibilités d'embauche sur un marché déjà réduit. Pour obtenir un nouvel emploi, il doit souvent choisir entre travail et santé, en ne signalant pas son état de santé ou en demandant au médecin du travail de ne pas le mentionner. Le nouvel emploi peut permettre une stabilisation de l'état de santé ou, au contraire, réactiver les fragilités antérieures. En cas de CDD ou de contrat d'intérim, l'arrêt-maladie peut signifier rupture de contrat et nouvelle période de chômage.

Ces situations objectives se doublent souvent de composantes subjectives d'échec, de culpabilité ou d'humiliation, de perte de sens qui altèrent la vie familiale et relationnelle. Ainsi se mettent en place les boucles de précarisation : accident ou maladie/chômage/emploi déqualifié ou inadapté/démoralisation ou rechute/arrêt maladie/chômage de longue durée/isolement et, dans un certain nombre de cas, ruptures familiales et exclusion sociale.

- L'impossibilité de trouver ou de retrouver un emploi, les formes de travail déqualifié, pénible ou dangereux, outre les risques encourus, participent au sentiment d'instrumentalisation sociale sans offrir les moyens de réappropriation du sens du travail ni les formes de luttes et de défenses collectives antérieurement liées au statut salarié.

- Des formes d'isolement pathogène découlent de l'émiettement des contrats de travail et de la dilution des collectifs, de la disparition des supports de la vie locale, des réseaux d'échange, d'information et de soutien social, mais aussi de la honte du chômage et de la déqualification sociale. Cet isolement conduit bon nombre de sujets à se replier dans une sorte de dépendance passive à l'égard des systèmes assurantiels ou assistantiels.
- La société fait aujourd'hui face à un développement massif d'un mal-être qui, projeté dans l'univers social (racisme, intégrisme, extrémisme) ou familial – ou même vécu dans la solitude – conduit à une progression visible de la souffrance psychique, voire favorise l'apparition de pathologies mentales jusqu'alors compensées par les défenses apprises et ajustées à des situations connues. Ces souffrances psychiques, et les fragilités sociales auxquelles elles sont souvent associées, posent de nombreuses questions aux cliniciens – psychiatres et thérapeutes – partagés d'une part entre l'impossibilité matérielle de prendre en charge des sujets auxquels ils ne peuvent proposer aucune solution de réparation ou de réinsertion, et d'autre part leur désir de soulager ceux qui se sentent frappés d'inutilité ou de non-devenir en tentant de les aider à se ressaisir de leur histoire en tant que sujet et en débrouillant avec eux l'incidence psychopathologique des faits sociaux.

Les choix du rapport

Dans l'écheveau des relations qui associent les nombreuses formes de précarité aux déterminants de la santé et afin d'en faciliter la compréhension, le groupe de travail du Haut Comité de la santé publique a procédé aux choix suivants :

Quelle définition de la précarité ?

Dans ce rapport, la précarité est définie comme **un processus de fragilisation conduisant à une plus grande vulnérabilité face à un certain nombre de handicaps sociaux, coûteux pour l'individu et susceptibles d'entraîner un glissement vers des situations plus durables et plus dramatiques, proches de la grande pauvreté ou de l'exclusion**. La précarité est le produit de dimensions structurelles (économiques, sociales), de menaces à court ou moyen terme, mais aussi de dimensions subjectives (perception de sa situation, structuration psychique, etc.). En tant que telle, elle n'est pas facile à désigner et à cerner. Le recoupement des études publiées sur le sujet montre qu'il existe en France probablement

de dix à quinze millions de personnes qui dans une période récente de leur vie ont à un moment ou à un autre perdu quelques-unes des sécurités essentielles qui assurent une certaine stabilité, et vivent donc dans une situation de grande vulnérabilité, notamment du point de vue de leur santé.

Pour appréhender concrètement les phénomènes visés, un certain nombre de situations, considérées comme des « signes » – des symptômes – de précarisation, seront présentées dans la suite de ce rapport en sachant qu'elles ne fondent en aucun cas des définitions. Ces « signes » de précarisation s'inspirent à la fois de la définition que proposait le rapport Wresinski et des éléments retenus par la Charte d'Ottawa comme nécessaires au maintien de la santé. Indépendamment, aucun de ces « signes » ne suffit à désigner la précarité, mais leur cumul avec d'autres fragilités conduit à la précarité. Et comme il n'existe pas de critères objectifs et universellement acceptés de mesure de la précarité, on considérera donc ces « signes » comme des indices d'une tendance à la précarisation.

Quelle définition de la santé ?

Dans ce rapport, la santé est entendue dans un sens assez proche de celui de la Charte d'Ottawa. Pour l'appréhender, les données épidémiologiques et statistiques disponibles, malgré leurs évidentes lacunes et parfois leur manque de fiabilité, sont utilisées. Bien entendu, **dans une perspective de santé publique, la santé ne saurait évidemment être limitée à la seule absence de maladie. Une souffrance psychique, même non pathologique, la répétition de troubles bénins, une perturbation de l'image de soi ou le sentiment de sa propre inutilité seront considérés comme des signes suffisants pour parler de problème de santé.** D'autant que **cette souffrance est en elle-même un déterminant important de la mauvaise santé.** De même, la persistance d'un comportement, ou de l'exposition à des conditions de vie ou de travail, connues comme pathogènes et donc susceptibles d'entraîner, même à long terme, une dégradation de l'état de santé, sera considérée ici comme participant au lien entre santé et précarité.

Comme il l'a été souligné en introduction, cette définition est très proche de la représentation d'un « **capital-santé** ». Les auteurs de ce rapport ont bien conscience de la difficulté de cette notion, et en particulier de son caractère statique et de sa difficulté à rendre compte des stratégies personnelles d'utilisation du capital. Cependant, elle offre l'avantage de bien marquer à quel point les événements, tout au long de la vie, augmentent, protègent ou

érodent ce capital qui peut atteindre ses limites de nombreuses années après avoir été ainsi entamé.

Quelques orientations

La précarité d'une partie de la population s'enracine dans des processus lourds impliquant les évolutions économiques de la société, les logiques et les limites des dispositifs de solidarité, les conditions de vie familiale, les réseaux de solidarité, les tendances épidémiologiques, etc. Le souci de la préservation de l'état de santé des individus connaissant les situations les plus précaires, ne se heurte donc pas seulement à la classique interrogation de la médecine sur la balance entre éducation, prévention et soins, mais doit donc également intégrer une réflexion sur la nécessité de modifier certaines conditions sociales. Devant cette difficulté, le groupe de travail n'a pas cherché à trancher dans le principe quelles sont les décisions qui pourraient être du ressort de la politique de santé et quelles sont celles qui seraient du ressort des politiques générales. Il s'est simplement efforcé, en proposant des mesures destinées à corriger les plus graves des problèmes rencontrés, de conserver en permanence à l'esprit l'objectif de préservation et d'amélioration de l'état de santé des populations et d'émettre des propositions en rapport avec son domaine de compétence. Par ailleurs, le groupe de travail a bien entendu renoncé aux objectifs macro-économiques radicaux (une baisse du chômage serait malgré tout l'un des meilleurs moyens d'améliorer l'état de santé des populations) et a tenté, autant que possible, de raisonner à dépense constante.

Ces premiers critères ne résument cependant pas à eux seuls les solutions retenues par les auteurs de ce rapport. D'une façon générale, sans proposer de modifications significatives du droit en vigueur, sauf en ce qui concerne la couverture socio-sanitaire, le groupe de travail a privilégié l'amélioration du fonctionnement des droits existants s'adressant à l'ensemble de la population. C'est donc dire que le droit au travail, le respect de la dignité dans l'entreprise, la garantie d'une équité dans l'accès aux soins, l'égalité devant le fonctionnement du système scolaire sont des approches à privilégier par rapport aux mesures spécifiques. Pour autant, ces dernières ne sont pas à exclure dans la mesure où elles permettent de rétablir dans leurs droits les populations les plus précaires, voire exclues. Mais elles doivent avoir un contenu transitoire, pour un délai défini. En matière de santé par exemple, elles doivent viser le rétablissement des droits aux soins et la restauration de la relation avec les professions médicales et sociales.

Au-delà des frontières

Le système d'information sanitaire ne permet pas en France de disposer de données incontestables sur les effets de la pauvreté et de la précarité sur l'état de santé et en particulier sur la morbidité. En dehors de quelques trop rares enquêtes, il n'existe en effet pas de recueil de données qui permette d'analyser les liens existant entre la morbidité et certains déterminants de la santé comme par exemple le revenu, la situation par rapport à l'emploi ou encore le niveau d'éducation ou l'environnement. Dans le domaine des liens entre la pauvreté, la précarité et la santé, on en est donc actuellement réduit à des observations et à des hypothèses qui, bien que reposant souvent sur des faisceaux d'arguments convergents, ne constituent pas les preuves indiscutables pouvant servir de base à des stratégies cohérentes de réduction des inégalités de santé. Seuls les travaux consacrés à la mortalité par catégories socioprofessionnelles donnent des indications suffisamment précises pour que l'on puisse affirmer que les populations exerçant des professions peu qualifiées (manœuvres, ouvriers, etc.) ont une espérance de vie significativement inférieure à celle des professeurs d'université. En attendant de disposer d'outils de mesure appropriés, c'est donc en s'appuyant sur des observations faites dans d'autres pays que l'on tentera d'estimer les conséquences de la précarité à moyen et long termes sur l'état de santé en France. Certains pays occidentaux – au premier rang desquels, le Royaume-Uni – bénéficient

depuis longtemps d'un système d'enregistrement de données socio-sanitaires qui a permis aux chercheurs de se pencher de manière approfondie sur les nombreux aspects des relations entre la situation socio-économique et la santé. Même si chaque pays a un contexte historique, socio-économique et culturel spécifique, beaucoup d'informations obtenues sont d'une grande utilité pour améliorer la compréhension de ce qui se passe en France et peuvent contribuer à y faire avancer la réflexion. Un regard au-delà des frontières est donc indispensable.

Si dans les pays développés les conséquences de la pauvreté et de la précarité sur la santé commencent seulement à mobiliser les chercheurs, ce problème a été largement documenté – et depuis longtemps – dans les pays du tiers monde. Bien que le contexte socio-économique des pays en développement ou émergents ne peut être comparé à celui des pays développés (la dépense de santé par habitant et par an est en France quinze fois supérieure à celle de la Pologne et cent fois supérieure à celle du Mali), on est cependant frappé de voir apparaître dans les pays industrialisés des situations sanitaires qui ressemblent de plus en plus à celles que l'on rencontre dans les pays pauvres. On doit également observer que l'émergence des maladies non transmissibles dans les pays en développement conduit ces pays à présenter des profils épidémiologiques qui ressemblent de plus en plus – toutes proportions gardées – à ceux des pays développés. Comme si la croissance des inégalités sociales à l'échelon mondial – un des effets de la mondialisation de l'économie – faisait apparaître une mondialisation des situations sanitaires avec le même type de gradient social vis-à-vis de la mort dans la plupart des pays. Entre les pays de l'OCDE – le club des pays riches – dans lesquels le taux de mortalité infantile a été réduit à moins de 10 ‰ et l'espérance de vie à 35 ans est supérieure à 40 ans pour la majorité de la population, et les pays pauvres dans lesquels le taux de mortalité infantile est parfois supérieur à 100 ‰ et l'espérance de vie à 35 ans inférieure à 25 ans, il y a des différences considérables. Cependant, on doit reconnaître que – quel que soit le niveau de richesse de chaque pays – il existe des similitudes très marquées concernant la différence d'état de santé entre les catégories sociales les plus aisées et celles qui sont les plus défavorisées. Ce travail comparatif de la situation sanitaire des populations défavorisées dans les pays développés avec celle des pays moins riches reste encore à faire. Il ne pourra donc être utilisé dans le cadre de ce rapport et c'est donc essentiellement dans les pays développés – à l'exception notable de la Russie – que seront examinées des situations similaires.

La pauvreté et la précarité en Europe

Bien qu'étant l'une des trois grandes zones de richesse de la planète, l'Europe doit aujourd'hui faire face à des problèmes de chômage et de pauvreté qu'elle n'avait pas connus depuis la fin du dernier conflit mondial. Fiers à juste titre de leurs systèmes de protection sociale, qui avec le Japon sont les plus généreux du monde, les pays d'Europe occidentale n'en connaissent pas moins une situation qui voit partout la pauvreté et la précarité s'installer. Si la situation du chômage semble moins défavorable aux États-Unis, elle l'est au prix d'une pauvreté endémique qui n'a pas d'équivalent dans les autres pays riches du G7 et d'une protection sociale réduite qui laisse plusieurs dizaines de millions de personnes dans un état de grande précarité. Quant à l'Europe centrale et orientale, la fin des années quatre-vingt l'a vue plonger dans une situation de pauvreté telle que l'immense majorité de la population survit avec grande difficulté très largement au-dessous des seuils de pauvreté. La réapparition de maladies transmissibles, des taux de mortalité infantile quatre à cinq fois supérieurs à ceux des pays d'Europe occidentale, une considérable surmortalité des adultes jeunes de sexe masculin et une diminution spectaculaire de l'espérance de vie caractérisent ces pays qui connaissent une phase très brutale de restructuration économique. L'Europe de la fin du XX^e siècle offre donc l'image d'un continent très contrasté avec des inégalités sociales très marquées conduisant à des différences considérables de l'état de santé selon les catégories sociales.

Plusieurs types de définition de la pauvreté et des seuils de pauvreté sont utilisés à l'échelon européen. Celle qu'utilisent les statisticiens de la Communauté européenne est basée sur la définition large adoptée au Conseil européen du 19 décembre 1984 : « *On entend par personnes pauvres les individus, les familles et les groupes de personnes dont les ressources (matérielles, culturelles et sociales) sont si faibles qu'ils sont exclus des modes de vie minimaux acceptables dans l'État membre dans lequel ils vivent.* » Il s'agit donc d'une notion relative. Pour être opérationnelle elle a conduit à la définition suivante du seuil de pauvreté : « *Le seuil de pauvreté correspond à 50 % de la moyenne arithmétique des dépenses/revenus équivalents nets²⁵.* » Cette définition est donc différente de celle utilisée en France par l'Insee qui retient comme

25. « Répartition du revenu et pauvreté dans l'Europe des douze en 1993 », Statistiques en bref : populations et conditions sociales, Eurostat, Luxembourg, 6, 1997.

définition de la pauvreté un revenu inférieur à 50 % de la médiane des revenus²⁶.

Selon les définitions opérationnelles et les concepts retenus par *Eurostat*, **57 millions de ressortissants de la Communauté européenne vivaient en 1993 dans des ménages pauvres dont 13 millions d'enfants de moins de 16 ans (soit un enfant sur cinq)**. Par ailleurs les 10 % des ménages européens les plus riches se partageaient un peu plus de 25 % du revenu monétaire net total alors que les 10 % des ménages les plus pauvres avaient un revenu qui ne représentait que 2 % du total des revenus. Au cours de cette année de référence, c'est au Danemark que la proportion des ménages pauvres était la plus faible et au Portugal qu'elle était la plus forte.

Dans l'ensemble des pays européens, le revenu monétaire net est très inégalement réparti parmi l'ensemble des ménages avec des inégalités très prononcées dans les pays d'Europe du Sud alors qu'elles sont plus réduites au Danemark, en Allemagne ou en Belgique (Tableau III).

Tableau III
Répartition du revenu monétaire net équivalent des ménages européens en 1993
(en pourcentage du revenu monétaire net total)

Pays	(a) Revenu des 20 % les plus pauvres (%)	(b) Revenu des 20 % les plus riches (%)	Rapport b/a
Danemark	12	33	2,75
Belgique	9	36	4,00
Allemagne	9	38	4,22
Irlande	9	43	4,78
France	8	40	5,00
Pays-Bas	8	40	5,00
Luxembourg	8	41	5,12
Royaume-Uni	8	43	5,37
Espagne	6	42	7,00
Italie	6	42	7,00
Grèce	6	42	7,00
Portugal	6	46	7,67

[Le tableau se lit de la manière suivante : en France, les 20 % de ménages les plus riches ont un revenu monétaire 5 fois supérieur au revenu des 20 % les plus pauvres, c'est-à-dire que les inégalités sociales s'accroissent selon les pays de haut en bas du tableau].

Source : *Eurostat*.

26. Eurostat a testé la méthode des « 50 % de la médiane nationale » utilisée en France. Celle-ci conduit à des niveaux de seuil de pauvreté inférieurs et donc (i) à des taux de pauvreté inférieurs et (ii) à un classement légèrement différent des pays.

Avec la définition utilisée, la proportion de ménages vivant sous le seuil de pauvreté était en 1993 de 17 % pour l'ensemble de la Communauté européenne. Le Danemark enregistrant le taux le plus faible (seuls 9 % des ménages danois vivaient alors sous le seuil de pauvreté) alors que le Portugal (29 %), la Grèce (24 %) et le Royaume-Uni (23 %) dépassaient nettement la moyenne communautaire. La France se situait dans une position moyenne avec 16 % de ménages pauvres. L'utilisation de la méthode « 50 % du revenu moyen » pour la mesure du nombre d'enfants vivant dans des ménages dont le revenu est inférieur au seuil de pauvreté donne des chiffres impressionnants puisque 32 % des enfants du Royaume-Uni, 28 % des enfants irlandais et 27 % des enfants portugais vivent dans un ménage disposant d'un revenu inférieur à 50 % de la moyenne des revenus. Avec un chiffre de 12 %, la France se situe juste derrière le Danemark qui est là aussi en première position (6 %). Une des interprétations de la bonne performance statistique de la France dans ce domaine serait liée à la structure démographique des ménages français : les jeunes en situation de précarité ayant tendance à rester célibataires plus longtemps et à faire moins d'enfants contrairement au Royaume-Uni où les populations défavorisées ont des taux de natalité plus élevés.

Parmi les ménages pauvres, le type de structure le plus fréquemment relevé dans les pays européens est le ménage d'une personne seule de plus de 65 ans (19 % des ménages européens pauvres). Les couples sans enfant représentent 18 % des ménages pauvres alors que les couples avec au moins un enfant de 16 ans ou plus représentent 13 % de ces ménages. Certaines catégories de ménages ont un risque plus élevé d'être pauvres que d'autres : le risque de pauvreté est bien plus marqué pour les familles monoparentales avec tous les enfants de moins de 16 ans (33 %) que pour les couples avec un enfant de moins de 16 ans (11 %)²⁷.

Les catégories de ménages qui ont les risques les plus importants de devenir pauvres sont différentes selon les pays. Ainsi, en Irlande, 65 % des familles monoparentales avec tous les enfants de moins de 16 ans sont pauvres alors que la moyenne européenne est de 36 % (Tableau IV) et que ces chiffres sont respectivement de 53 % au Royaume-Uni et seulement de 8 % au Danemark. **Concernant les ménages d'une personne seule de moins de 30 ans, c'est en France et aux Pays-Bas que la proportion des pauvres est la plus élevée (42 %) alors que ce taux est de 31 % en moyenne dans**

27. « Répartition du revenu et pauvreté dans l'Europe des douze en 1993 », *op. cit.*

Tableau IV
Les pauvres en Europe par type de ménage en 1993

Type de ménage	Répartition par type de ménage de la pauvreté en Europe (%)	Taux de pauvreté dans chaque type de ménage (%)
Ménage d'une personne de 65 ans et plus	19	27
Ménage d'une personne de 30 à 65 ans	10	15
Ménage d'une personne de moins de 30 ans	7	31
Famille monoparentale avec tous les enfants < 16 ans	5	36
Famille monoparentale avec au moins un enfant ≥ 16 ans	4	17
Couples sans enfant	18	13
Couples avec un enfant < 16 ans	5	11
Couples avec 2 enfants < 16 ans	8	14
Couples avec 3 enfants et plus < 16 ans	5	23
Couples avec au moins un enfant ≥ 16 ans	13	15
Autres types de ménages	6	17
Total	100	

[Le tableau se lit de la manière suivante : dans l'ensemble des familles pauvres d'Europe, les familles monoparentales ayant un ou plusieurs enfants de moins de 16 ans représente 5 % d'entre elles ; dans l'ensemble des familles monoparentales en Europe, 36 % d'entre elles vivent sous le seuil de pauvreté.]

Source : Eurostat – PCM, première vague, 1994.

les pays de la Communauté (Tableau IV). C'est au Portugal (43 %) et au Royaume-Uni (40 %) que les familles nombreuses (couples avec trois enfants et plus) sont le plus exposées à la pauvreté. En France et au Danemark, seules 10 % des familles nombreuses sont pauvres²⁸.

Enfin, si les ménages dont la personne de référence est sans emploi représentent 13 % de l'ensemble des pauvres en Europe, le taux de pauvreté de ces ménages est de 46 %, ce qui indique un risque de pauvreté très élevé.

Cette comparaison européenne montre clairement que si la France se situe dans la moyenne européenne en termes de pauvreté relative, elle présente un bilan beaucoup moins flatteur en ce qui concerne la situation économique des jeunes de moins de 30 ans. La France étant parmi les pays les plus riches (G7), celui avec l'Italie où le taux de chômage des jeunes actifs est le plus élevé mais aussi celui qui connaît le plus faible taux d'activité chez les jeunes (Tableau V).

28. *Ibid.*

Tableau V
Comparaison de la situation des jeunes par rapport à l'emploi
dans les pays du G7 en 1995

Pays	Taux d'inactivité (16-24 ans) ²⁹	Taux de chômage (< 25 ans)
Allemagne	47,5	8,5
Canada	37,8	15,6
États-Unis	33,7	12,1
France	60,2	25,9
Italie	61,2	32,8
Japon	52,4	6,1
Royaume-Uni	36,3	15,5

Source : OCDE.

Pauvreté, précarité et santé au-delà des frontières

Certains pays connaissent, au regard de la pauvreté et de la précarité et de leurs effets sur la santé, des situations qui à bien des égards peuvent être intéressantes à analyser lorsque l'on se penche avec le peu de moyens dont on dispose sur la réalité française. Il aurait été très instructif de dresser un tableau comparatif des états de santé dans les pays d'Europe et de rapprocher ces données avec des informations socio-économiques comme le revenu, le patrimoine, le niveau de protection sociale, le taux de chômage, le niveau de pauvreté, etc. Un tel travail, pour fondamental qu'il soit, dépassait les possibilités en temps et en moyens du groupe de travail du Haut Comité de la santé publique. Cependant, sans dresser de tableau exhaustif, il est apparu malgré tout nécessaire pour une meilleure compréhension de la situation française, d'aller regarder de plus près les effets de la précarité et de la pauvreté sur la santé dans quelques pays étrangers.

Le Royaume- Uni

Du fait de la stabilité de son organisation socio-sanitaire, de l'ancienneté et de la fiabilité de son système de recueil d'informations, le Royaume-Uni est probablement le pays où les consé-

29. Le taux d'inactivité peut se définir comme le rapport de la population inactive sur la population totale des jeunes de 16 à 24 ans (en France, 60,2 % des jeunes entre 16 et 24 ans ne sont pas sur le marché du travail, ils sont donc considérés comme inactifs) ; le taux de chômage est le rapport entre les jeunes de moins de 25 ans qui sont à la recherche d'un emploi sur la population des jeunes actifs (en France 25,9 % des jeunes qui sont sur le marché du travail sont au chômage).

quences de la pauvreté et de la précarité sur l'état de santé ont été le plus étudiées au cours des quinze dernières années. Deux rapports au retentissement considérable ont permis de mieux connaître la réalité des effets de la pauvreté et de la précarité sur la santé et une étude longitudinale de mieux comprendre – au-delà des conditions socio-économiques – l'importance des facteurs psycho-sociaux dans les inégalités de santé.

Le « Black report »

C'est en 1980 que, devant les différences importantes de taux de mortalité entre les classes sociales qui persistaient malgré les progrès réalisés dans l'amélioration du niveau général de santé, fut publié le fameux « Black report » sur les inégalités de santé en Grande-Bretagne³⁰. Pour la première fois un rapport commandé par le gouvernement démontrait de manière non équivoque que, quel que soit l'âge, la mortalité de la population de la classe V (les travailleurs non qualifiés) était toujours significativement supérieure à celle de toutes les autres classes sociales et que les hommes et les femmes appartenant à cette classe avaient deux fois et demie plus de chances de mourir avant l'âge de la retraite que ceux de la classe I (les professionnels)³¹. Il ajoutait que pour un enfant de la classe I qui mourait au cours de sa première année, il y en avait deux de la classe III et trois de la classe V. Passant en revue les principales causes de mortalité des enfants et des adultes, il montrait enfin, qu'à l'exception des maladies congénitales, il existait un gradient social marqué pour toutes les causes de mortalité y compris les maladies cardio-vasculaires et les cancers.

Divisant la population en fonction de son statut par rapport au logement (propriétaire, locataire d'un logement privé ou occupant d'un logement social), le « Black report » montrait qu'il existait également d'importantes différences de mortalité entre ces trois groupes. Enfin, comparant les évolutions de taux de mortalité des précédentes décennies, il démontrait que bien que l'état de santé général continuât à s'améliorer, la situation de la classe V ne

30. Black D., Morris J.-N., Smith C. and Townsend P., *Inequalities in Health*, Reprinted in Penguin Books, Londres, 1990.

31. Pour comparer les taux de mortalité, le « Black report » a classé la population en cinq catégories. La classe I correspond aux classes supérieures (médecins, avocats, financiers, chefs d'entreprises, etc.) et représente 5 % des actifs, la classe II correspond à la classe intermédiaire (gestionnaires, enseignants, etc.) et représente 18 % des actifs, la classe III, les travailleurs non manuels qualifiés (personnel administratif, secrétaires, etc.) soit 12 % des actifs, la classe IIIM, les travailleurs manuels qualifiés soit 38 % des actifs, la classe IV, les travailleurs peu qualifiés soit 18 % des actifs et la classe V les travailleurs non qualifiés soit 9 % des actifs.

s'améliorait que très lentement quand elle ne régressait pas pour certaines pathologies. En d'autres termes, que les écarts entre les plus aisés et les moins favorisés s'étaient aggravés au cours des trente dernières années et particulièrement au cours des années soixante-dix. Analysant le rôle du système national de santé (NHS) après trente années de fonctionnement, le rapport mettait en évidence d'importantes inégalités dans l'utilisation de ces services et concluait en insistant sur la nécessité d'une action gouvernementale cohérente sur les principaux déterminants de la santé, seule capable à ses yeux d'améliorer les inégalités sociales et donc d'améliorer la santé.

Le « Health Divide report »

C'est en 1987, soit sept années après le « Black report », que parut une seconde étude nationale – le « Health Divide report » – sur les inégalités de santé³². L'objectif de ce rapport était à la fois de reprendre les données utilisées dans le « Black report » qui dataient des années soixante-dix et de les actualiser afin de vérifier que les conclusions restaient les mêmes, et de regarder si les tendances des années quatre-vingt infirmaient ou confirmaient celles des années soixante-dix. Finalement, les conclusions de ce rapport, publié alors que le Royaume-Uni connaissait depuis presque une décade des bouleversements socio-économiques uniques dans son histoire, furent encore plus nettes que les précédentes :

- Les inégalités de santé, qui dans certains domaines étaient très marquées, correspondaient bien à un gradient social régulier, où les plus défavorisés avaient des états de santé considérablement plus dégradés que les « professionnels ».
- Élargissant l'analyse à la santé des chômeurs, le rapport montrait les dégradations que provoquait l'absence d'emploi, d'abord sur la santé mentale puis sur la santé physique, cet état de santé pouvant à nouveau s'améliorer lors d'un retour à un emploi stable. Il montrait également qu'il existait une corrélation positive et significative entre la durée du chômage et le taux de suicide.
- Enfin, le « Health Divide report » soulignait que les tendances à une augmentation des inégalités de santé se confirmaient à l'exception des enfants de moins de un an pour lesquels ceux de la classe V avaient bénéficié de progrès importants au cours des dix années précédentes.

32. Whitehead M., *The Health Divide*, Reprinted in the Penguin Books, Londres, 1990.

Passant en revue les recommandations faites par le « Black report » pour corriger les inégalités de santé, le « Health Divide report » concluait que non seulement rien ou peu de chose avait été fait au niveau central pour coordonner une politique nationale de lutte contre la pauvreté, mais encore que dans certains domaines, la situation sociale s'était même largement dégradée.

Poursuivant leurs travaux, les auteurs du « Health Divide report », publièrent en 1996 une nouvelle actualisation des données et aboutirent à des conclusions qui confirmaient à nouveau les tendances décrites par le « Black report » plus de quinze années auparavant³³. Certaines d'entre elles, qui pourraient être utiles et servir de base documentaire pour revoir les stratégies du système de protection sociale en France, méritent d'être citées. Ainsi, il est maintenant acquis au Royaume-Uni que :

- Un homme ayant un emploi non qualifié a en moyenne 2,5 fois plus de chance de mourir avant 65 ans qu'un cadre supérieur.
- La mortalité prématurée chez les hommes ayant un emploi non qualifié entraîne une perte d'années de vie potentielles trois fois supérieure à celle des cadres, en particulier à cause de taux de mortalité élevés dus aux accidents et à la violence chez les hommes jeunes³⁴.
- Un enfant qui naît dans une famille dont les parents n'ont pas de qualification professionnelle a une probabilité de mourir avant quinze ans qui est le double de celle d'un enfant dont le père est un cadre³⁵.
- Le taux de mortalité standardisé des hommes et des femmes locataires de leur logement et ne possédant pas d'automobile est près de deux fois plus élevé que celui des hommes et des femmes propriétaires de leur maison et d'une automobile.
- En 1992 il y avait 46 % de fumeurs chez les chômeurs contre 29 % chez ceux qui avaient un travail. Il y avait également 3 fois plus de fumeurs (hommes et femmes) chez les travailleurs non qualifiés que chez les cadres³⁶.

33. Benzeval M., Judge K. and Whitehead M., *Tackling inequalities in health: an agenda for action*, The King's Fund, Londres, 1995.

34. Blane *et al.*, « Social class differences in years of potential life lost: size trends and principal causes », *British Medical Journal*, 1990, vol 301, pp. 429-32.

35. Woodroffe C. *et al.*, *Children, teenagers and health: the key data*. Open University Press, Milton Keynes, 1993.

36. Thomas M. *et al.*, *General household survey 1992*, OPCS, series GHS, n° 23, HMSO, Londres.

- Les chômeurs de longue durée ayant eu des emplois manuels ou non qualifiés ont des taux de mortalité de 20 % supérieurs à ceux qui ont un emploi dans la même catégorie socio-professionnelle³⁷.
- Les taux de morbidité standardisés pour les maladies chroniques sont de 40 % plus élevés chez les personnes vivant dans des logements sociaux et ne possédant pas d'automobile que chez celles qui possèdent à la fois un logement et deux automobiles ou plus³⁸.
- Le nombre de personnes ayant une capacité respiratoire basse est deux fois plus élevé dans les couches sociales défavorisées que chez les cadres supérieurs.

La « Whitehall study »

La « Whitehall study³⁹ », est une étude longitudinale qui a été menée pendant une vingtaine d'années sur une cohorte d'environ 10 000 fonctionnaires britanniques. Elle montre que la mortalité standardisée par âge chez les hommes de 40 à 64 ans est de trois fois et demie plus élevée chez les employés de grade inférieur et les travailleurs manuels de la fonction publique que chez les cadres supérieurs et qu'il existe **un gradient de mortalité non contestable qui est strictement parallèle au niveau hiérarchique**. Même en l'absence de tout risque de précarité de l'emploi, puisque l'ensemble de la population étudiée a un statut de fonctionnaire, existe donc une forte corrélation entre le niveau professionnel et la santé. Dans cette population de fonctionnaires où tout le monde exerce un emploi dans un bureau et où les risques sont théoriquement les mêmes quel que soit le niveau hiérarchique, on observe une association inverse entre le grade professionnel et la prévalence des angines, de l'ischémie prouvée par un électrocardiogramme et de la bronchite chronique. Enfin il existe un lien étroit entre le grade professionnel et les comportements à risque comme le tabagisme, le déséquilibre nutritionnel et l'absence d'exercice physique. Cette étude réalisée sous la direction de M.-G. Marmot apporte un élément essentiel à la compréhension de la surmortalité des catégories défavorisées qui est que, quelle que soit leur importance comme déterminant de l'état de santé,

37. Moser *et al.*, *Unemployment and mortality*, Goldblatt (ed), 1990, pp. 82-99.

38. Haynes R., « Inequalities in Health and Health service use: evidence from general household survey », *Social Science and Medicine*, vol. 33, n° 4, pp. 361-8, 1991.

39. Marmot M.-G. *et al.*, « Health inequalities among British civil servants: the Whitehall study », *Lancet*, 1991, 337:1387-93.

les conditions socio-économiques et matérielles ne peuvent expliquer à elles seules la moins bonne santé des catégories sociales défavorisées. **Il existe donc « autre chose » qui relève plus de la place de l'individu dans la société, de la bonne image de soi, de l'accomplissement de ses désirs ou encore de la satisfaction dans le travail, et cet « autre chose » est également un déterminant majeur de l'état de santé.** « *En se focalisant sur la pauvreté [comme déterminant majeur de l'état de santé] et en se satisfaisant de cette explication, on risque en réalité d'empêcher toute investigation plus approfondie*⁴⁰. »

Au total, plus personne ne remet en cause aujourd'hui au Royaume-Uni que l'aggravation des inégalités sociales et l'augmentation très rapide de la précarisation de larges secteurs de la société britannique au cours des années quatre-vingt sont à l'origine d'un accroissement des écarts de morbidité et de mortalité prématurées entre les groupes sociaux les plus défavorisés et les groupes les plus aisés. Il faut cependant souligner que malgré ces évidences, aucune réforme majeure n'a été entreprise par les gouvernements successifs pour redonner au système de protection sociale un rôle majeur dans la réduction des inégalités de santé. Au contraire, la priorité donnée aux grands équilibres macro-économiques a conduit à réduire l'importance de la protection sociale. De nombreux spécialistes de la santé publique s'inquiètent aujourd'hui des conséquences d'une telle politique sur l'état de santé d'une partie importante de la population britannique.

Les États-Unis d'Amérique

Dans un pays où les lois sociales sont beaucoup moins contraignantes pour les employeurs que dans les pays d'Europe, et où la protection sociale est faible, le niveau relativement bas des chiffres officiels du chômage et une économie en pleine croissance cachent aux États-Unis une situation sociale particulièrement dégradée. Une des grandes différences entre les pays européens et les États-Unis est que la pauvreté américaine est une donnée sociale plus ou moins acceptée et qu'elle ne s'est pas traduite depuis les années soixante par une augmentation significative de la couverture sociale. Au contraire, celle-ci, qui était déjà relativement basse, a été diminuée pendant les années quatre-vingt, et encore très récemment. La grande réforme du sys-

40. Evans R.-G., Barer M.-L. et Marmor T.-R., *Être ou ne pas être en bonne santé. Biologie et déterminants sociaux de la maladie*, Les presses de l'université de Montréal, Montréal (Québec), 1996.

tème de santé proposée par l'administration Clinton au milieu des années quatre-vingt-dix qui visait à offrir plus d'équité dans l'accès aux soins, a été victime de la résistance des lobbies bio-industriels et assurantiels, qui dans leur logique de rentabilité et de profit n'ont pas pris en compte les besoins de santé d'une population financièrement peu ou pas solvable.

Aux États-Unis, la pauvreté est quantitativement un phénomène considérable puisque les estimations les plus récentes montrent qu'en 1996, 28 millions de personnes vivaient au-dessous du seuil de pauvreté. Bien que les définitions de la pauvreté ne soient pas les mêmes, ce chiffre pour impressionnant qu'il soit est finalement peu différent de celui des principaux pays d'Europe puisqu'il représente environ 11 % de la population totale. Finalement, le problème de la pauvreté aux États-Unis n'est pas tant un problème quantitatif (comparé aux 57 millions de pauvres de l'Union européenne) qu'un problème d'accès aux services sociaux et de santé. Lorsque l'on devient pauvre aux États-Unis, la protection qu'offre le filet social est si modeste que l'on se retrouve rapidement très pauvre, sans logement et avec une faible possibilité de bénéficier des services de santé. Dans certains quartiers particulièrement pauvres, la situation des habitants par rapport à la santé s'apparente à celle de villes des pays en développement quand ce n'est pas pire (absence d'eau et de sanitaires, éloignement des services de santé, violence extrême, pollution de l'environnement, etc.). Les « sans domicile fixe » sont beaucoup plus nombreux que ce que l'on veut habituellement croire. Une étude récente montre que 7,4 % de la population américaine (soit 13,5 millions de personnes) a connu une situation marquée par une absence de domicile au cours de sa vie⁴¹. Par ailleurs, on sait qu'environ 37 millions d'Américains (soit environ 15 % de la population) n'ont aucune assurance maladie, et vingt à trente millions d'autres ont une couverture minimale qui les oblige en cas de maladie à des dépenses sans rapport avec leur revenu. Et pourtant, les taux de chômage relativement bas montrent qu'une bonne partie des pauvres ont un travail, même si celui-ci est particulièrement précaire dans la majorité des cas. Ces « working poors » qui étaient caractéristiques de la structure de l'emploi aux États-Unis, ont maintenant envahi l'Europe et particulièrement la France qui découvre qu'une partie non négligeable des pauvres ne sont pas des chômeurs mais des actifs au travail. Ainsi, bien avant la France, les États-Unis ont

41. Link B.-G. *et al.*, « Lifetime and five-year prevalence of homeless in United States », *Am J Public Health*, 1994, 88:1907-12.

connu une situation caractérisée par une pauvreté qui associait un revenu faible, une absence ou une grande précarité de logement et une inégalité d'accès aux soins. Lorsque l'on y ajoute l'état déplorable des écoles américaines dont sont d'abord victimes les enfants des classes les plus défavorisées, on réunit une bonne partie des facteurs qui permettent d'expliquer l'état de santé particulièrement dégradé de la population pauvre aux États-Unis.

Au cours des dix dernières années, les liens entre pauvreté et santé ont été largement documentés. Ces travaux montrent en particulier la plus grande fréquence dans les catégories sociales défavorisées, de la tuberculose et des maladies respiratoires chroniques, des traumatismes et des accidents, des maladies mentales mais surtout de la souffrance psychique, de l'alcoolisme et de ses séquelles, de l'usage de drogues illicites, des maladies sexuellement transmissibles ainsi que de certaines maladies dermatologiques, cardio-vasculaires et nutritionnelles⁴². Compte tenu du faible niveau de la protection sociale, du coût très élevé des soins et d'une législation du travail assez peu protectrice en cas de maladie, beaucoup s'accordent à reconnaître que la survenue d'un problème de santé ou d'un handicap, dans une famille qui sans être pauvre vit avec un revenu modeste, est souvent cause de ruptures socioprofessionnelles et donc à l'origine d'un glissement dans la pauvreté.

Cette situation a bien entendu un impact sur les indicateurs de santé qui placent – quel que soit l'âge – la santé globale de la population américaine à un niveau inférieur à celui des principaux pays d'Europe et du Japon qui possèdent un système de protection sociale beaucoup plus élaboré et en particulier pour la plupart – à l'exception notable de la France – un système universel d'assurance maladie. Toutes proportions gardées, certaines similitudes entre les systèmes de santé français et américain (contribution importante des ménages, coût élevé du système, système assurantiel non universel, offre médicale privée, inégalités d'accès aux soins, etc.) peuvent faire craindre, si des réformes basées sur l'universalité de l'assurance maladie et une gestion simplifiée ne sont pas rapidement mises en œuvre, une dérive à l'américaine du système français qui aggraverait alors les inégalités de santé.

42. Breakey W.-R., « It's time for public health community to declare war on homelessness », Editorial, *Am J Public Health*, 1997, 87, 2:153-5.

Le Québec

De même que les pays de l'Europe occidentale avec lesquels il partage un système socio-sanitaire basé sur la solidarité, le Canada a été touché de plein fouet au cours des années quatre-vingt par la mondialisation des marchés, les restructurations industrielles et la rapidité de l'évolution des technologies. Si l'ensemble de la société canadienne doit aujourd'hui faire face à une transformation radicale de son marché du travail et à ses conséquences sociales, l'exemple du Québec, par sa proximité linguistique sinon culturelle avec la France mais aussi par son système de protection sociale et de santé qui le rapproche plus des systèmes européens que du système nord-américain, apparaît particulièrement pertinent pour aborder le problème des conséquences de la précarité sur la santé. Comme la plupart des pays d'Europe, le Québec doit faire face à une importante augmentation de la pauvreté et de la précarité. Quelques données statistiques permettent d'en apprécier l'ampleur⁴³ :

- la proportion de la population qui vit sous le seuil de faible revenu s'élève à 20,7 %.
- la majorité des familles monoparentales dont le chef de famille est une femme vivent sous le seuil de pauvreté.
- le chômage représente 11,2 % de la population (juin 1995).
- au cours des cinq dernières années, la proportion de prestataires de la sécurité du revenu s'est accrue de 3 % et représente aujourd'hui 10,8 % de la population.

Du point de vue de la santé, on constate également des inégalités comparables à celles des pays européens :

- l'espérance de vie de la population vivant dans les quartiers défavorisés de Montréal est de dix ans inférieure à celle des populations vivant dans les quartiers les plus favorisés. L'écart augmente jusqu'à quatorze ans si l'on utilise comme indicateur l'espérance de vie sans incapacité.
- les femmes des catégories socio-économiques les plus défavorisées mettent au monde deux fois plus de nouveau-nés de poids insuffisant créant ainsi une inégalité de santé dès la naissance.
- les enfants nés dans des familles vivant avec des revenus se situant sous le seuil de pauvreté ont un risque plus élevé d'anémie, de maladies infectieuses, d'accidents, de troubles

43. Colin C., Moffet S., « Les inégalités socio-économiques et la santé : aperçu de la perspective québécoise », *Prévenir*, n° 28, 1^{er} semestre 1995.

de la croissance et de problèmes psychosociaux que ceux vivant dans les catégories sociales les plus favorisées.

- à l'âge adulte, on observe dans les groupes sociaux les plus défavorisés une fréquence significativement plus élevée de maladies cardio-vasculaires, de cancers (à l'exception du cancer du sein), de maladies respiratoires, d'accidents et jusqu'à trois fois plus de troubles psychiques.

Devant la progression des effets de la pauvreté sur la santé des populations défavorisées et ayant fait le constat que le système sanitaire n'est pas la variable la plus importante dans la réduction des inégalités sociales, le gouvernement du Québec a placé en 1992 la réduction des inégalités sociales et la lutte contre la pauvreté au cœur de la politique de santé et de bien-être. Cette politique fait une large place à la prévention, à l'approche communautaire et à la promotion de la santé, et reconnaît l'ampleur des déterminants socio-économiques dans l'évolution de l'état de santé et du bien-être de la population. De par sa capacité à considérer le problème de la réduction des inégalités sociales comme une priorité de santé publique, à placer l'action préventive avant les services curatifs et à adapter avec réalisme son système de santé aux besoins des plus démunis, le Canada, et particulièrement le Québec, est probablement l'un des pays occidentaux dans lequel les responsables politiques ont montré la plus grande lucidité dans la manière d'appréhender le problème de la santé des couches sociales défavorisées. Cette approche pourrait utilement inspirer le système français dans sa recherche de solutions aux problèmes de santé des populations précaires.

La Russie et les pays d'Europe centrale et orientale

Lorsque l'on aborde à la fin du XX^e siècle le problème des effets de la pauvreté et de la précarité sur l'état de santé et que l'on considère que le niveau socio-économique est l'un des déterminants majeurs de l'état de santé, on ne peut passer sous silence la situation démographique et sanitaire que connaissent aujourd'hui les pays qui formaient il y a encore moins de dix ans le « bloc socialiste » et en particulier le plus peuplé d'entre eux, la Russie. Bien que l'on puisse légitimement mettre en doute les données démographiques et sanitaires publiées dans le passé en URSS, aucun spécialiste international ne contestera plus aujourd'hui le fait que ce pays connaît depuis une dizaine d'années une situation jusqu'ici inconnue en Europe et probablement dans le reste du monde en période de paix. La comparaison sur une période de dix années (1985-1995) de quelques indicateurs démographiques et sanitaires montre à quel point un pays qui connaissait un niveau de

santé appréciable – bien qu’inférieur à celui de la plupart des pays européens – a pu voir en quelques années l’état de santé de sa population se dégrader dans des proportions catastrophiques sous l’effet de l’éclatement du système socio-économique. La perte au cours des années quatre-vingt en Russie des sécurités essentielles qu’étaient la possibilité d’une alimentation régulière et suffisante, l’accès gratuit aux services de santé ou le paiement régulier des salaires a entraîné un effondrement très rapide des principaux indicateurs de santé. Si les services de santé ont eux aussi été touchés de plein fouet par les bouleversements économiques et que, sauf exception, le niveau biotechnologique est très en retard sur celui des pays occidentaux, ils restent encore fonctionnels et ne peuvent être considérés que comme un déterminant marginal dans la dégradation de l’état de santé.

Dans un environnement déstructuré du point de vue social et économique, l’un des faits majeurs que l’on peut observer en Russie est que plus de 50 % des années de vie potentielle perdues (PYLL) le sont du fait d’une très importante surmortalité des hommes de 16 à 60 ans par accident, traumatisme, suicide et empoisonnement (Tableau VI). On peut donc conclure par analogie que du point de vue de la mortalité, la Russie connaît actuellement une situation démographique comparable à celle d’un état de guerre puisque ce sont les hommes en âge de travailler qui payent le plus lourd tribut aux mutations socio-économiques. Bien que beaucoup moins marquée, il est nécessaire de rappeler ici que cette tendance à

Tableau VI
Structure des années potentielles de travail perdues par cause de mortalité
 (Fédération de Russie, 1995).

Causes de mortalité	Pertes d’années potentielles de travail (pour 1 000 habitants)	% des pertes par cause de mortalité
1. Violence et empoisonnement	1 036	50,0
2. Maladies cardio-vasculaires	237	11,5
3. Maladies de la période périnatale	178	8,6
4. Cancers	142	6,9
5. Maladies respiratoires	126	6,1
6. Anomalies congénitales	121	5,9
7. Maladies infectieuses et parasitaires	92	4,5
8. Causes non déterminées	64	3,1
9. Maladies du système digestif	60	2,9
10. Maladies nerveuses et sensorielles	55	2,7
<i>Toutes causes de mortalité</i>	<i>2 071</i>	<i>100</i>

Source : Ermakov SP. Document en cours de publication. Med Soc Econom Inform, Moscou, 1997.

la surmortalité des adultes mâles jeunes dans les catégories sociales défavorisées est également perceptible en Europe occidentale et particulièrement en France.

En conclusion

Quel que soit le pays, riche ou en développement, les études épidémiologiques vont toutes dans le même sens : « plus on est pauvre, plus on est malade et plus on meurt jeune ». Partout on constate que le plus fort prédicteur de la maladie physique et/ou mentale et de la mortalité prématurée est le niveau socio-économique du foyer. En Europe, selon les pays, le « noyau dur » de la pauvreté – c'est-à-dire le groupe de ceux qui ont peu de chances de ressortir de la pauvreté – est évalué à 4-5 % de la population mais peut atteindre 10 % dans certaines régions d'Europe du Sud. Pour cette population, les inégalités de santé ont maintenant été largement documentées et de manière constante les écarts d'espérance de vie à la naissance, par rapport aux classes sociales aisées, oscillent entre cinq à dix ans, la mortalité avant un an étant de deux à trois fois supérieure et le risque à 35 ans de mourir avant la retraite étant également de deux à trois fois supérieur.

Cependant, de nombreuses études ont maintenant démontré dans les pays industrialisés que pour **la majorité de ceux qui se trouvent à un moment donné de leur vie en situation de pauvreté, cette situation n'est ni statique ni permanente, et que beaucoup en ressortent**, parfois pour y retomber à une ou plusieurs reprises selon les circonstances. C'est cette situation qui est l'une des caractéristiques de la précarité. Grâce en particulier aux travaux réalisés en Grande-Bretagne, existe maintenant un faisceau d'arguments qui laissent penser que **la situation d'insécurité sociale plus ou moins permanente qui caractérise la précarité pourrait être un déterminant majeur de la dégradation de l'état de santé des populations concernées**. Or, selon des estimations concordantes, et bien que variables selon les pays, les situations de précarité touchent une proportion significative de la population et souvent une majorité de jeunes. C'est donc bien la santé d'une partie importante de la population européenne qui est aujourd'hui menacée par les processus de précarisation.

Enfin, on ne peut passer sous silence le problème de la surmortalité croissante des adultes mâles jeunes qui semble toucher l'ensemble des sociétés occidentales et particulièrement la France. Sans atteindre, comme en Russie, des taux de mortalité spécifique inconnus en période de paix, il existe incontestablement une tendance forte à l'augmentation des prises de risque dans la jeu-

nesse masculine que l'on est tenté de rapprocher de l'augmentation rapide de la précarité. D'ailleurs, de récents travaux montrent qu'en France comme au Royaume-Uni, il existe un parallélisme frappant entre l'évolution des taux de chômage des jeunes et celle des suicides⁴⁴. Devant l'importance sociale que pourrait prendre ce phénomène s'il continuait à se développer, il paraît indispensable de regarder plus précisément quels en sont les mécanismes. Une étude longitudinale sur les parcours de jeunes entre 16 et 30 ans viendrait à ce titre fournir des informations dont le manque actuel est patent.

44. *Chômage : le cas français, op. cit.*

Déterminants de l'état de santé et précarité

« La baisse des défenses immunitaires due au stress peut expliquer l'augmentation de la vulnérabilité à une gamme étendue de maladies chez des personnes qui n'ont pas beaucoup de pouvoir sur leur vie et subissent beaucoup de stress. Cela peut aussi expliquer pourquoi ces personnes continuent à mourir plus jeunes, même si, au fil du temps, les principales causes de mortalité ont changé⁴⁵. »

Déterminants socio-économiques et psychiques

Contrairement à la vision biomédicale qui attribue principalement l'amélioration de la santé à la qualité des services de santé et aux progrès de la biotechnologie, l'état de santé d'une population est le résultat de l'influence de nombreux facteurs déterminants.

45. Rapport de l'Institut canadien de recherches avancées, présenté au colloque de l'ENSP, *La régulation des systèmes de santé : quels modèles et quels outils ?* 12-14 juin 1991, rapport présenté par P.A. Contandriopoulos.

L'étude de ces déterminants n'est pas simple du fait à la fois de leur multiplicité et des nombreux liens qui existent entre eux, ce qui rend difficile l'appréciation du rôle spécifique de chacun. À titre d'exemple, la pauvreté et la précarité agissent incontestablement comme des déterminants de l'état de santé, mais elles exercent également une influence forte sur d'autres déterminants ce qui rend difficile l'identification de ceux sur lesquels on peut agir. Un enfant né dans une famille où la lutte pour la survie est quotidienne parce que le revenu est insuffisant va être très tôt marqué par cet environnement dans lequel les parents sont le plus souvent trop démunis pour lui donner la sécurité matérielle et affective dont il aurait besoin pour sortir de la pauvreté. Un tel contexte conduira dans la majorité des cas à un échec scolaire qui entraînera un manque de qualification professionnelle, et donc un travail non valorisant ou une situation de chômage. Cet enfant accumulera progressivement de petits problèmes de santé physiques ou psychiques non diagnostiqués et donc non traités qui viendront s'ajouter aux difficultés déjà rencontrées (logement insalubre, malnutrition, etc.), qui elles-mêmes ont une influence sur l'état de santé. À l'âge adulte, non seulement il ne sera que peu qualifié mais son état de santé médiocre rendra encore plus difficile l'obtention et la réalisation d'un travail ce qui contribuera à la détérioration de son état de santé. Toute sa vie sera handicapée par le contexte de son enfance et l'influence de cet environnement sur son état de santé. Lorsqu'à son tour il fondera une famille, il poursuivra un cycle dont il sera encore plus difficile à ses enfants de sortir.

Une telle situation offre un bon exemple de la multiplicité des facteurs en cause. Comment alors agir ? D'une part les réponses sont complexes, mais d'autre part comme cette réalité est celle que partagent des millions de personnes en France, il n'est pas aisé d'identifier les facteurs sur lesquels il faut agir pour éviter la dégradation de l'état de santé. Une chose cependant est sûre : le système de santé, aussi performant soit-il, ne peut apporter qu'une partie très modeste de la réponse. Parce qu'ils sont directement « sensibles » aux grandes mutations socio-économiques et culturelles qui bouleversent actuellement les sociétés occidentales, certains déterminants de l'état de santé doivent être examinés avec une attention plus particulière. Cette analyse s'appuiera sur divers travaux essentiellement épidémiologiques et tentera également d'en mesurer les conséquences en termes de vision générale des processus de santé, en particulier dans le contexte de la progression de la pauvreté et de la précarité.

Les déterminants socio-économiques

Les prédictors macro-économiques de la santé

L'observation de l'état de santé des pays suffisamment développés pour disposer de statistiques exploitables montre que la santé de la population est fortement liée à la capacité des hommes à créer et à distribuer des richesses. Ceci apparaît avec évidence lorsque l'on examine la liaison entre l'espérance de vie à la naissance et le PIB par habitant. Plus celui-ci est élevé, plus en moyenne l'espérance de vie est grande. Chez les hommes comme chez les femmes, la droite de régression moyenne a une pente nettement positive, mais avec un décalage de 5 ans vers le haut pour les femmes. En France l'espérance de vie des femmes est de 3 ans supérieure à la moyenne des pays développés, c'est-à-dire la valeur que l'on pouvait attendre compte tenu du PIB par habitant alors qu'au contraire l'espérance de vie des hommes est voisine de la moyenne. Au total, l'espérance de vie féminine est donc de $5 + 3 = 8$ ans supérieure à celle des hommes. L'exemple du Japon donne une confirmation historique de ce lien. Sur la période allant de 1955 à 1986, où ce pays a connu une expansion économique considérable, l'espérance de vie masculine est passée de 63,6 à 75,2 ans (soit un progrès de 11,6 ans). De la même manière, l'espérance de vie des femmes est passée de 67,8 à 80,9 ans (soit une augmentation de 13,1 ans). Le Japon est ainsi passé de la plus mauvaise à la meilleure place parmi les pays de l'OCDE.

Un second constat est qu'à niveau de prospérité égal, la santé est meilleure dans les pays où la distribution des richesses est la plus équitable. Ce caractère équitable peut se mesurer par l'écart entre les ressources des deux quartiles extrêmes. Cette distribution est sensiblement plus resserrée pour le Japon et la Suède que pour la Grande-Bretagne et la France. Cet effet de la répartition des richesses se retrouve aussi dans les pays en développement, c'est-à-dire beaucoup moins riches. Ainsi, alors que le Gabon a un revenu moyen de même ordre que celui de l'Île Maurice (le PNB est d'environ 3 400 \$ US/hab./an) mais une répartition des richesses plus concentrée sur une minorité, l'espérance de vie y est de 55 ans et la mortalité infantile de 89 ‰ alors qu'à l'Île Maurice, l'espérance de vie est de 72 ans et la mortalité infantile de 16 ‰⁴⁶. Bien entendu, ces données macroscopiques générales ne sont que des constats qui ne permettent pas des imputations causales, mais elles font saisir l'importance du couple richesse-pauvreté d'une part et de la répartition des ressources de l'autre comme prédictors de la santé générale.

46. World Development Report. The World Bank, Washington, 1997.

Deux types d'enquêtes :

Dans les enquêtes « écologiques », le travail consiste à étudier la liaison entre des données agrégées correspondant à des groupes définis de personnes, chaque groupe étant l'unité statistique de l'enquête. Classiquement, en prenant comme unité statistique la population de chacun des pays, il s'agit de mettre en relation les taux de mortalité (générale, par cause, infantile, maternelle, etc.), et la richesse nationale (PIB par habitant). Ces enquêtes mettent souvent en évidence des corrélations tout à fait intéressantes, générant ainsi des hypothèses de travail. Mais, limitées à elles seules, elles ne permettent pas d'affirmer l'existence d'une liaison causale entre les deux groupes de données considérées, ni encore moins de préciser le sens de cette liaison. Ce n'est que par raisonnement et interprétation qu'on peut considérer cette liaison causale comme très probable.

Dans les secondes enquêtes dites « épidémiologiques », l'unité statistique est la personne. Sur chaque individu appartenant à la population définie, on recueille une série d'informations variées (par exemple : sa pathologie, la date et la cause de son décès, le métier qu'il a exercé, la valeur de son revenu mensuel), et on étudie la liaison entre ces variables au niveau de l'individu. Ces enquêtes épidémiologiques (principalement enquêtes cas-témoins ou enquêtes de cohorte) permettent souvent, moyennant des précautions méthodologiques, d'aller au-delà du simple constat d'une corrélation, mais de remonter – avec prudence – au caractère causal des liaisons constatées. Par exemple, l'observation du décès par cancer du poumon chez des sujets dont on connaît par ailleurs la consommation individuelle de cigarettes, permet de donner une crédibilité très forte au tabac comme cause du cancer du poumon, ce que n'aurait jamais permis une enquête écologique sur les taux de mortalité par cancer du poumon de diverses populations et la quantité globale de tabac consommée par chacune d'elles.

La remise en question du rôle décisif de la médecine dans l'amélioration du niveau de santé des populations

Le plus célèbre travail de type « écologique » conduisant à la remise en question du rôle de l'intervention médicale dans l'amélioration du niveau de santé des populations est dû à un épidémiologiste britannique, Mc Keown. Profitant des excellentes statistiques sanitaires de l'Angleterre et du Pays de Galles, il a étudié l'évolution des taux de mortalité spécifique (c'est-à-dire de la mortalité due à une pathologie définie), en remontant aussi loin que possible dans le passé, c'est-à-dire en pratique au milieu, voire au début du XIX^e siècle. Ce travail était évidemment difficile, car la préci-

sion et la formulation des diagnostics ont beaucoup changé sur une aussi longue période. Mc Keown a réussi à tracer la courbe des taux de mortalité pour un certain nombre de maladies infectieuses depuis le XIX^e siècle (par exemple la tuberculose pulmonaire et les pneumopathies aiguës : pneumonies et gripes prises dans leur ensemble). Le constat principal de ce travail est que l'on assiste depuis plus de cent cinquante ans à une baisse considérable et régulière des taux de mortalité. S'interrogeant sur les causes de cette baisse, il eut l'idée de repérer les dates des découvertes médicales, diagnostiques ou thérapeutiques, spécifiques de cette pathologie : la courbe descendante ne montre aucune rupture de pente dans les années qui suivent ces dates (sauf une légère accélération de la descente après la découverte de la streptomycine, à un moment où le taux était déjà très bas)⁴⁷.

Poursuivant sa réflexion, Mc Keown a abouti à la conclusion que les causes principales de la chute de la mortalité étaient liées à l'amélioration des conditions de vie (baisse de la pénibilité et de la durée du travail, meilleure alimentation, revenus plus élevés, meilleur logement). Par contre, l'influence de la médecine sur la mortalité par maladie infectieuse a été nulle jusqu'aux années 1935, et très faible depuis. C'est essentiellement l'incidence (survenue de nouveaux cas) et la gravité des maladies qui ont baissé. Les individus bénéficiant de meilleures conditions économiques et sociales se sont montrés beaucoup plus résistants au contact des germes. La maladie n'est soit pas apparue, ou bien sa gravité en a été atténuée.

Ces travaux sont fondés sur des données *historiques*. Mais des études portant sur des données *contemporaines* conduisent à des conclusions semblables. Deux études de type géographique peuvent ici être prises comme exemple : la première analyse la mortalité dans dix-huit pays développés⁴⁸ et la seconde, la mortalité dans les quatre-vingt-quinze départements de la France métropolitaine⁴⁹. Le principe de ces deux travaux est semblable. Il s'agit de rechercher les facteurs qui « expliquent » (c'est-à-dire qui permettent de prédire sans en être forcément les causes directes ou

47. Mc Keown T., *The Role of Medicine: Dream, Mirage, or Nemesis?* 2^e édition, Oxford, Basil Blackwell, 1979.

48. Cochrane A.-L., « Health service "input" and mortality "output" in developed countries », *J. Epid. Community Health*, 1978, 32, 200-05.

49. Mackenbach J.-P., Bouvier-Colle M.-H., Jouglé E., « Avoidable mortality and health services: a review of aggregate data studies », *J. Epid. Community Health*, 1990, 44, 106-11. et Jouglé E., Ducimetière P., Bouvier-Colle M.-H., Hatton F., « Relation entre le niveau de développement du système de soins et le niveau de mortalité évitable entre les départements français », *Rev. épidémiol. sant. publ.*, 1987, 35, 365-77.

indirectes) les différentes formes de mortalité. Parmi les variables « explicatives » ont été introduites des variables qui rendent compte du système de soins (densité de médecins, nombre de lits hospitaliers, etc.), des comportements dits de santé (consommation de tabac, d'alcool, etc.), et du niveau économique (PIB par habitant). Il est intéressant d'observer que les conclusions de ces deux études sont semblables : d'une part les variables les plus explicatives sont d'ordre économique (plus le PIB est grand, plus la mortalité est faible) et social (les départements de forte densité ouvrière ont une mortalité plus forte que les autres). D'autre part le développement du système de soins n'a pratiquement aucune valeur prédictive avec toutefois une mortalité plus faible dans les départements où se trouve un CHU que dans les départements voisins.

Par ailleurs, les travaux de G. Desplanques ont mis en évidence dès le début des années 1970 un fait majeur concernant la santé en France (et plus généralement celle des pays occidentaux). Ce fait, qui est aujourd'hui largement documenté, est **l'inégalité sociale en termes de mortalité**. En comparant la mortalité – ajustée sur l'âge – des différentes catégories socioprofessionnelles, il a montré qu'il y avait chez des hommes de 35 ans des différences d'espérance de vie considérables, pouvant aller jusqu'à huit années selon la catégorie socioprofessionnelle. Ceux qui vivent le plus longtemps se trouvent au sommet de l'échelle sociale, par le revenu ou par l'instruction (professions libérales, dirigeants d'entreprises, enseignants) alors que ceux qui ont l'espérance de vie la plus faible exercent des professions non qualifiées (manœuvres et travailleurs agricoles). Il est ici important d'insister sur le fait qu'avec la généralisation de la protection sociale, il y a en France peu de sélection par l'argent pour l'accès aux soins médicaux particulièrement en cas de maladie grave. Même si des études récentes montrent que certaines populations précaires n'ont pas un accès égal aux services de santé, il faut trouver une explication à ces différences de niveau de santé qui sont autres que l'inégalité d'accès aux soins ou que l'inégalité de la qualité des soins. **Les inégalités d'espérance de vie n'ont donc pas d'explication strictement médicale.**

Ainsi, il devient difficile d'expliquer les différences de mortalité entre classes sociales, entre régions, par des variables médicales. Autrement dit, le rôle de la médecine de soins pour expliquer la baisse de la mortalité et l'augmentation de l'espérance de vie est faible. Certains estiment que la qualité des soins n'est responsable que de 10 à 20 % de ces progrès. C'est déjà considérable, puisque jusqu'à la Seconde Guerre mondiale, ce chiffre était très

proche de 0 %. Bien entendu, il ne faut pas déduire des considérations précédentes que la médecine curative est inutile. La suppression de tout contact avec elle serait de toute évidence très péjorative pour les malades. Les travaux présentés ci-dessus ne doivent pas faire conclure à l'inefficacité, voire à l'inutilité des interventions médicales. Mais si celles-ci s'attaquent souvent avec succès aux problèmes de santé des malades, elles ne touchent qu'une fraction restreinte de la population générale.

Il faut enfin remarquer que la mortalité envisagée ici est une mortalité « démographique » c'est-à-dire le nombre de décès pour une pathologie donnée divisé par l'effectif de la population (sains et malades ensemble). Cette mortalité doit être distinguée de la létalité. Le taux de létalité est le quotient du nombre de décès dus à une maladie par le nombre de personnes atteintes de celle-ci. Il y a entre ces deux taux, et pour une pathologie donnée, une relation simple : la mortalité démographique = l'incidence de la morbidité x la létalité. Or, l'incidence des maladies – spécialement chroniques – échappe le plus souvent à l'action médicale. Quant à la létalité, elle dépend à la fois de l'efficacité du système de soins et de la vulnérabilité des sujets à la maladie. Cette dernière caractéristique dépend, comme l'incidence, de l'ensemble de l'histoire de santé qu'a connue la personne avant le déclenchement de la maladie étudiée (c'est-à-dire de tous les facteurs de risque auxquels elle a été exposée). C'est en particulier la relative impuissance de l'action médicale curative à réduire la mortalité démographique pour de nombreuses maladies qui a motivé et donné de la crédibilité à la recherche d'autres déterminants de la santé, et tout particulièrement à explorer le rôle des facteurs économiques et sociaux.

Les comportements et les styles de vie comme facteurs de risque

Une quantité très importante de travaux épidémiologiques a montré le rôle des facteurs liés aux comportements et aux modes de vie que sont l'abus d'alcool, la consommation de tabac ou de drogues illicites, l'abus de médicaments psychotropes, les habitudes alimentaires, les comportements sexuels ou encore l'environnement professionnel. Dans un premier temps, on a eu tendance à considérer que le mode de vie était un mode d'expression de la liberté individuelle. On était en droit de blâmer la victime de son propre comportement et les médecins ont saisi l'opportunité ainsi offerte de médicaliser les comportements à risque et par là même d'étendre le champ de l'intervention médicale. Ainsi le tabagisme, l'abus d'alcool ou l'hypercholestérolémie (résultat d'une alimentation défectueuse et précurseur de

la maladie coronarienne) ont été considérés comme des « maladies » nouvelles. Mais en fait, même si on ne peut annuler la part de responsabilité personnelle, il n'est pas possible de prétendre que le mode de vie, pas plus que la profession, sont le résultat d'un choix complètement libre. Le poids des déterminants sociaux et psychologiques est lourd. Par exemple, il est bien connu que les mauvaises habitudes de vie connaissent un gradient en fonction du statut socio-économique. On fume et on boit davantage, on s'alimente plus mal dans les classes défavorisées. Par contre, les comportements qui favorisent l'extension de l'infection VIH/sida se rencontrent indistinctement chez les privilégiés ou les défavorisés bien qu'aujourd'hui ils semblent se développer plus rapidement dans les milieux défavorisés.

Les inégalités sociales « structurelles » de santé⁵⁰

Des travaux importants – mais passés lors de leur parution quasiment inaperçus – ont été consacrés à la question des inégalités structurelles de santé. Ils concernent un grand nombre de pays. Tous ont montré un fait majeur de nos sociétés occidentales concernant le niveau de santé : le gradient de l'état de santé est de moins en moins bon lorsqu'on descend l'échelle sociale. Reprenant quelques années plus tard ses travaux de 1971 sur les différences d'espérance de vie selon les catégories socio-professionnelles, G. Desplanques confirmait les résultats obtenus alors, à savoir que la probabilité de mourir entre 35 et 60 ans illustre une inégalité majeure (Tableau VII). En effet, les professeurs ont moins de 7 chances sur 100 de décéder entre 35 et 60 ans alors que les manœuvres ont plus de 25 chances sur 100 (risque relatif : $25,4/6,9 = 3,7$). Entre ces deux extrêmes, la répartition des catégories socioprofessionnelles est loin d'être arbitraire : on « descend » régulièrement l'échelle sociale. Si on avait fait le rangement selon l'espérance de vie à 35 ans, on aurait trouvé, à quelques modifications près, le même ordre.

Des résultats du même ordre ont été obtenus en Grande-Bretagne⁵¹, de même qu'en Suède où l'on retrouve un gradient du même type, mais moins étendu⁵². Le gradient social de la santé

50. Reprenant ici une expression de Fitoussi et Rosanvallon, nous désignons par « inégalités structurelles » des inégalités qui caractérisent une société relativement stable, celle que l'on connaissait avant la « crise » : inégalité des revenus, du niveau d'instruction, de la position hiérarchique, des responsabilités.

51. *Inequalities in Health*, *op. cit.*

52. À ce propos, il serait intéressant de mettre en parallèle, dans un certain nombre de pays, l'étendue des gradients de santé et celles de la répartition des revenus. La Suède est un des moins inégalitaires dans les deux domaines.

est un phénomène très général, il montre des constantes qu'il est intéressant de relever :

- *il est très ancien* : en Grande-Bretagne, où l'on dispose d'un système statistique ancien, il existait déjà en 1911 à un moment où les pathologies et les facteurs de risque étaient très différents et la médecine beaucoup moins évoluée.
- *il ne diminue pas au cours du temps* : au contraire, il a plutôt tendance à s'accroître. Autrement dit, sur une tendance lourde à l'amélioration globale de la santé, marquée par une augmentation importante et persistante de l'espérance de vie à la naissance, les différentes classes sociales profitent toutes de ce progrès, mais de façon très inégale et de plus en plus inégalitaire.
- *on le retrouve quel que soit le mode de mesure du niveau social* (catégorie socioprofessionnelle, revenu, éducation, position hiérarchique) : ceci n'a rien d'étonnant dans la mesure où ces différents indicateurs sont très fortement corrélés.
- *on le retrouve quelle que soit la façon dont on mesure la santé* : espérance de vie, mortalité spécifique pour la plupart des maladies et dans la mesure où on la connaît, morbidité.
- enfin, *ce gradient est continu, sans fracture.*

Dans l'interprétation que l'on peut faire de ce phénomène massif, son caractère persistant et continu mérite particulièrement l'attention.

- la persistance de ces inégalités est constatée depuis des décennies alors que les facteurs de risque et la pathologie ont changé de façon importante. Les causes de la mortalité ont également changé mais le phénomène persiste et s'accroît. *Il ne semble donc pas y avoir de spécificité des causes de mortalité.*
- le caractère continu suggère *une vulnérabilité progressive* quand on « descend » l'échelle sociale. Les contremaîtres sont moins fragiles que les ouvriers qualifiés, eux-mêmes plus résistants que les ouvriers spécialisés.

Bien entendu, des interrogations se posent :

- les principaux facteurs de risque qui sont inégalement répartis (alcool, tabac, mode de vie, environnement professionnel, enfance difficile, support social, etc.) sont-ils suffisants pour expliquer les inégalités de mortalité ? C'était l'explication suggérée par le groupe de travail du « Black Report » ;

Tableau VII
Mortalité masculine adulte selon la catégorie socioprofessionnelle (1983)

Catégorie socioprofessionnelle	Probabilité de décès entre 35 et 60 ans (en %)	Espérance de vie à 35 ans (en années)
<i>Professeurs</i>	6,9	43,2
<i>Ingénieurs</i>	7,9	42,3
<i>Cadres administratifs supérieurs</i>	9,6	41,4
<i>Instituteurs</i>	10,1	41,1
<i>Industriels et gros commerçants</i>	11,4	40,2
<i>Contremaîtres</i>	11,6	39,1
<i>Techniciens</i>	11,8	40,3
<i>Agriculteurs exploitants</i>	12,0	40,3
<i>Artisans</i>	12,3	40,2
<i>Cadres administratifs moyens</i>	12,4	39,6
<i>Armée, police</i>	14,4	36,9
<i>Petits commerçants</i>	15,5	38,8
<i>Employés de commerce</i>	16,0	38,4
<i>Employés de bureau</i>	16,3	38,5
<i>Ouvriers qualifiés</i>	17,2	37,5
<i>Ouvriers spécialisés</i>	18,7	37,0
<i>Personnel de service</i>	19,1	36,0
<i>Salariés agricoles</i>	20,2	37,5
<i>Manœuvres</i>	25,4	35,3
Ensemble des actifs	15,1	38,8
Inactifs	47,0	
Total	17,2	37,2

[Les catégories professionnelles sont rangées par ordre de probabilité croissante de décès avant 60 ans, pour des sujets âgés de 35 ans].

- où se trouve la causalité ? Sont-ce les « pauvres » qui sont malades, ou les malades qui sont « pauvres » ? Même si le premier énoncé est le plus raisonnable, on ne peut éliminer le second. Il est clair en effet que les travaux de type écologique ne peuvent répondre de façon ferme à cette question.

Il faut donc autre chose pour étayer l'hypothèse suggérée par les faits : **l'existence possible d'un effet propre du niveau social**, c'est-à-dire ce « quelque chose » qu'évoque R. Evans⁵³ et qui intervient **en plus** des facteurs de risque « classiques ». C'est cette hypothèse que semble confirmer le travail fondamental que représente la « Whitehall Study⁵⁴ ». Ainsi que présentée plus haut, cette

53. *Être ou ne pas être en bonne santé, op. cit.*

54. « Health inequalities among British civil servants: The Whitehall Study », *op. cit.*

enquête épidémiologique de type longitudinal a été réalisée sur une cohorte de fonctionnaires, c'est-à-dire sur une population qui n'est en aucune façon *une population pauvre*, ou exposée à des risques professionnels importants, mais des classes moyennes ou supérieures, *indemnes de toute pauvreté et de statut non précaire*. Malgré cela, cette étude montre que si on classe ces personnes en quatre catégories selon leur niveau hiérarchique depuis la haute administration jusqu'au travailleur manuel, on constate que ce ne sont pas seulement ceux qui sont en bas de l'échelle sociale qui présentent un risque de décès élevé, mais chaque niveau hiérarchique va de pair avec un risque de décès supérieur au niveau immédiatement supérieur. Le rapport de la mortalité (ajustée sur l'âge évidemment) entre les groupes extrêmes est supérieur à trois. De plus, le gradient subsiste si l'on élimine l'effet du tabagisme. Celui-ci est plus élevé dans les classes inférieures mais ce gradient d'exposition au tabac n'explique pas le gradient de mortalité. On retrouve ce gradient aussi bien chez les fumeurs que chez les non-fumeurs. Il en est de même pour d'autres facteurs de risque (alcool par exemple) inégalement répartis selon le niveau hiérarchique.

Ainsi donc, dans ces populations qui ne connaissent aucun risque de précarité, on constate que **plus on est élevé dans la hiérarchie, moins grande est la mortalité, plus longue est l'espérance de vie et en particulier plus longue est l'espérance de vie en bonne santé**, ceci en éliminant l'effet de confusion dû à des risques comportementaux. Enfin, cette enquête fait justice de l'hypothèse que ce sont les malades qui deviennent « pauvres », et sont amenés par leur maladie à descendre dans la hiérarchie. En effet, ce gradient subsiste si l'on tient compte de l'état de santé en début d'enquête. Ce type de recherche appuie donc bien l'hypothèse que le niveau dans la hiérarchie sociale est en lui-même un facteur de risque ou plutôt un ensemble de facteurs de risque. C'est sans doute cela qu'Evans nomme le « quelque chose ». Il s'agit d'un déterminant étiologique non spécifique, car il n'est pas lié à une maladie particulière, mais peut s'exprimer à travers un ensemble très divers de maladies, celles-ci pouvant d'ailleurs changer au cours du temps (elles n'étaient pas les mêmes au début du siècle et maintenant).

Ainsi donc, dans la recherche sur les liens entre santé et niveau social, on ne peut plus limiter la réflexion aux facteurs de risque spécifiques des maladies. Il faut retenir aussi d'autres facteurs non spécifiques liés au niveau social. Les enquêtes « Whitehall » ont permis d'étudier certains de ces facteurs non spécifiques. On trouve ainsi :

- l'absence d'autonomie dans son travail,
- le sentiment de ne pas utiliser toutes ses compétences,
- le sentiment de ne pas recevoir l'estime que l'on pense mériter,
- l'absence d'estime de soi,
- un sentiment de dévalorisation personnelle.

Il s'agit donc d'un ensemble de facteurs *affectivement négatifs* qui caractérisent le vécu professionnel de cette catégorie de personnels. À l'inverse, le sentiment de maîtriser son activité professionnelle, d'en comprendre la signification et la finalité, la satisfaction intellectuelle, le prestige social associé au travail, sont des facteurs puissants de protection. Ainsi donc, le vécu de sa position professionnelle et de sa position sociale est en lui-même un déterminant fort, positif ou négatif, de la santé (et en particulier de l'apparition de maladies organiques graves).

Pauvreté et état de santé

Parce que la pauvreté est l'un des fléaux majeurs que doit affronter aujourd'hui l'humanité, la littérature est très abondante sur ce sujet. Il ne se passe pas de mois sans que le directeur général de l'OMS ne déclare que la pauvreté est la cause majeure de la mauvaise santé dans le monde. Une étude américaine a comparé les problèmes de santé dans des quartiers administrativement définis comme pauvres – c'est-à-dire en état de précarité sociale, économique et environnementale – et d'autres quartiers du même comté⁵⁵. Pour définir un quartier pauvre, les critères retenus étaient (i) la proportion de familles à faible revenu, (ii) la proportion de logements au-dessous des normes, (iii) la proportion d'adultes de faible niveau d'éducation, (iv) la proportion d'adultes chômeurs, de travailleurs non qualifiés et de familles monoparentales. Un échantillon aléatoire de sujets de 35 ans et plus a été sélectionné dans chacune des deux zones. Les deux échantillons ont été suivis pendant une période de neuf années. Les résultats mettent en évidence que la mortalité ajustée sur l'âge, le sexe et l'origine ethnique montre une surmortalité significative avec un risque relatif de 1,71. Ce risque accru de décès persiste quand on ajuste en plus sur l'état de santé au moment de l'enquête, le revenu, le statut de l'emploi, l'accès aux soins médicaux, l'assurance maladie, le taba-

55. Mc Hawn, Kaplan G.-A., Camuch T., *Poverty and Health*, Alameda County Survey, Human Population Laboratory.

gisme, la consommation alcoolique, l'activité physique, l'indice de masse corporelle⁵⁶, l'isolement social, le statut conjugal, et des facteurs psychologiques tels que la dépression ou la « *personal uncertainty* » (fragilité de la personnalité). Ces résultats confortent l'hypothèse que **la pauvreté de l'environnement social et physique, et notamment l'ensemble des précarités qui peuvent en résulter, sont en elles-mêmes un facteur important de la liaison entre pauvreté et mauvaise santé indépendamment des comportements individuels**, et de certaines des conséquences matérielles de la pauvreté (telles que les privations). En lui-même, le fait d'être pauvre, de se sentir pauvre, d'être perçu comme pauvre est un facteur péjoratif important pour la santé somatique. Ici encore, on voit **l'importance du vécu subjectif socialement induit**.

**Les
déterminants
psychologiques
et symboliques
induits par la
structure
sociale**

Facteurs individuels psychologiques

Les deux exemples précédents, position hiérarchique et pauvreté vécue, montrent le poids, inattendu pour les adeptes d'une conception purement biologisante, des déterminants psychologiques de la santé organique. Lorsque l'on aborde le problème des déterminants de l'état de santé, on ne peut plus ignorer les facteurs personnels et les capacités de réaction individuelle de chacun. Chaque individu a eu une histoire personnelle au cours de laquelle se sont succédés divers événements de vie. Cette histoire – singulière – permet à chaque personne d'entretenir avec ses semblables des relations plus ou moins intenses et est à l'origine de la constitution de réseaux et de liens sociaux personnels plus ou moins denses. Chaque personne a enfin une façon propre de réagir aux stimuli de son environnement social et de son histoire personnelle. On parle parfois de façon générique de « réaction au stress psychique » en insistant ainsi, de façon arbitraire, davantage sur les aspects négatifs de la vie que sur les aspects positifs.

La prise en compte de l'histoire personnelle et de la « réaction au stress » ne peut se comprendre que si l'on fait intervenir le système nerveux et tout particulièrement le cerveau dans les mécanismes d'explication de la genèse des maladies. Celui-ci constitue en effet une étape intermédiaire obligatoire pour comprendre les liens entre les facteurs sociaux et relationnels d'une part et la genèse de la maladie organique de l'autre. Le cerveau est un *organe de relation* par lequel l'individu est en contact avec son environnement social et qui perçoit et intègre les stimuli divers

56. L'indice de masse corporelle est le rapport p/t (p = poids exprimé en kilogrammes ; t = taille exprimée en mètres). La valeur normale se situe entre 20 et 24.

qu'il en reçoit. C'est aussi le lieu de la personnalité et de l'intégration – consciente ou non – de l'histoire personnelle de chacun et *le lieu où se construit la personnalité*. C'est enfin *l'organe de contrôle majeur* de l'ensemble de l'organisme physique.

Les « événements de vie »

Par événement de vie – *life event* –, on entend les principaux événements qui ont marqué la biographie d'une personne : des événements vitaux (naissance, symptômes, maladies, accidents, etc.), des événements affectifs (amour, mariage, séparation, divorce, etc.), des événements familiaux (naissance d'enfant, décès de parent, etc.), des événements professionnels (examens, embauche, perte d'emploi, etc.), des événements financiers, juridiques ou bien encore des engagements artistiques, intellectuels, religieux, politiques, enfin des mouvements dans l'espace (changement de lieu de vie). L'étude des événements de la vie utilisant cet outil qu'est le diagramme de vie apporte déjà une contribution notable à l'étiologie sociale et psychologique des états de santé.

Depuis longtemps les cliniciens ont attiré l'attention sur l'effet péjoratif d'un événement de vie malheureux sur la constitution ultérieure de certaines maladies (par exemple le deuil, la maladie ou l'accident grave parmi les proches, la perte d'emploi). Mais ces observations étaient invalides en raison de biais possibles. Une bonne méthodologie suppose qu'on fasse l'inventaire, le codage et la mesure (score) des événements de vie avant le diagnostic de la maladie. Ces précautions ont été prises dans certaines études concernant le cancer du sein⁵⁷ qui peuvent permettre de mieux comprendre ce phénomène. Ces études montrent que les événements de vie sévères (ayant eu lieu dans les cinq années qui précèdent l'enquête, et bien entendu choisis pour être *a priori* indépendants de la maladie), augmentent le risque de cancer. Le risque relatif brut de 3,2 est statistiquement significatif. Et après ajustement sur les facteurs de confusion possibles (âge, moment de la ménopause par rapport à l'enquête, consommation de tabac, abus d'alcool, antécédents familiaux de cancer, etc.), le risque relatif monte à 11,6 ce qui est considérable. Ainsi, les femmes atteintes de cancer ont connu davantage d'événements de vie dans les cinq ans qui ont précédé le diagnostic. Ce travail donne donc des arguments très convaincants pour avancer l'idée que les événements de vie peuvent par eux-mêmes avoir une influence

57. Chen C.-C. and coll., Adverse life events and breast cancer: case control study, *BMJ* 311, 1995, 1527-30.

importante sur la santé somatique. De surcroît, cette étude a montré que la capacité de faire face au stress causé par l'événement de vie est en lui-même un facteur de prédiction pour le diagnostic de cancer du sein. En général, une confrontation active avec l'événement est un élément positif. Si toutefois il s'agit d'un événement grave, sur lequel le patient ne peut exercer de contrôle, une attitude de désengagement peut être plus bénéfique.

Les liens entre le deuil et la mortalité ou la morbidité ont clairement été établis, et ce, depuis plus d'un siècle⁵⁸. Des études récentes (Clayton, 1982, Mellström, 1982, Kaprio et Koskenvo, 1983 et 1986) montrent une surmortalité réelle des veufs et veuves par rapport aux personnes mariées de même sexe et de même âge. En 1963, une étude britannique (Benjamin et Wallis), effectuée sur 4 486 veufs, montrait une surmortalité de 40 % dans les six mois suivant le décès du conjoint. Mais un tel événement n'affecte pas que la mortalité, et des recherches récentes tendent à établir des liens étroits entre deuil et maladies cardio-vasculaires (Kaprio et Koskovo, 1983), pour les tumeurs bénignes (Horne et Picard, 1979), mais aussi hyperthyroïdie, lupus érythémateux, arthrite rhumatoïde, ulcère, etc.

Réseaux et liens sociaux

Depuis longtemps, l'observation et la recherche ont suggéré que les liens et relations sociaux peuvent jouer un rôle important comme déterminants de la santé – en particulier mais pas seulement – quand la personne fait l'expérience d'événements de vie péjoratifs et de stress. C'est ce que montrent un certain nombre d'études concernant les épouses de militaires mobilisés ou les hommes qui perdent leur emploi, ou encore l'expérience d'un veuvage ou d'une séparation.

Dans des travaux s'inscrivant dans le cadre de l'enquête de cohorte effectuée sur la population du comté d'Alameda par le Human Population Laboratory aux États-Unis, les investigateurs ont affiné la recherche en essayant de mesurer, au moyen d'un score, l'intensité des liens sociaux⁵⁹. Ce score (social network index) est fondé sur quatre critères : le statut conjugal (marié ou non), le contact avec les amis et la famille (3 degrés), l'appartenance à une église, l'appartenance à un groupe ou association formel ou informel. En dépit du caractère rudimentaire de cette mesure des réseaux sociaux, les personnes qui manquent le plus de liens sociaux et

58. Bacquée M.-F., *Deuil et Santé*, Paris, Éditions Odile Jacob, 1997.

59. Berkman L.-F., Syma S.-L., « Social networks, heart resistance, and mortality: a nine year follow up study », *Am. J. of Epidemiology*, 1979, 109, 186-204.

communautaires ont une probabilité accrue de mourir prématurément par rapport à celles qui ont des contacts plus intenses. Les risques relatifs ajustés sur l'âge entre les sujets les plus isolés et les moins isolés sont de 2,3 pour les hommes et 2,8 pour les femmes. Quand on se limite à la tranche d'âge de 60 à 69 ans, ces chiffres sont de 2 pour les hommes et 3 pour les femmes. L'association entre la mortalité et les liens sociaux est indépendante de l'état de santé ressenti au moment de l'enquête, du statut socio-économique et des pratiques de santé (tabac, alcool, activité physique, alimentation, utilisation de services de santé préventifs) pris isolément ou cumulés en un indice synthétique. De plus, les deux sexes ne réagissent pas de la même manière selon les différents types de carence en lien social : le veuvage est plus péjoratif pour les hommes que pour les femmes alors que ce sont les femmes qui réagissent moins bien à la carence en liens sociaux autres que conjugaux. Ainsi **la carence en liens sociaux semble être en elle-même un facteur causal déterminant du décès prématuré.**

Les stimuli affectifs négatifs et la façon d'y faire face (« stress and coping »)

Le mot « stress » est fondamentalement ambigu. Selon les cas il désigne soit les causes soit les conséquences⁶⁰, c'est-à-dire soit les facteurs externes (facteurs stressants) susceptibles d'entraîner des réactions somatiques ou psychiques soit ces réactions elles-mêmes. En fait, il est souvent difficile de mesurer séparément le stress externe et ses conséquences internes et de définir *a priori* une liste objective des facteurs stressants. Trop souvent, un facteur dit stressant ne l'est que par les conséquences qu'il peut entraîner. Le problème des relations entre facteurs externes et réaction de l'individu est compliqué par le fait qu'un même facteur externe peut avoir des conséquences très variables selon les individus. Un même « coup du sort » peut totalement détruire les capacités de « faire face » (to cope) d'une personne alors qu'au contraire il peut stimuler une autre. Chacun a sa façon propre de « faire face ». Cette notion de « faire face » renvoie à la « *capacité d'accepter, de tolérer, d'éviter ou de réduire le stress* », et éventuellement de l'inverser. Cependant, faire face ne signifie pas nécessairement réussir, mais simplement d'essayer de gérer le stress de façon efficace.

60. Le *dictionnaire Robert* donne deux définitions du stress : (i) Réponse de l'organisme aux facteurs d'agression physiologiques et psychologiques ainsi qu'aux émotions (agréables ou désagréables) qui nécessitent une adaptation (élément de la théorie du syndrome d'adaptation) et (ii) Action brutale sur un organisme (choc infectieux ou chirurgical, décharge électrique, traumatisme psychique).

Les mécanismes pour « faire face » sont propres à chaque individu et font l'objet de stratégies à la fois conscientes et inconscientes. Mais ces mécanismes font aussi appel à des ressources externes du type support social : soit naturelles comme la famille, soit construites (groupe d'entraide, réseau de soutien, organisation de protection sociale). Les facteurs stressants contiennent un ensemble très divers de stimuli : ils peuvent être aigus (stress d'événement) ou chroniques (stress de situation), prévisibles ou imprévisibles. Il faut enfin remarquer que le mot stress a une connotation négative. Il se réfère à des événements ou des situations adverses ou éprouvants qui contribuent à la « misère humaine ». Cette vision est arbitraire car si des épreuves dramatiques peuvent contribuer à altérer la santé, on peut également penser que des événements ou situations qui contribuent au bonheur puissent en être des déterminants favorables.

***Ce que nous apprend la physiologie animale :
hiérarchie, stress et santé***

Les explications précédentes qui montrent le poids des facteurs psychologiques sur la santé ne sont pas le propre de l'homme. De nombreuses observations et expériences ont montré en quoi consiste la réaction au stress (menace, privation de liberté de mouvement, chocs électriques, bruit plus ou moins intense, etc.) chez différentes catégories d'animaux (macaques, babouins, rats, lapins, etc.). De façon constante, dans un stress aigu, on note une augmentation de la sécrétion d'adrénaline, avec comme conséquence une augmentation de la pression artérielle. Dans tout stress aigu ou chronique, on enregistre une augmentation de cortisol (hormone cortico-surrénale) qui peut entraîner des effets hypertenseurs. Après un stress aigu ou une augmentation passagère d'un stress chronique, un phénomène de rétroaction a tendance à ramener le taux sanguin vers des valeurs normales. L'intensité de cette rétroaction est variable selon les animaux.

La réaction de stress, spécialement dans la forme aiguë de celui-ci, a pour effet de mobiliser les ressources de l'animal vers un comportement qui tend à assurer la survie menacée. Cette réaction de survie prend dans son aspect majeur la forme « *fight or flight* » (lutte ou fuite). L'étude de la réaction au stress chez les animaux vivant en société est très instructive^{61, 62}. Il existe chez

61. Sapolsky R.-M., « Stress in the Wild », *Scientific American*, 1990, 262 (1) 116-23.

62. Suomi S.-J., « Primate separation models of affective disorders », in *Neurobiology of learning, emotion, and affect*, J. Madden ed., New York, Raven, p. 195-214.

ces animaux, spécialement les mâles, une hiérarchie de domination très nette. Chez les mâles dominants, la réaction au stress disparaît plus vite que chez les subordonnés. Chez ces derniers, la boucle de rétroaction est peu efficace. Ils semblent demeurer dans un état de vigilance ou d'anxiété permanente (non sans raison parfois, car ils peuvent se faire prendre leur repas ou leur femelle par un animal de rang supérieur, toujours en position de les menacer). Si la structure hiérarchique des babouins est déstabilisée, la capacité physique des mâles dominants à maîtriser leur réaction diminue. La plupart d'entre eux en effet adoptent une attitude d'anxiété et leurs réactions physiologiques au stress se prolongent comme chez les subordonnés. Une fraction des dominants conserve toutefois leurs capacités antérieures (de l'ordre de 20 %) : la réaction demeure forte mais brève. Faut-il en conclure que chez la plupart des dominants, cette position privilégiée est liée aux circonstances et au contexte, sauf pour un sous-ensemble qui serait fait de « vrais dominants » ? Les données acquises ne permettent pas d'aller au-delà d'hypothèses.

L'intérêt de ces observations animales augmente si on se reporte aux résultats de l'étude Whitehall au Royaume-Uni⁶³. S'il n'a pas été possible de procéder à des études physiologiques fines chez les fonctionnaires britanniques de la cohorte étudiée, il a par contre été procédé, chez un échantillon d'entre eux, à la mesure de la pression artérielle au bureau et le soir après leur retour au domicile. La pression artérielle (systolique et diastolique) était en moyenne la même pendant le travail pour les catégories inférieures et les catégories supérieures de fonctionnaires (135-85). Par contre, après le retour au domicile, les catégories supérieures retombaient à une moyenne de 120-75, alors que les catégories inférieures conservaient une pression plus élevée (125-85).

Il a également été montré chez le rat que l'augmentation prolongée du taux de cortisol va de pair avec une accélération du taux de vieillissement⁶⁴. Chez les animaux plus jeunes, la réaction de stress permanente va de pair avec une diminution des capacités d'apprentissage. Enfin, toujours chez le rat, on constate chez l'animal stressé une baisse de la capacité à combattre les microbes et les virus, ce qui n'est pas très surprenant si l'on se souvient qu'il existe sur les cellules des tissus immunitaires des récep-

63. Marmot M.-G., Theorell T., « Social class and cardiovascular disease, the contribution of Work? », *International Journal of Health Services*, 1988, 18, 659-74.

64. Sapolsky R.-M., *Stress, the aging brain, and the mechanism of neuron death*, Cambridge, MA, MIT Press, 1992.

teurs au cortisol et que celui-ci a des effets immunodépresseurs. Si l'on observe les phénomènes pathologiques proprement dits, on a constaté chez des rats porteurs de tumeurs cancéreuses expérimentales, que celles-ci se développaient beaucoup plus vite chez des animaux soumis à des stress inévitables (à chaque tentative de nourriture l'animal reçoit un choc électrique) qu'en l'absence de stress ou lorsque ceux-ci peuvent être évités par une stratégie adaptée.

Concernant la pathologie artérielle, il a pu être montré chez des singes cynocéphales – animaux à société hautement hiérarchique – soumis au même régime modérément riche en cholestérol, que l'effet sur la constitution d'athérome coronarien était très lié à la position de l'animal dans la société : le degré d'occlusion des coronaires était beaucoup plus marqué chez les animaux subordonnés que chez les animaux dominants. Le rapport du nombre d'occlusions est de 4 chez les femelles, et de 2 chez les mâles quand on compare les subordonnés aux dominants, mais avec un nombre d'occlusions beaucoup plus fort chez les mâles que chez les femelles. D'autres travaux réalisés sur le lapin, qui est un animal expérimental assez privilégié de l'étude de l'athérome artériel, fournissent des informations tout aussi intéressantes. Deux groupes de lapins sont soumis au même régime athérogène. La seule différence est que pour le groupe expérimental, la nourriture est distribuée dans une ambiance de « confort affectif » (caresse, musique) beaucoup plus grande que pour le groupe témoin. À l'autopsie, le premier groupe a beaucoup moins de plaques d'athérome que le groupe de contrôle. Chez le lapin, une amélioration des conditions de vie a un effet protecteur sur certains aspects de la santé.

***De la vie sociale à des processus moléculaires :
l'hypothèse psycho-neuro-endocrino-immunologique***

Les travaux sur l'animal ne sont qu'un échantillon d'un très vaste ensemble qui, en dépit de quelques résultats contradictoires, forme un tout assez cohérent que l'on peut regrouper dans une branche nouvelle d'investigation, *la psycho-neuro-immunologie*, terme inventé dès 1964 par Salomon et Moos⁶⁵, concaténation à laquelle il a fallu ajouter rapidement le terme « *endocrino* ». En plein développement, cette science nouvelle étudie comment l'environnement peut agir sur l'organisme, autrement que par des agressions maté-

65. Expression citée dans Evans R.-G., Barer M.-L. et Marmor T.-R., *Être ou ne pas être en bonne santé. Biologie et déterminants sociaux de la maladie*, Les presses de l'université de Montréal, Montréal (Québec), 1996, p. 178.

rielles que l'on ingère (alcool, régime alimentaire), que l'on respire (tabac, amiante) ou par des micro-organismes transmis de l'animal à l'homme ou de l'homme à l'homme (maladies contagieuses ou transmissibles) : microbes, virus divers, grippe ou VIH par exemple. Le domaine de ces recherches est celui des liaisons très complexes qui existent entre trois pôles, que des attitudes réductionnistes conduisent à ne considérer que de façon séparée :

- *le système neuro-psychique*, point d'entrée et d'intégration des signaux, positifs ou négatifs, reçus d'un environnement plus ou moins hostile ou favorable,
- *le système endocrinien* et en particulier l'axe hypophyso-surrénalien,
- *le système immunitaire* dont le rôle est beaucoup plus vaste que la seule lutte contre les agressions étrangères telles que microbes et virus.

Il est à noter que l'étude de ces interactions entre systèmes est une idée neuve qui a du mal à s'imposer. Si l'on considère le programme des études en médecine, on constate que ces divers systèmes sont étudiés séparément par des spécialistes distincts et mutuellement ignorants des disciplines voisines. « *Par conséquent, l'idée selon laquelle les divers systèmes communiquent entre eux d'une façon hautement complexe et interactive a du mal à être acceptée. Or, cette idée est essentielle si l'on veut comprendre la réponse de l'hôte à la maladie*⁶⁶. » Bien entendu, les travaux sur l'animal appellent une réserve : il n'est pas possible intellectuellement d'appliquer *ne varietur* des résultats obtenus sur des modèles animaux étudiés le plus souvent en laboratoire à des hommes vivant « librement » en société. Le passage doit donc être prudent dans l'interprétation et la généralisation.

Toutefois, il n'y a pas non plus de raison de penser – et toutes les constatations de la physiologie le montrent – que ce que l'on constate chez l'animal, spécialement ceux qui sont haut placés dans la hiérarchie phylogénétique, n'ait pas de correspondances ou d'analogies dans la physiologie de l'homme. Cependant, il est bien clair que l'intervention du cerveau chez l'homme est beaucoup plus riche dans tout le domaine du mental et des fonctions psychologiques qui, selon Meyerson, caractérisent « *l'entrée dans l'humain*⁶⁷ ». Dans la longue chaîne causale qui conduit de l'environnement social à la maladie organique, on ne peut ignorer l'étape

66. *Être ou ne pas être en bonne santé, op. cit.*, p. 177.

67. Meyerson I., *Les Fonctions physiologiques et les œuvres*, Vrin, 1948. Paris, Albin Michel, 1995. Cette expression est citée à plusieurs reprises dans J.-P. Vernant, *Entre mythe et politique*, Paris, Seuil, 1996.

mentale. C'est sans doute en raison de cette étape, marquée par la subjectivité de chacun, et de ce fait très singulière, que le même facteur stressant objectif extérieur peut conduire à des effets organiques très distincts. L'approfondissement des mécanismes mentaux et de leur influence sur les mécanismes par lesquels le cerveau contrôle l'équilibre endocrinien et immunitaire est un des champs majeurs de la recherche à venir.

***Un concept majeur en santé : la vulnérabilité individuelle
résultat de toute l'histoire cumulée de la personne***

Finalement, l'observation clinique, les enquêtes épidémiologiques ou les nombreuses études sur la physiologie et le comportement conduisent à une notion forte : il n'y a pas de spécificité pathologique et médicale liée aux facteurs socio-économiques de la santé, autrement dit : **il n'y a pas de maladies des pauvres mais une moindre capacité de ceux-ci à se défendre contre les agressions extérieures**. Ce constat peut être fait pour la période allant du milieu du XIX^e siècle à la Deuxième Guerre mondiale puisque durant cette période on a constaté une amélioration globale de la santé collective et individuelle avec une mortalité générale et spécifique (mortalité due à des maladies identifiées) qui a décru massivement dans toutes les catégories sociales, conduisant à un accroissement régulier et considérable de l'espérance de vie à la naissance mais aussi à une augmentation des écarts entre les catégories les plus aisées et les plus défavorisées. C'est à des facteurs non spécifiques qu'il faut attribuer ces progrès : amélioration des conditions de vie, de revenu, de logement, d'alimentation, de travail, de loisirs, etc. – ce qu'on appelle les *conditions d'Ottawa* –, beaucoup plus qu'aux actions médicales proprement dites. Si progressivement l'on mourait moins de maladies infectieuses, ce n'est pas parce que les agressions microbiennes étaient moins fréquentes, mais parce que les sujets étaient de plus en plus résistants à ces agressions. Autrement dit, du milieu du XIX^e siècle jusqu'au milieu du XX^e, **la vulnérabilité de l'ensemble de la population française a d'une manière globale, considérablement mais inégalement diminué**.

Malgré les progrès généraux considérables qui ont été accomplis, la persistance de ces inégalités trouve bien sûr son origine dans la répartition inégale de la vulnérabilité selon les classes sociales. On sait maintenant dans les pays d'Europe et d'Amérique du Nord que ce gradient de vulnérabilité existe sans doute depuis longtemps comme le suggèrent des statistiques britanniques⁶⁸. **Sur**

68. *Inequalities in Health, op. cit.*

un fond de progrès général de l'état de santé, les inégalités de santé, loin de diminuer, se sont maintenues voire amplifiées.

Le rythme du progrès et ses conséquences sur la santé est beaucoup plus rapide chez certains que chez d'autres. Les maladies diagnostiquées qui sont à l'origine de la mortalité différentielle apparaissent ainsi comme des modes d'expression d'un phénomène plus profond que l'on peut appeler **la vulnérabilité**. On peut donc parler de vulnérabilité inégalitaire car cette vulnérabilité est variable avec le niveau social.

A priori, cette vulnérabilité différentielle pourrait avoir différentes façons de se manifester :

- à un niveau général – c'est-à-dire à un niveau qui intéresse l'organisme dans son ensemble – elle pourrait se manifester de manière particulière sur le *processus de vieillissement*. Cette baisse des capacités d'adaptation et cette fragilisation frappent tous les êtres humains après un certain âge, mais les processus peuvent être plus ou moins précoces et rapides selon la vulnérabilité des individus.
- pour certaines maladies, elle pourrait se manifester soit à la phase d'*induction* de celles-ci (c'est-à-dire au moment où s'amorce le processus pathologique : contact avec un germe, amorce de cancérisation, premier dépôt lipidique dans les artères, etc.), soit à la phase de *promotion* (c'est-à-dire lorsque l'amplification des phénomènes pathologiques conduit aux premiers signes cliniques). Une plus grande vulnérabilité pourrait se manifester par *une induction plus probable, et/ou une promotion plus rapide, aboutissant éventuellement à une forme plus grave de la maladie*.

Les causes de la vulnérabilité différentielle : combiner une épidémiologie du matériel et de l'immatériel

Les travaux épidémiologiques mentionnés précédemment montrent que la symbolique peut tuer au même titre que les goudrons du tabac ou les fibres d'amiante. La mortalité différentielle ne s'explique pas uniquement par des privations particulières, par des différences d'exposition à des facteurs de risque tels que le tabagisme ou l'abus d'alcool, ou par les risques liés au travail lui-même car les inégalités de mortalité (générale ou spécifique) subsistent même quand on tient compte de ces facteurs. Il y a donc bien, ainsi que le suggère R. Evans, un « quelque chose » d'immatériel lié à la place que chacun occupe dans la société qui pourrait contribuer à expliquer le gradient social de la santé⁶⁹.

69. *Être ou ne pas être en bonne santé, ibid.*

Que la nature de ce « quelque chose » ne soit encore connue que de façon très floue n'autorise cependant pas à nier son existence. Les enquêtes de Whitehall et de l'Alameda citée plus haut ouvrent en effet de nombreuses voies d'investigation : réseaux d'échanges avec les autres (famille, parenté, amis, collègues, etc.), satisfaction au travail, conscience d'utiliser au mieux ses capacités, maîtrise de son environnement, liberté de ses choix, estime des autres ou de soi-même, sens donné à sa propre vie, conscience de son utilité, dignité, etc. Tous ces domaines entrent dans la constitution de la palette des états mentaux favorables à une bonne santé. À l'inverse, les états psychologiques « négatifs » : absence de respect des autres ou de soi-même, honte, mauvaise image de soi, solitude subie, travail inintéressant, absence de perspectives personnelles, etc. sont autant d'éléments de stress et de souffrance qui accroissent la vulnérabilité. Il est clair que ces éléments sont inégalement répartis dans la hiérarchie sociale.

Il s'agit ici du domaine de la personne symbolique, c'est-à-dire ce qu'il y a de plus humain dans l'homme. *Que le respect, la dignité, le sens que l'on donne à sa vie, soient des facteurs majeurs de bonne santé et qu'à l'inverse le mépris subi, la honte et le sentiment d'inutilité, peuvent induire une mauvaise santé, voilà, dans le domaine de la santé, des idées neuves dont l'exploration pourrait s'avérer extrêmement riche pour la compréhension des inégalités de santé.* On est donc loin de la conception purement « matérialiste » des effets de l'environnement qui seraient limités aux accidents et à l'introduction de substances étrangères dans l'organisme : germes, virus ou parasites, tabac, alcool, drogue, aliments défectueux, fibres d'amiante, fumées industrielles ou pollution aérienne, nitrates et pesticides, etc. Bien entendu, ces substances étrangères à l'organisme sont d'authentiques déterminants de la santé. Mais ce sont des facteurs spécifiques, c'est-à-dire qu'ils ont des conséquences pathologiques clairement identifiées (par exemple tabac/cancer du poumon ou alcool/cirrhose). À l'inverse – et c'est l'une des hypothèses fortes de ce rapport – *les stimuli affectifs négatifs (non matériels), peuvent tuer, mais de façon non spécifique, car en augmentant la vulnérabilité ils peuvent contribuer à la genèse de maladies très diverses.* Ceci est d'autant plus important que **la plupart de ces stimuli négatifs sont socialement induits.**

Au-delà de tous les déterminants socio-économiques, environnementaux ou comportementaux qui contribuent à l'état de santé, qu'il soit individuel ou collectif, on est donc aujourd'hui fondé à rassembler ces stimuli affectifs négatifs sous le vocable de « **souffrance psychique** » et à avancer l'idée que celle-ci est **l'un des**

déterminants majeurs de l'inégalité devant la maladie et la mort.

Et si les grands thèmes de la souffrance humaine n'ont pas changé depuis des siècles, ils ont évolué au point que de nos jours la souffrance c'est aussi : l'impossibilité de choisir son destin, le déterminisme de la ségrégation scolaire, la dépersonnalisation, la solitude au milieu de la multitude, la destruction du noyau familial, la ségrégation par catégories sociales et par âges, la dissolution du tissu communautaire mais aussi les inégalités de santé, de revenus, d'éducation, de loisirs, de libertés qui engendrent frustration et indignité, sans oublier le racisme.

On voit que cette conception fait remonter *très en amont* la cause de la souffrance. Bien des démonstrations restent encore à apporter pour la confirmer et en démonter les éventuels mécanismes. Mais tout porte à croire qu'elle fournit une base d'interprétation singulièrement intéressante de la mortalité et de la morbidité différentielles des diverses catégories socioprofessionnelles. Et il est parfaitement démontré qu'à ce gradient de santé physique dans nos sociétés se superposent un gradient de liberté – notamment dans le domaine de l'organisation et de l'intérêt de son travail – et un gradient d'éducation. Ainsi apparaît un effet cumulatif de facteurs négatifs sur les classes défavorisées : les salaires les plus bas, la santé physique la plus fragile, le travail le plus astreignant, l'éducation la moins poussée, la mortalité la plus forte. Cela va de pair avec le constat, fait par bien des médecins du travail, de l'usure et du vieillissement prématurés de certaines catégories de travailleurs, ou des constats effectués par les pédiatres sociaux dans le quart monde.

« La maladie est un point d'aboutissement. Aboutissement d'un processus qui ne serait pas limité à l'étiologie et la pathologie telles que les conçoit la recherche médicale, comme le sont le virus de l'hépatite virale, l'hyperlipidémie des artériopathies, ou le dérèglement de la surveillance immunitaire dans l'allergie. Bien que cet aspect de la maladie soit amplement démontré, il se peut que la maladie doive être replacée dans une histoire. Et, à l'histoire naturelle d'une maladie devrait être substituée l'histoire du sujet malade. Dans cette perspective, c'est le contexte dans lequel évolue le processus pathogène qu'il s'agit d'analyser, contexte où il faut faire ressortir les obstacles auxquels se sont heurtés et contre lesquels ont échoué les systèmes de défense que le sujet aurait dû mettre en œuvre pour lutter efficacement contre le processus pathogène. De sorte que la maladie ne résulterait plus de sa seule étiologie médicalement démontrée,

mais de l'action convergente des contraintes qui ont neutralisé les défenses du sujet, qui auraient pu s'opposer à l'évolution de la maladie. La prévention consisterait alors à desserrer les contraintes qui empêchent le sujet de lutter pour rétablir son équilibre psychosomatique ; en termes plus techniques, à s'attaquer aux contraintes qui entravent le jeu spontané des régulations homéostatiques.

L'analyse doit donc porter en amont de la maladie, sur le sujet, son environnement physique, chimique et biologique, son environnement relationnel et psychoaffectif, et son environnement social enfin, en privilégiant son histoire personnelle depuis son développement et sa maturation postnatale, jusqu'à son vieillissement et sa désorganisation progressive dont le terme est la mort. Une telle analyse suppose, par conséquent, de faire porter l'effort d'investigation sur ce qui précède l'état du sujet malade. De nombreux arguments montrent que cette investigation est possible, et qu'avant la maladie, il n'y a pas que le silence, l'absence de signe repérable, mais bien des états reconnaissables avant qu'advienne la pathologie macroscopique : nous parlons ici de la souffrance. Une conception nouvelle de la prévention passe donc par une étape préalable : *le diagnostic clinique de la souffrance*.

...

« On pourrait peut-être considérer que par ce détour on s'éloigne indûment de la prévention. Il n'en est malheureusement rien. Car la limitation des libertés et l'inégalité devant les règles implicites de la cité pèsent très lourd dans le jeu des contraintes qui enrayent les systèmes de défense contre l'évolution de la maladie. On en aura pour preuve non seulement l'inégalité des sujets devant l'utilisation des appareils de soins et de secours (hôpitaux, médecine spécialisée, Sécurité sociale, surveillance des grossesses, etc.) attestée par des chiffres, mais avant cela devant le libre usage du corps et de l'espace dans le travail et hors travail. Car le droit au loisir, c'est-à-dire au temps libre, en dehors du travail et du temps nécessaire à la récupération, est inégalement disponible en fonction des classes sociales. Le loisir, mais aussi le libre jeu du désir et du plaisir, se trouve inégalement enrayé, et personne ne niera que les frustrations durables de plaisir aient au bout du compte des traductions psychiques et somatiques ».

C. Dejours, in *Pour une politique de prévention*, Rapport au ministre de la Santé, 1982.

La satisfaction dans la vie comme déterminant de la bonne santé

Il faut rappeler ici une fois encore que l'intuition spontanée du discours populaire qui lie la santé à l'épanouissement, au bonheur, ou à la satisfaction dans sa vie est absolument validée par l'analyse épidémiologique. Le stress, par exemple, n'est jamais à lui seul un déterminant suffisant pour expliquer les inégalités face à la santé. De nombreux responsables d'entreprise, ou cadres supérieurs, accomplissent souvent un labeur épuisant, qu'on peut être tenté d'appeler « stress », sans que leur santé s'en trouve significativement dégradée, mais dans des conditions de valorisation de soi, qui permettent de comprendre la mortalité paradoxalement faible de cette catégorie sociale. **Toutes choses égales par ailleurs, la qualité de la vie, et la satisfaction qu'elle procure, sont des déterminants fondamentaux de l'état de santé. Et pour une frange importante de la population française, cette qualité et cette satisfaction sont aujourd'hui largement menacées sinon entamées.**

Déterminants de la santé et situation de précarité

Les études écologiques et épidémiologiques rapportées précédemment concernent une société relativement stable et solide, dont l'objectif apparemment consensuel était un enrichissement équitablement réparti. Des lois sociales solides semblaient pouvoir protéger la dignité de chacun et le respect qui lui était dû. En dépit des apparences, cette société cachait cependant de fortes inégalités, de santé notamment. Elles n'étaient pas perçues ni par l'opinion, ni par les professionnels, ni par les politiques. Et les premières révélations sur les inégalités sociales devant la mort n'ont d'abord rencontré qu'un scepticisme poli.

L'influence de la précarité sur les déterminants

Les faits présentés concernent l'effet des facteurs sociaux et économiques sur la santé, qui peuvent se résumer ainsi :

- une société se porte d'autant mieux qu'elle produit davantage de richesses et qu'elle les répartit de la façon la plus équitable ;
- même dans des sociétés qui ne connaissent la grande pauvreté que de façon marginale, et qui sont stables, on enregistre d'énormes inégalités de santé selon la position des sujets dans l'échelle sociale. On se porte d'autant mieux qu'on est plus haut situé ;

- il semble que le niveau social lui-même joue un rôle important dans la constitution de ces inégalités, en raison de la répartition très inégale des biens symboliques que sont l'autonomie, la dignité, l'intérêt et le sens de la vie ;
- la pauvreté vécue et ressentie, c'est-à-dire au-delà des privations diverses qu'elle entraîne, est aussi en elle-même un facteur de mauvaise santé ;
- les événements péjoratifs de la vie personnelle sont également des facteurs de mauvaise santé.

La société française connaît aujourd'hui une situation entièrement nouvelle. Elle vit une période d'instabilité *a priori* paradoxale. Alors que la nation continue de s'enrichir de façon continue, – quoique à un rythme moins soutenu que durant les « trente glorieuses » – une fraction importante et croissante de la population se trouve exclue de cet enrichissement et même s'appauvrit de façon rapide et souvent profonde. Alors qu'on n'a jamais tant produit et exporté, les emplois se raréfient, le chômage explose, les conditions de travail deviennent de moins en moins supportables, les salaires fondent, les lois sociales se fragilisent, les liens sociaux s'effritent. Il se crée sous nos yeux un nouveau type de société dont personne ne peut prévoir quelle place elle donnera aux déterminants à la fois matériels et immatériels de la santé. Comment les notions développées précédemment peuvent-elles s'appliquer à cette situation nouvelle ?

- les inégalités structurelles sont remplacées par des *inégalités dynamiques et rapidement évolutives* ;
- la pauvreté n'est plus un état stable réservé à une minorité de la société, mais apparaissent des phénomènes évolutifs de *pauvèrisation* ;
- ces phénomènes dynamiques peuvent concerner des personnes qui proviennent de situations sociales très diverses bien que de façon très inégale (ils frappent avec une probabilité beaucoup plus forte les classes antérieurement les moins favorisées) ;
- les victimes de ces processus de fragilisation et de pauvèrisation font l'expérience de multiples ruptures (travail, famille, logement) qui sont autant d'événements de vie à caractère péjoratif ;
- la connaissance ou la crainte de leur inutilité sociale met en cause leur estime personnelle, et porte atteinte à leur dignité et au sens même de leur existence.

Les personnes en situation de précarité accumulent ainsi un nombre variable de facteurs de risque, mais dans un contexte rapidement évolutif. Comment ceux-ci se combinent-ils ? Il est possible, et même vraisemblable, que ce caractère dynamique va être un facteur d'aggravation à court, moyen, ou long termes. Cette situation dynamique exaltera-t-elle, ou au contraire affaiblira-t-elle, les capacités personnelles de faire face ? Seule l'évolution dira l'étendue des conséquences, leur nature, leur chronologie. Il est cependant raisonnable, à défaut de preuves contraires, de faire l'hypothèse que si dans une société stable où les moins riches ne sont pas de grands pauvres, les inégalités sociales entraînent des inégalités de santé massives, combien plus *a fortiori* ces inégalités peuvent être renforcées dans une société où les liens sociaux se distendent, où la fracture sociale devient béante et où la dignité des personnes n'est plus une valeur reconnue. L'aggravation des conditions sociales, jointe à l'accumulation d'événements de vie néfastes qu'elle entraîne, ne peuvent que provoquer un accroissement massif des inégalités antérieures, sociales, économiques, et sanitaires.

La souffrance psychique

Un des fils conducteurs pour la description de ces transformations de l'état de santé sous l'effet des processus de précarisation est celui de *souffrance psychique*. Tous les acteurs de terrain qui côtoient les personnes en difficulté sont unanimes à considérer ce symptôme comme central, par son intensité et sa fréquence.

On est loin de la représentation donnée par les médias de la pauvreté et de la précarité qui tend, presque spontanément, à évoquer l'augmentation de maladies organiques à fort contenu émotionnel et symbolique comme le scorbut (qui est exceptionnellement rare), la tuberculose (qui est en régression depuis quelques années) ou encore les maladies cutanées. **Cette image des « pauvres » contribue à naturaliser la pauvreté et à la maintenir à distance, tout en gommant la dimension de santé publique des problèmes. Cette image est bien sûr grossièrement erronée. Et la réalité est beaucoup plus inquiétante. Car l'augmentation de la précarité et le déficit croissant des sécurités sont synonymes d'une augmentation de la vulnérabilité liée à cette souffrance. C'est essentiellement à travers elle que la précarité devient alors en elle-même un facteur de surmorbidity et de surmortalité.**

La précarité, un combat quotidien

La situation de précarité est avant tout un combat contre des agressions dont la diversité a été soulignée : manque d'argent indui-

sant déséquilibres de l'alimentation, économies sur le chauffage ou les vêtements, débrouille perpétuelle entre les huissiers et les banques, violence au sein du monde du travail, menace perpétuelle du chômage, dédain ou éloignement de l'environnement familial ou social, environnement urbain dégradé, et souvent même souvenir de violences subies dans l'enfance, poids de situations d'échec scolaire et de déqualification sociale. Tous ces facteurs ne sont pas toujours réunis, mais plusieurs convergent généralement pour établir la situation de précarité.

Au-delà des effets directs sur la santé de ces situations, bien souvent extrêmement négatifs, il faut se représenter la lutte perpétuelle que représente un tel mode de vie. *« L'effort demandé aux personnes pour s'insérer est en général bien supérieur à celui qui est demandé aux personnes bien insérées socialement : l'effort d'accès à un monde de travail qui n'est pas a priori un facteur d'épanouissement personnel, la gestion de budgets familiaux très serrés, l'éducation d'enfants quand on ne dispose ni d'un espace, ni d'activités adaptés, la confrontation avec un monde aux règles différentes de la culture dans laquelle avaient été élevées ces personnes, notamment le soutien de la communauté de travail qui était constitutive de la culture ouvrière, et aussi la complexité des procédures administratives, d'accès aux droits pour des personnes en situation d'instabilité ou de précarité. À ces difficultés liées aux changements des conditions de vie et notamment de travail, s'ajoute souvent une difficulté supplémentaire née de l'effort d'insertion développé par les dispositifs sociaux : tout se passe comme si des démarches complexes comme celle du contrat, du projet (d'emploi, de formation, de vie) étaient requises essentiellement des personnes les plus marginales. Or, quand le contrat n'implique plus un engagement réciproque, celui de l'ensemble du corps social d'offrir une place d'insertion, celui du cocontractant de faire un effort pour parvenir à tenir cette place, mais que le contrat se réduit à une injonction paradoxale à atteindre ce que la société n'est pas en mesure d'offrir, un emploi pour tous ceux qui veulent travailler, un logement pour tous ceux qui acceptent de le payer selon leur capacité, un effort de formation adapté aux capacités et aux besoins des usagers, il devient un instrument d'éviction plus que d'insertion. Paradoxalement, ce sont les jeunes qui ont le moins de possibilité de choix, de formation, de métier, de mode de vie, qui sont sommés de construire un projet de formation et de s'y tenir. L'ensemble de ces contraintes renforce le malaise des populations les plus démunies⁷⁰. »*

70. Lazarus A. et Strohl H., « Pauvreté, précarité et pathologies mentales. Une souffrance que l'on ne peut plus cacher. », Délégation interministérielle à la ville/ DIRMI, 1996.

Pour les personnes ayant traversé une période de chômage, cet épuisement est immédiatement perceptible, comme en témoignent en particulier les statistiques d'accidents du travail dans les trois mois qui suivent l'embauche. Plusieurs spécialistes ont d'ailleurs tenté d'en rendre compte : « *Cette fatigabilité est perceptible lors du retour vers la vie active ou semi-active. Elle n'est pas due seulement à des carences alimentaires ou/et aux effets de l'alcool ou des drogues (...). Elle est plus d'origine psychologique et elle est liée à l'état de tension permanente dans lequel vit l'exclu lorsqu'il essaie d'effondrer le mur de l'indifférence dont il s'entourait pour se protéger des contacts (...). Beaucoup d'exclus qui ont galéré sont littéralement épuisés après quelques semaines de travail, même à temps très partiel. Il faut le savoir et en tenir compte pour éviter de leur en demander trop et de les voir plonger dans la maladie, ou se désespérer de flancher et finir par croire qu'ils ne sont réellement pas capables de mener une existence normale*⁷¹. »

L'épuisement dans ce combat contre un « provisoire qui s'éternise », la lutte sans espoir contre des systèmes de « double contrainte⁷² » dans lesquels sont enfermées des personnes vivant des révoltes politiquement inexprimables ou des situations bouleversant tous leurs codes de valeurs, la lutte quotidienne pour ne pas glisser sur une pente qui rapproche chaque jour de l'exclusion n'érodent pas simplement le capital psychique : c'est le corps lui-même qui s'use et qui atteint ainsi des états de vulnérabilité aux maladies que les contraintes d'environnement et de comportement associées à l'exclusion ne pourront qu'aggraver.

Le couple honte/mépris et la perturbation de l'image de soi

Au-delà de l'épuisement qu'engendre le combat quotidien contre la précarisation, la déqualification sociale qui l'accompagne induit une dégradation de l'image des personnes en situation précaire, à leurs propres yeux comme dans le regard de leurs proches ou des autres. Une fois encore, cette situation est plus aisée à observer dans le cas des personnes connaissant une véritable exclusion, mais ces stigmates, plus ou moins nuancés, peuvent être étendus à toute personne vivant une situation précaire.

L'exclusion – mais aussi le chômage et la grande précarité – est indissociable d'un sentiment de honte qui, pour être parfois dénié,

71. Maisondieu J., *La Fabrique des exclus*, Paris, Bayard, 1997, pp. 92-93.

72. Ces deux notions proviennent du travail collectif dirigé par Pierre Bourdieu, *La Misère du monde*, Paris, Seuil, 1993.

caché ou transformé en défi, n'en est pas moins omniprésent et pernicieux. Notre société est bâtie pour les inclus, qui se définissent précisément dans leur rapport aux exclus. « *La honte fait le lit d'une souffrance psychique difficile à supporter et impossible à partager avec quiconque, dans la crainte de son mépris*⁷³. » Inavouable, cette honte ronge celui qui se trouve projeté aux marges de la société, et le conforte dans des stratégies d'isolement et de fuite. Cette honte s'accompagne habituellement d'autres affects désagréables : « *Le sentiment d'injustice, le vécu d'impuissance, la rage de subir et l'absence de perspectives de changement forment un magma douloureux dans lesquels les mouvements de révolte alternent avec les mouvements d'accablement*⁷⁴. » Plus pathétique encore, les jeunes interrogés par l'équipe de sociologues de P. Bourdieu, trouvant les filles de leur banlieue bien intéressantes puisqu'elles sortaient avec des types comme eux. On observe dans les lieux où s'entasse la misère, un véritable « *désespoir de soi*⁷⁵ ». Une telle configuration psychique, outre la souffrance réelle qu'elle représente en tant que telle, occasionne une véritable déprime immunitaire qui fragilise l'individu et le rend vulnérable à toutes sortes d'affections.

Ce sentiment est renforcé par les réactions des inclus qui, par rejet instinctif, par crainte de subir un jour les mêmes processus que les précaires, ou par incapacité à établir une relation fondée sur une juste distance, renvoient, souvent inconsciemment, une image de mépris, de rejet ou de fuite aux personnes sur qui pèsent ces handicaps. Un point d'application d'une politique de santé face à la précarité ne peut à l'évidence se limiter à la lutte contre les effets objectifs et quantitativement mesurables, puisque pour beaucoup, les jeunes notamment, le « capital-santé » encore important semble les protéger des effets les plus visibles de la dégradation de l'état de santé. **C'est à des problèmes qualitatifs, qui entraînent une érosion invisible mais inéluctable de la santé, qu'il faut aussi s'attacher.**

Le mal-être apparaît donc comme un symptôme majeur de l'état de santé des personnes précarisées et tout particulièrement de leur comportement. Dans bien des cas, ce mal-être peut prendre une forme extrême et aller jusqu'à la souffrance psychique. Bien entendu, cette vision très psychologique ne peut faire oublier les problèmes somatiques (troubles visuels, auditifs, dentaires, alcoolisme, malnutrition, etc.). Leur traitement est indispensable,

73. Maisondieu J., *op. cit.*, p. 86.

74. *Ibid.*, p. 89.

75. Bourdieu P., *op. cit.*, p. 86 et p. 714.

mais il ne prendra sa pleine efficacité que s'il est articulé à la prise en compte globale de la vie subjective et sociale des personnes.

***Mal-être et souffrance psychique :
symptômes et déterminants de l'état de santé***

Mal-être et souffrance psychique représentent des notions difficiles à cerner, mal identifiées, mais pesantes et perturbantes. Comme telles, elles peuvent être rejetées par une vision positiviste : « *je ne sais pas le définir, donc ça n'existe pas* ». Malgré tout, ce concept semble indispensable pour comprendre la réalité quotidienne des personnes : les « symptômes » personnels et sociaux sont à la fois l'expression de cette souffrance et des facteurs de son aggravation. Mais la difficulté à cerner le concept produit chez les différents intervenants une inquiétude voire bien souvent un désarroi devant l'inefficacité des différents outils techniques et sociaux dont ils disposent. La précarité ne rend donc pas malheureux seulement les personnes précarisées, mais diffuse largement ses effets au-delà des couches directement concernées. La souffrance est bien entendu rendue plus visible avec l'augmentation de la précarité, et de nombreux exemples montrent que certaines situations sont particulièrement graves. Il importe pourtant, tout en cherchant à soulager autant que possible les victimes de ces situations, de conserver à l'esprit qu'elles ne représentent que la partie la plus visible d'une population vulnérabilisée, et, en particulier, qu'une fraction très importante des adolescents et des jeunes adultes subit aujourd'hui des phénomènes de même nature, si ce n'est de même degré. Comme il a déjà été souligné au chapitre précédent, cette omniprésence de la souffrance doit être considérée comme un déterminant à part entière de la dégradation de l'état de santé.

***Mal-être et souffrance psychique
sont également des problèmes de santé***

Mal-être et souffrance psychique sont des problèmes de santé à part entière ne serait-ce qu'en raison de la définition de la santé donnée par l'OMS : « *état de complet bien-être physique, mental et social* », et qui « *ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité* ». Dans cette perspective, toute politique de santé doit viser au mieux-être de la population, c'est-à-dire contribuer à réaliser les conditions objectives les meilleures (éducation, travail, logement, justice, etc.), pour que cet objectif de bien-être soit le plus possible approché pour le plus grand nombre. La souffrance psychique des personnes en état de précarité est peut-être à moyen et à long termes une cause de pathologies orga-

niques diverses. Toutes les raisons de penser qu'une souffrance chronique entraîne une vulnérabilité accrue, en minant les capacités protectrices du système immunitaire ont été exposées. Une telle hypothèse est suffisamment forte pour qu'on puisse inverser la charge de la preuve et attendre la démonstration de ceux qui penseraient que la souffrance ne réduit pas l'efficacité du système immunitaire.

***La souffrance psychique :
une forme nouvelle de la pathologie mentale ?***

Peut-on considérer ces formes émergentes de souffrance psychique comme de véritables pathologies mentales ? Cette question est étudiée de façon assez complète dans le rapport *Pauvreté, précarité et pathologies mentales*⁷⁶. En fait, le débat se pose de la façon suivante : il est maintenant acquis que dans une population défavorisée, la fréquence des troubles psychiques sévères (manifestations d'anxiété, phobies, dépression majeure), est beaucoup plus grande que dans la population générale (à titre d'exemple, les symptômes évoquant une dépression sévère surviennent avec une fréquence de près de 20 % chez des hommes RMIstes contre moins de 3 % en population générale). En écartant le rôle, non nul mais insuffisant pour expliquer de telles variations, d'un regard parfois prompt à médicaliser la souffrance sociale⁷⁷, deux attitudes sont possibles : considérer qu'il s'agit de pathologies mentales authentiques, bien que n'entrant pas bien dans le cadre des pathologies répertoriées, ou y voir des manifestations réactionnelles – non injustifiées – aux conditions de vie particulièrement difficiles. De même, les tentatives de suicide – éventuellement réussies – sont-elles des expressions d'un syndrome dépressif majeur ou celles d'un désespoir lié à des conditions de vie jugées insurmontables ? Autrement dit, reste-t-on dans le cadre d'une pathologie psychiatrique « classique », éventuellement enrichie d'entités nouvelles, ou sommes-nous dans le domaine d'une socio-psychiatrie ?

Ce problème n'a pas, pour l'instant, de solution qui fasse consensus. Toutefois, on peut remarquer :

- que la fréquence des affections psychiques classiques lourdes (psychoses par exemple) n'est pas plus grande qu'en population générale ;
- que la perception des symptômes de la souffrance psychique n'est le plus souvent pas rapportée à des troubles mentaux ;

76. « Pauvreté, précarité et pathologies mentales », *op. cit.*

77. Maisondieu J., *op. cit.*

- que la demande de soins est beaucoup plus faible que dans la population générale (et plus particulièrement que dans la population professionnellement stable, non menacée par le chômage et souvent diplômée). Contrairement à cette dernière population qui consulte beaucoup pour des troubles « dépressifs », chez les populations précarisées, un sujet sur deux atteint de troubles dépressifs constatés n'a même pas consulté un généraliste.

Une autre façon d'aborder la question est d'examiner l'efficacité et l'adéquation des services psychiatriques institutionnels, vis-à-vis des populations précarisées. Il n'est pas contestable que ces services éprouvent d'importantes difficultés à mettre en place une politique de prévention, que souvent la collaboration des médecins avec les services sociaux est délicate et que la faiblesse de la demande spontanée de soins des personnes en difficulté n'est pas considérable (ils s'adressent plus volontiers au généraliste). Les médecins éprouvent des difficultés pour admettre que les sentiments et les comportements des personnes (honte, agressivité, conduite d'échec), ne sont peut-être pas intrinsèques à leur personnalité. Autrement dit, le poids d'une culture médicale centrée sur l'individu en soi et non pas sur l'individu dans la société, c'est-à-dire en fait l'absence d'une vision de santé publique, aboutit dans de nombreux cas à un échec de ces secteurs à prendre en charge la souffrance psychique des populations défavorisées et à une frustration et un désarroi des professionnels.

Ces différents éléments laissent penser que la souffrance mentale rencontrée dans les situations de précarité est largement déterminée par la gravité de la situation elle-même. Une prise en charge strictement médicale est ici impossible et même négative. Mais la souffrance est réelle et la médecine peut contribuer à la soulager. Les dispositifs adéquats devront donc faire place à un ensemble d'approches, incluant la médecine, et contribuant à une prise en charge globale des individus.

La prise de conscience des « sans » : un signe de santé ?

Jusqu'à une période récente, ignorés par les discours sur la mondialisation, la nécessaire flexibilité de l'emploi et les chiffres du chômage, les phénomènes de précarité et de pauvreté étaient – ou surtout semblaient – vécus par ceux qui les subissaient, avec une apathie apparente, une résignation, voire un fatalisme qui en eux-mêmes étaient probablement la marque d'un profond désarroi et donc d'une authentique souffrance. Mais voilà qu'aujourd'hui ceux qui s'appelaient eux-mêmes les « sans » : « sans papiers »,

« sans travail », « sans toit », « sans droits », « sans voix », « sans identité » relèvent la tête et occupent le centre de la scène médiatique. « *Les gens veulent reprendre leurs droits, tout ce qu'on leur a volé*⁷⁸. » Cette protestation est un signe doublement favorable : ceux qui se rebellent retrouvent du sens à la vie, ils retrouvent les liens avec eux-mêmes et avec les autres, ils rompent leur isolement, ils en ont assez d'avoir honte. Ils sont donc – au sens de ce rapport – en meilleure santé. Cette réapparition des « *laisés-pour-compte* » peut être aussi le signe d'une perception inconsciente d'un renouveau social et économique dont les « *chômeurs en action* » n'entendent pas être les spectateurs passifs et oubliés. De cette manière ils témoignent également de leur capacité de résister au renoncement qu'induit trop souvent la souffrance psychique.

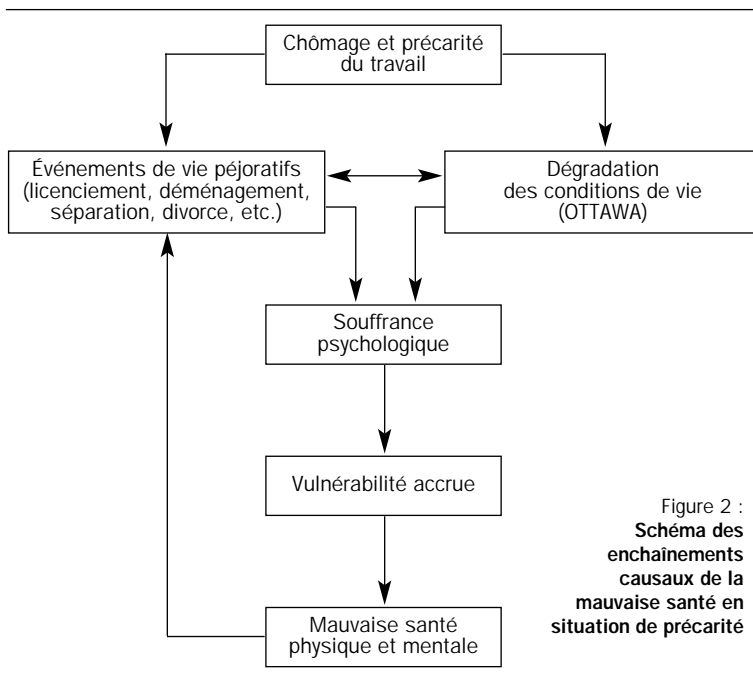


Figure 2 :
Schéma des enchaînements causaux de la mauvaise santé en situation de précarité

78. « Les chômeurs rebelles d'Arras », *Le Monde*, 14 janvier 1998.

Ces déclassés sociaux, mal dans leur peau mais non franchement malades, brisés par la vie, coincés dans leurs familles ou rattrapés par la crise, relancent l'éternel débat : *est-ce l'exclusion qui malmenè les esprits ou est-ce la souffrance psychique qui favorise l'exclusion ?* Bien qu'indécidable en ces termes, cette alternative resurgit avec force parce que l'alibi de la maladie mentale ne fonctionne plus aussi bien et que l'hôpital renonçant à sa tradition séculaire d'hospitalité ne veut plus et ne peut plus servir d'asile aux victimes de la société...

La misère qui pousse à la maladie relève du département et la maladie qui conduit à la misère est du domaine de l'État. Entre les deux c'est rarement le parfait amour et, en matière de psychiatrie sociale, où État et département devraient marcher la main dans la main, les conflits de compétence sont souvent au premier plan. Ils ne facilitent pas la mise en place de solutions adaptées aux problèmes posés par ces nouveaux exclus.

Les travailleurs sociaux de terrain qui reçoivent donc ces exclus, rencontrent des gens qui ne sont pas bien-portants mais qui ne sont pas malades et qui, manquant d'aisance, boivent pour se donner une contenance. Ils sont tentés de les orienter vers la psychiatrie dans l'espoir d'un peu d'aide car ils perçoivent bien qu'un projet d'insertion ne peut réussir qu'avec un partenaire en assez bonne forme et car ils ne sont pas toujours à l'aise avec ces individus qui n'ont pas de vraie place dans la société et qui en souffrent visiblement. Ils sont régulièrement déçus car non seulement les psychiatres qui craignent de faire du social ne tiennent pas trop à rencontrer ces clients d'un nouveau genre, alors qu'ils ont déjà fort à faire avec ceux du secteur, mais en outre leurs clients ne veulent pas non plus rencontrer les psychiatres, ils ont assez de soucis avec leur « galère » et ne veulent pas en plus être pris pour des fous.

Pourtant, il va falloir que les choses changent et que tout le monde accepte de travailler ensemble. À observer d'un peu près *le flot montant des gens malmenés par la société*, il devient évident, pour qui est un peu honnête, que les difficultés psychiques liées à l'exclusion s'ajoutent à celles qui sont liées à la personnalité de l'exclu mais qu'elles ne se contentent pas de s'additionner. Elles s'étayent pour se renforcer mutuellement et multiplier les problèmes de l'exclu aussi bien dans le domaine social que dans le domaine psychique.

Cette *croissance exponentielle de la souffrance psychologique* de ceux qu'elle atteint fait de l'exclusion moderne une forme maligne de l'exclusion ordinaire. Ce n'est plus une simple mise à l'écart dans le concert social, ce n'est plus une expulsion ou un enfermement, *c'est*

un déclassement et une mise au rebut. L'exclu n'est pas seulement privé de place, il est en plus dévalorisé puis nié comme sujet digne d'échanges authentiques avec les autres citoyens.

Véritable acide qui érode la socialité, l'exclusion ronge l'estime de celui qu'elle touche et accroît le mépris des autres à son égard jusqu'à briser les liens de la fraternité sans laquelle il ne peut y avoir de démocratie digne de ce nom. Aujourd'hui l'exclu a le droit de vivre mais il ne peut pas exister, ce qui le met dans une situation paradoxale parfaitement pathogène dans laquelle il ne lui est pas dit mais il lui est signifié : « Vous êtes comme tout le monde, mais vous n'êtes pas pareil aux autres, les inclus, les vrais citoyens, puisque vous êtes un exclu. »

Subtile exclusion que l'exclusion moderne, elle ne chasse pas au-delà des frontières ou derrière les murs des asiles et des prisons, elle laisse les gens dans la rue. Elle se contente d'atteindre le sujet dans sa dignité pour le faire vivre dans la honte de qui se méprise et est méprisé de n'être pas comme tout le monde un inclus avec un domicile fixe et un travail. Dégoûté de lui parce qu'il est exclu, dégoûtant les autres qui le dégoûtent de l'exclure, celui que l'exclusion atteint s'enferme en lui, en dedans de son exclusion qui l'enveloppe, comme pour s'en protéger. Obligé de galérer au lieu de vivre, il se ferme à tout pour se protéger des coups du sort et des émotions. Pour ramer sans faiblir, il se veut sans projet et sans cœur. Pour ne pas être traumatisé ni atteint dans son affectivité, il se ferme tellement aux événements extérieurs et aux rencontres possibles que sa réinsertion devient de plus en plus problématique au fur et à mesure que la durée de son exclusion s'allonge et que les stages, les petits boulots, les CES alternent de façon désespérante et chronique avec des temps de chômage, de RMI ou de travail au noir.

« Tais-toi et rame » semble lui dire la vie. « Dis-moi tes projets et signe un beau contrat » lui propose l'instructeur du RMI. Il y a fort à parier qu'entre deux le malentendu sera grand et que le travailleur social sera tenté de voir, au mieux un malade, au pire un paresseux, là où il n'y a qu'un malheureux qui fait ce qu'il peut pour survivre alors qu'il n'a pas ce qu'il faut pour vivre. Comment pourrait-on parler et sourire lorsqu'il faut serrer les dents pour tenir ? L'exclu est pris à la gorge par la réalité. Il a besoin des travailleurs sociaux pour desserrer son étreinte et de la psychiatrie pour réapprendre l'usage des mots.

Extrait de *De la détresse sociale à la souffrance psychique, quelle action pour la psychiatrie*, Jean Maisondieu, 1996.

Protection sociale et système de soins : les conséquences de l'absence d'universalité

À ceux qui sont susceptibles d'appréhender identiquement le temps, en mesure de forger les décisions concernant l'avenir, d'opérer les choix raisonnables qui s'imposent dans une commune évidence, il est rappelé que certains ne sont plus en mesure de se représenter leur existence comme une continuité précisable. Les sans emploi, sans abri, sans espoir sont aussi, à leurs propres yeux, des sans avenir et presque des sans raisons, non qu'ils aient perdu leurs facultés intellectuelles, mais parce que l'écrasement où ils subsistent ne laisse pratiquement plus aucune place à l'usage de la pensée logique.

Pierre Bourdieu

La protection sociale : un empilement de dispositifs de plus en plus complexes

Le système de protection sociale français, pris dans son ensemble ou limité à la seule prise en charge de la santé, se caractérise par son extrême complexité. Cette situation est paradoxale, puisqu'à plusieurs moments de son histoire contemporaine, dont on peut situer l'origine dans le « Plan de sécurité sociale » de 1945, des

ambitions de cohérence, de mise en ordre et de rationalisation se sont affirmées. Tout d'abord, dès l'origine, le choix même du concept de « Sécurité sociale », emprunté au programme britannique du même nom et préféré à la notion « d'assurances sociales » était lié sans aucun doute à une volonté de construction cohérente et globale d'un dispositif destiné à sortir tous les membres de la collectivité du « besoin » ; le système avait donc clairement vocation à l'universalité. Ensuite, confronté aux contraintes du réel et aux résistances opposées à la logique de globalisation et de cohérence, le système de protection fut en permanence animé de tentatives de mise en ordre, et dans le chaos d'incessantes réformes ou modifications de plus ou moins grande ampleur, s'insinua constamment une recherche de réorganisation et d'extension qui revivifiait périodiquement l'inspiration initiale. Enfin, dans les périodes les plus récentes, et face à des défis qui semblent remettre en cause les fondements même de la protection sociale à la française, la thématique récurrente de la nécessaire rationalisation du système fait un retour en force.

On est donc face à un dispositif, qui tout à la fois tente constamment de se penser comme homogène, global et en voie d'universalisation, tout en mettant en œuvre dès l'origine des logiques de segmentation, d'accumulation de dispositifs et de différenciation des bénéficiaires. Une tension entre l'ordre toujours recherché et le désordre qui en résulte y est en permanence à l'œuvre. C'est cette dialectique fondamentale qui sous-tend la structuration et l'évolution de notre système de protection.

Pour en rendre compte, on peut distinguer trois périodes dans l'évolution de la protection : la période des origines où, sous l'ambition de cohérence et de généralisation, c'est en fait un ensemble segmenté qui peu à peu s'institue ; la période de l'extension du système pendant laquelle on tente de rationaliser et d'harmoniser tout en étant en fait conduit à instituer de nouveaux dispositifs ; enfin la période actuelle où à la crise organisationnelle s'ajoute la remise en cause des fondements.

Un objectif initial ambitieux : de la protection des travailleurs à celle de l'ensemble de la population

Sous l'influence d'expériences étrangères (Social Security Act de 1935 aux États-Unis, Système de protection sociale de 1938 en Nouvelle-Zélande ou encore « Plan Beveridge » de 1942 en Angleterre), sous la pression de la situation démographique et du contexte économique désastreux de l'après-guerre et à la faveur d'une conjoncture politique favorable (mise en œuvre du programme de la Résistance), la France se dota avec l'ordonnance du 4 octobre 1945 d'un système de sécurité sociale.

Ce texte fondateur s'ouvrait par la définition de finalités ambitieuses puisqu'il proposait d'instituer « *une organisation de la sécurité sociale destinée à garantir les travailleurs et leurs familles contre les risques de toute nature susceptibles de réduire ou supprimer leur capacité de gain, à couvrir les charges de maternité et les charges de famille qu'elles supportent* ». Il s'agissait donc, sous la réserve très importante que les bénéficiaires originaires sont « les travailleurs et leurs familles », de mettre en place un régime général de protection susceptible de faire face à un certain nombre de risques ou d'aider à certaines charges affectant soit la capacité de gain, soit les ressources des bénéficiaires. Ce qui était clair aussi, tout au moins dans l'esprit des fondateurs, c'est que **ce dispositif avait vocation à s'étendre, à partir du noyau central constitué par les salariés, à l'ensemble des catégories professionnelles et, par l'extension des droits dérivés, à l'ensemble de la population.**

Ainsi, dans son principe et dans sa conception, le régime des salariés, justement appelé « le régime général » devait accueillir les autres régimes de protection, apparus avant lui et propres à certains groupes professionnels, « les régimes spéciaux ». Il devait également rendre sans objet les institutions mutualistes existantes, étendre sa protection à toutes les catégories de travailleurs (les non-salariés) et enfin, par le jeu de son extension, rendre inopérants les mécanismes assistanciers. Cependant, dans tous ces secteurs des difficultés apparurent et la généralisation du système ne put se réaliser comme prévu.

Les premiers pas de la logique d'empilement des dispositifs

Dès les premières années, entre 1945 et 1958, des obstacles de nature catégorielle apparurent et conduisirent à un certain nombre d'échecs de la vocation initiale d'universalisation du système de protection sociale. Tout d'abord, **les premières tentatives de généralisation se heurtèrent à la résistance des professions indépendantes** (loi du 22 mai 1946 généralisant la Sécurité sociale pour les agriculteurs, artisans et commerçants) qui refusèrent d'être intégrées dans un régime légal d'assurances obligatoires. Une seconde tentative, réduite à la question des retraites des indépendants échoua également (loi du 13 septembre 1946). Non seulement ces professions refusèrent de rejoindre le régime général mais elles demandèrent et obtinrent la création de régimes autonomes d'assurance vieillesse, porte ouverte à la juxtaposition, à côté du régime général, d'institutions spécifiques (loi du 17 janvier 1948 complétée par la loi du 10 juillet 1952). Dans le même temps, les régimes spéciaux créés pour des catégo-

ries de salariés (mines, chemin de fer, transport maritime, etc.) furent maintenus pour faire droit aux revendications de ces groupes qui craignaient que leur insertion dans le régime général ne porte atteinte à des avantages acquis (décret du 8 juin 1948). De plus, lorsque l'extension se réalise, elle emprunte parfois la voie consistant à créer des régimes administratifs propres : il en est ainsi pour les fonctionnaires civils (loi du 9 avril 1947), les étudiants (loi du 23 septembre 1948), les écrivains (loi du 12 avril 1949), les invalides, orphelins et veuves de guerre (loi du 19 juillet 1950). Ce mouvement se poursuivra d'ailleurs dans les années soixante pour les artisans du spectacle, les journalistes et les artistes.

Ensuite, un mouvement aux effets considérables pour l'avenir va se développer à propos des retraites. Le principe que doit à peu près tenir un régime de retraites, quels qu'en soient les mécanismes, est de garantir un niveau de pension compatible avec le niveau de revenu antérieur. Or, dans un système de répartition, cette relative correspondance entre les revenus antérieurs et le niveau des retraites servies, est difficile à atteindre. Aussi, **dès les premières années, l'assurance vieillesse du régime général apparut comme trop peu efficace aux catégories de salariés ayant les rémunérations les plus élevées, ce qui les poussa à organiser par elles-mêmes une protection complémentaire.** Dans le cadre d'un accord interprofessionnel (14 mars 1947) les cadres aménagèrent à leur profit un système de retraite complémentaire, certes proche de la Sécurité sociale, mais non inclus dans son organisation. La porte était ouverte pour que se développe une protection complémentaire qui devint progressivement d'autant plus nécessaire qu'elle privait le régime général de ressources qui auraient pu lui permettre d'améliorer ses prestations et d'étendre ainsi le dispositif de droit commun.

Enfin, l'ambition de la Sécurité sociale, telle qu'affirmée au moment de sa création, laissait espérer un progressif abandon des vieux mécanismes assistanciers établis au tournant du siècle : assistance médicale gratuite instituée par la loi du 15 juillet 1893 ; assistance à l'enfance avec les lois des 27 et 28 juin 1904 ; assistance aux vieillards, infirmes et incurables du fait de la loi du 14 juillet 1905 ; secours aux femmes en couche privées de ressources par les lois du 17 juin et du 14 juillet 1913 ; aide aux familles nombreuses nécessiteuses avec la loi du 14 juillet 1913. Ces dispositifs, d'ailleurs réservés à des populations marginales ou à la satisfaction de besoins circonscrits, ne pouvaient en effet que régresser puis disparaître du fait de l'extension de la couverture de la sécurité sociale à tous et de l'amélioration progressive des prestations servies. En réalité il n'en fut rien. La

généralisation trop lente et trop tardive, la stabilisation de populations diverses non inscrites dans le salariat ou rattachées à un salarié, l'insuffisance de la couverture de droit commun face à certains besoins, tout cela concourut à imposer le maintien de l'assistance. Le décret du 29 novembre 1953 substitua l'Aide sociale à l'Assistance publique, en y introduisant divers éléments de modernisation.

On le voit, dans les dix premières années de son existence, la Sécurité sociale fut loin d'englober, autour du régime général, les dispositifs de protection adjacents que constituèrent régimes spéciaux, autonomes et complémentaires d'un côté et de l'autre les anciens mécanismes assistanciers rénovés en Aide sociale. Dès le départ, la volonté d'universalisation fut donc battue en brèche à la fois par des revendications catégorielles et par l'absence d'une vision politique claire qui aurait permis, dans le contexte des années de reconstruction, une extension rapide du régime général à l'ensemble de la population.

La remise en ordre du système

Avec l'avènement, en 1958, de la V^e République, le pouvoir politique et notamment l'exécutif, fort des moyens accrus que lui donnait la Constitution, se lança dans des réformes inscrites sous le double signe de la rationalisation du système de protection, mais aussi de son extension. Les tentatives de mise en ordre portèrent essentiellement sur la réforme des modalités d'organisation et de gestion du régime général. Ainsi, dès 1960 (décrets du 12 mai 1960), on accrut le contrôle de l'État sur les organismes gestionnaires du régime général au détriment des principes mutualistes préservés à l'origine : rééquilibrage des pouvoirs au profit des directeurs des caisses et au détriment des conseils d'administration ; concentration du contrôle médical au niveau de la Cnam, établissement public, et dessaisissement en conséquence des caisses locales ; disparition des caisses régionales d'assurance vieillesse et absorption de leurs compétences par les caisses régionales d'assurance maladie ; création d'un corps de contrôle, l'Inspection générale de la Sécurité sociale qui deviendra l'Igas en 1967. Par la même occasion, un autre décret vint également modifier les rapports entre le corps médical et organismes de Sécurité sociale, permettant notamment aux médecins d'adhérer à titre individuel à une convention type. **Dans le même sens fut prise la célèbre ordonnance du 21 août 1967 relative à la réorganisation financière et administrative du régime général qui fut introduite pour faire face à la première grande crise financière du dispositif** : on réorganisa le régime général en trois branches

distinctes, placées chacune sous l'autorité d'une caisse nationale dans le but d'éliminer les compensations financières autorisées jusque-là entre différents risques par l'existence d'une caisse nationale unique. Il s'agissait ainsi d'accroître l'autonomie des gestionnaires de chaque branche. Paradoxalement, on créa une agence centrale (l'Accos) en charge d'assurer la trésorerie commune aux trois branches (ce qui portait en germe le retour à la compensation entre branches) ; on modifia la composition des conseils d'administration (introduction du paritarisme) et on abandonna le principe de l'élection des administrateurs en lui substituant leur désignation par les organisations représentatives (patronales et de salariés), ceci pour accroître la responsabilité des acteurs représentés dans la gestion de la Sécurité sociale. Ce vaste mouvement de réforme organisationnelle tentait déjà d'associer une plus grande cohérence des structures avec une plus grande responsabilité des gestionnaires.

Mais cet effort de mise en ordre du régime général n'empêcha pas le maintien des logiques d'éclatement et de juxtaposition des systèmes à l'œuvre dès l'origine. La loi du 12 juillet 1961 créa une assurance maladie-maternité spécifique pour les exploitants agricoles (Amexa). Les professions indépendantes se virent aussi reconnaître un droit à l'assurance maladie-maternité, mais dans le cadre de régimes autonomes, certes adaptés à leur situation particulière, mais qui introduisirent des éléments supplémentaires et accrurent la complexité du dispositif (loi du 12 juillet 1966). Dans le domaine des régimes complémentaires, et à l'instar de ce qu'avaient mis en place les cadres, divers régimes de retraite concernant des salariés non-cadres se fédérèrent en 1957 (création de l'Unirs). Cette première initiative préparait la création de l'Arrco, régime de retraite complémentaire des ouvriers et employés (accord national interprofessionnel du 8 décembre 1961). Enfin, en matière d'indemnisation du chômage, qui était jusque-là assurée par des fonds publics forts limités, ce fut également la voie conventionnelle qui aboutit, puisque c'est un accord interprofessionnel du 31 décembre 1958 qui créa les Assedic, fédérées dans l'Unedic. Ce dispositif d'indemnisation à fondement conventionnel géré par des associations de la loi de 1901, fut ensuite étendu à tous les salariés (Ordonnance du 13 juillet 1967). Le résultat obtenu fut que l'un des plus grands « risques sociaux » était donc confié à un dispositif institutionnel inédit, situé en dehors de la Sécurité sociale.

Une incohérence masquée par la croissance économique

Au terme de cette première étape qui vit la naissance et le développement de la Sécurité sociale et qui correspond à la période

des « trente glorieuses », quelles leçons peut-on tirer ? Témoignant du relatif désordre dans lequel s'est construit le système, il faut tout d'abord souligner qu'**il s'est révélé impossible d'unifier l'ensemble de la protection sociale dans un régime vraiment « général »** : des catégories de salariés y échappent (régimes spéciaux), des travailleurs n'y sont pas inclus (les indépendants et les agriculteurs) ; les salariés ont développé des assurances complémentaires qui affaiblissent le régime général tout en singularisant des catégories socioprofessionnelles en les maintenant en dehors d'une protection universelle. **Aux marges de la société, les exclus du travail ou ceux qui ne peuvent bénéficier d'un rattachement aux droits d'un travailleur relèvent toujours de dispositifs assistanciers financés par l'impôt.**

Malgré cet échec de la volonté initiale d'universalisation du système, les effets de la complexité créée par l'empilement de dispositifs sont fortement atténués par la dynamique du régime général qui constitue le noyau central de la protection. Tout d'abord le salariat est en indéniable extension quantitative, ce qui élargit l'emprise de la protection de droit commun. Ensuite, le modèle familial reste stable et constitue une forme de mise en solidarité des individus sur laquelle peut s'appuyer la protection grâce au mécanisme des droits dérivés ouverts aux membres de la famille de l'assuré social. Enfin, la période est sous-tendue par une croissance continue qui crée le sentiment d'une extension potentielle de la protection et fait apparaître les lacunes ou les insuffisances comme des réalités provisoires. Au fond, le dynamisme et l'attractivité du régime général laissent entrevoir la perspective d'une prise en charge de la totalité de la population et atténuent les effets des incohérences et de la segmentation du système.

L'extension de la protection sociale et la gestion de la complexité

Sur la base du système de protection sociale complexe et segmenté issu du temps de la fondation de la Sécurité sociale, la période des années soixante-dix apparaît comme celle des contrastes. D'un côté on prend acte de la pluralité des dispositifs et on engage des réformes visant à gérer cette diversité tout en évitant ses effets les plus dommageables (harmonisation et compensation). De l'autre, on met en œuvre une politique de généralisation de la protection. Enfin, on s'engage dans des politiques de prise en charge plus ciblées de certaines populations en introduisant la mise sous condition de ressources de certaines prestations ou encore en créant des revenus minima catégoriels. **Tout ceci s'effectue dans un contexte de crise financière de plus en plus préoccupante, au fur et à mesure d'ailleurs que le modèle**

salarial et le modèle familial connaissent de fortes remises en cause, le premier sous la poussée d'un chômage de masse, le second du fait de la montée des phénomènes d'isolement et de précarisation des solidarités primaires.

La construction d'une véritable solidarité nationale

La politique visant à la fois l'harmonisation-compensation et la généralisation du système fut mise en œuvre par la loi du 24 décembre 1974. L'objectif exprimé permettait à la fois de revivifier les idées de solidarité et d'universalité présentes dans l'esprit des fondateurs en 1945, sans pour autant remettre en cause l'existence des régimes spéciaux et autonomes.

L'harmonisation

Le mouvement d'harmonisation fut conçu comme une réponse à la pluralité des régimes de protection sociale à partir du moment où il était clair que l'on avait renoncé à les unifier. Les non-salariés, qui avaient donc obtenu la création de régimes propres, les régimes autonomes, voulurent alors obtenir un alignement des prestations qui leur étaient servies sur celles des salariés. Un ensemble de textes contribuèrent à atteindre partiellement cet objectif (loi du 3 juillet 1972, loi « Royer » relative à l'artisanat et au commerce du 27 décembre 1973, loi du 24 décembre 1974). Finalement, les retraites furent harmonisées tant en ce qui concerne les taux de cotisation que les modes de calcul des pensions. En revanche, en matière d'assurance maladie des disparités demeurèrent, malgré un effort d'alignement. De même, l'harmonisation laissa de côté les agriculteurs et les professions libérales.

La compensation

La compensation démographique et financière intervint là encore comme un palliatif à la diversité des régimes de protection. Le problème était lié au fait que le rapport entre actifs et inactifs, crucial dans un système d'assurances sociales qui redistribue immédiatement des cotisations versées par ceux qui travaillent à ceux qui ne travaillent pas, peut être déséquilibré. Ainsi, le régime général a pu bénéficier pendant longtemps d'une situation favorable, tant que les actifs étaient en grand nombre du fait du plein-emploi et tant que le déversement de la main-d'œuvre en provenance d'autres secteurs (notamment de l'agriculture et du commerce) lui était favorable. À l'inverse, les régimes des professions en chute démographique, dans lesquels les inactifs augmentaient alors que le nombre d'actifs était en baisse, sont entrés assez rapidement en crise financière : déjà, dans les années cin-

quante, diverses lois avaient instauré une compensation entre régime général et quelques régimes spéciaux (salariés agricoles, cheminots). Plus tard, on l'introduisit pour d'autres régimes (RATP, mines, marins). Mais **la loi du 24 décembre 1974 institua une compensation démographique et financière entre tous les régimes, et pour les trois branches (maladie, vieillesse et famille)**. Au final, c'est deux dispositifs de compensation qui furent instaurés : l'un, entre les régimes de salariés (régime général et régimes spéciaux) et l'autre entre les régimes de salariés et les autres (indépendants et agricoles) dont la base est démographique et non plus financière du fait de la relative méconnaissance que l'on a des régimes non salariaux. Ceci a eu pour effet de mettre en solidarité les régimes dont les structures démographiques étaient les plus favorables et ceux dans lesquels elles étaient au contraire défavorables. La compensation a produit des effets ambigus : d'un côté, elle a contribué à faire que tout se passe comme si tous les régimes appartenaient en fait à un régime unique, ce qui indéniablement allait dans le sens d'une solidarité nationale généralisée, mais à l'inverse, elle a conduit à mettre à la charge du régime général des régimes dont l'existence n'était paradoxalement justifiée que par une volonté d'indépendance des catégories socioprofessionnelles concernées. Enfin, la compensation a contribué à opacifier le financement de chacun des régimes et donc à rendre très difficile une appréciation des bénéfices et des charges des diverses catégories socioprofessionnelles.

La généralisation

La politique de généralisation chercha enfin à pallier la logique socioprofessionnelle de la protection sociale fondée sur l'appartenance au salariat ou à des groupes professionnels spécifiques. En effet, la protection sociale laissait de côté tous ceux qui n'étaient pas assurés parce qu'ils n'appartenaient pas à ces catégories ou encore tous ceux qui ne satisfaisaient pas aux diverses conditions de durée de cotisations. Deux lois du 2 janvier 1978, pour les prestations maladie-maternité et vieillesse, voulurent étendre la protection à tous les citoyens, mais du fait du maintien du cadre assurantiel en vigueur, cela se traduisit par l'institution de l'assurance personnelle en matière de maladie-maternité et de l'assurance volontaire pour les risques invalidité et vieillesse. **Ces dispositifs, reposant encore sur une contribution préalable sous forme de cotisation, laissaient de côté la masse de ceux qui ne pouvaient pas ou ne voulaient pas cotiser.** C'est en particulier pour pallier ces conséquences que la loi du 28 décembre 1979 instituait un maintien des droits pour les risques maladie-

maternité-invalidité-décès pendant une année et ce au profit des personnes qui avaient cessé de remplir les conditions de rattachement à la protection sociale. Dans le champ des prestations familiales, une loi du 4 juillet 1975 (qui en outre posait le principe d'une affiliation obligatoire de toute personne à un régime de sécurité sociale et écartait la condition de nationalité pour le bénéficiaire des prestations familiales) supprima la condition d'activité professionnelle pour l'allocataire. **Ceci constitua sans aucun doute une réforme fondamentale, puisque ne fondant l'octroi des prestations familiales que sur la seule présence d'enfants, elle infléchit la branche famille vers une logique d'universalité.** On peut enfin évoquer la création, par la loi du 17 juillet 1980, de l'assurance veuvage, mécanisme de prise en charge concernant un grand nombre de personnes ayant perdu leurs moyens d'existence du fait du décès de l'assuré auquel elles étaient rattachées.

Un processus inachevé

Au terme de cette phase d'extension de la protection sociale qui s'est essentiellement déroulée au cours des années soixante-dix, le bilan reste contrasté. D'un côté, on note un incontestable effort d'homogénéisation de la protection sociale du fait (i) de l'harmonisation relative des prestations malgré la diversité institutionnelle des régimes, (ii) mais aussi de la généralisation du système qui, bien qu'imparfait dans le domaine de la maladie, a fondamentalement modifié la nature même des prestations familiales, (iii) enfin de la compensation entre régimes qui introduit une logique de mise en solidarité globale des citoyens par-delà les frontières entre catégories socioprofessionnelles.

Mais cet effort se réalise en adaptant le système existant par des réformes marginales qui n'en affectent pas la logique et la structure d'ensemble. En effet, à l'exception de la branche famille dans laquelle on abandonne, pour l'ouverture des droits, toute référence au salariat (et bien que paradoxalement on y maintienne un financement par cotisations patronales assises sur les salaires), la logique socioprofessionnelle de la protection sociale est maintenue et les régimes restent donc segmentés. **On doit considérer que les politiques d'harmonisation, de généralisation et de compensation qui voulaient pallier les effets pervers de l'incohérence du système de protection ont paradoxalement renforcé et légitimé son éclatement.** Or, si la logique socioprofessionnelle n'est pas contestable en elle-même, elle ne peut conduire à une protection universelle satisfaisante qu'à une double condition : (i) que s'établisse un haut degré d'emploi pour que le rapport entre les actifs et les inactifs soit équilibré et (ii) que la croissance écono-

mique se maintienne avec un partage du revenu favorable au travail pour permettre aux travailleurs de financer une protection sociale qui soit à la fois de plus en plus étendue à l'ensemble des citoyens et si possible constamment améliorée, afin d'offrir des garanties de revenus suffisants et une allocation de prestation en nature satisfaisante alors qu'elles deviennent de plus en plus coûteuses.

Or, ces deux conditions ne furent jamais parfaitement réunies. Pire, à compter des années 1975, elles connurent une dégradation de grande ampleur : chômage de masse, inflexion du partage de la richesse en faveur de la rémunération du capital et au détriment du travail, accroissement des charges du fait de l'inflation des besoins et du coût des innovations dans les prises en charge médico-sociales. Loin de s'orienter vers une universalisation, le dispositif entra alors dans une période de turbulences qui accumulait crise financière, difficultés organisationnelles, débats sur les modalités d'intervention et remise en cause de ses fondements. Incapable d'aller jusqu'au bout de la logique d'universalisation du fait en particulier de sa trop grande fragmentation et de l'absence de clairvoyance politique, **le système de protection sociale à la française allait aborder la crise des années quatre-vingt sans avoir atteint l'objectif initial des fondateurs : protéger l'ensemble des membres de la collectivité nationale.**

Les évolutions majeures des années 90

Le système de protection sociale hérité des « trente glorieuses » va, dans les années quatre-vingt, voir apparaître d'immenses difficultés. Jusque-là, il était parvenu à développer une protection sociale élevée, dans une logique essentiellement socioprofessionnelle, en maintenant une pluralité de régimes, en s'attachant un système complémentaire de plus en plus indispensable du fait de la faiblesse des prestations offertes, et enfin en stabilisant des dispositifs d'assistance eux-mêmes inévitables pour combler les lacunes de la protection et la compléter (notamment pour des catégories comme les personnes âgées et les handicapés). Les politiques de généralisation, d'harmonisation et de compensation entre régimes mises en place au cours des années soixante-dix apparaissent dans une certaine mesure comme l'apogée d'un système qui tentait de s'étendre au maximum au moment même où les soubassements économiques et politiques d'une telle extension commençaient à s'effondrer.

Les premiers symptômes d'une crise profonde

Tout d'abord, et sans qu'il y ait lieu ici de s'y arrêter longuement, c'est évidemment sur le financement de la protection sociale

qu'apparaissent les premiers problèmes importants. C'est l'époque où la maîtrise des dépenses et la recherche de ressources supplémentaires vont devenir – et pour longtemps – l'obsession de tous les responsables politiques, conduisant le plus souvent à une sorte de réformisme pragmatique sans que l'on puisse souvent y déceler une logique d'ensemble.

Les dépenses

On a tour à tour ou simultanément voulu contenir la consommation médicale des usagers (augmentation du ticket modérateur, déclasserement de spécialités pharmaceutiques, création du forfait hospitalier) ou encore rationaliser et contrôler le coût des prescriptions et des actes médicaux (institution des conventions médicales pour contrôler les honoraires, création du budget global pour les hôpitaux, mise en place d'une politique tripartite dite de « maîtrise médicalisée » des dépenses de santé en 1988 qui se renforce en 1993 avec les « références médicales opposables » et les « contrats locaux de maîtrise des dépenses »). Par ailleurs, et pour faire face à la dérive financière des systèmes de retraite par répartition, il a fallu attendre la loi du 22 juillet 1993 pour voir se mettre en place une réforme d'envergure visant à rééquilibrer les régimes (création d'un Fonds de solidarité vieillesse qui, distinguant entre solidarité et assurance, prend à sa charge divers ayants droit qui n'ont pas cotisé, allongement de la durée d'assurance et de la période de référence servant au calcul des pensions).

Les ressources

On a tenté d'augmenter le produit des cotisations (augmentation des cotisations, déplafonnement à partir de 1982). On a recherché de nouvelles recettes (taxes sur le tabac, l'alcool, la publicité pharmaceutique). On a engagé une politique de fiscalisation (création de la CSG dans la Loi de finances pour 1991) pour élargir l'assiette du financement à la quasi-totalité des revenus. On a enfin établi une nouvelle organisation financière du régime général.

Cette logique de rationalisation tant des ressources que des dépenses est couronnée par le « plan Juppé » et les ordonnances d'avril 1996 qui le mettent en œuvre : l'encadrement financier est renforcé, avec l'institution de la loi de financement de la Sécurité sociale ; une maîtrise accrue des dépenses est recherchée tant en matière d'hospitalisation (avec la création des Agences régionales de l'hospitalisation) que pour la médecine ambulatoire (fixation d'objectifs de dépenses assortis de sanctions collectives, carnet de santé, renforcement des références médicales oppo-

sables). La logique de fiscalisation de la ressource par le biais d'une CSG élargie est prévue. Enfin, et c'est là une dimension plus positive car elle échappe aux seules exigences gestionnaires, **l'instauration d'un régime universel d'assurance maladie est projetée, ce qui éloignera alors nettement le système de protection sociale du cadre socioprofessionnel dans lequel il s'est développé.**

Sur le terrain institutionnel, l'organisation de la Sécurité sociale a fait l'objet de réformes successives dont il est bien difficile de dégager les lignes de force tant on oscille entre une logique de renforcement des organismes gestionnaires (notamment en tentant de leur donner une plus grande légitimité et une plus large responsabilité) et un accroissement de la mainmise de l'État sur le système de protection sociale. En 1982, une réforme de la composition et du mode de désignation des conseils d'administration des organismes de Sécurité sociale (élection des administrateurs) vise à renforcer la légitimité de ces structures et par là à accroître leur emprise et leur responsabilité sur la gestion. En 1994, on allège la tutelle de l'État sur les organismes de Sécurité sociale, on aménage une gestion séparée des branches et on accroît le champ d'action des caisses nationales afin de renforcer leur position. Mais d'un autre côté, le rôle accru du Parlement, la renonciation à l'élection des administrateurs en 1996, l'encadrement plus étroit des conventions entre les caisses et les secteurs professionnels, manifestent une réelle volonté de tenir les organismes sous un contrôle public toujours plus étroit.

La multiplication des dispositifs face à la progression de la précarité

Sur le plan de la protection sociale elle-même et des prestations qu'elle délivre, le contexte de chômage de masse et l'apparition de la grande pauvreté ont produit des effets considérables, puisque les pouvoirs publics ont dû d'une part infléchir un certain nombre de mécanismes pour répondre à la dégradation de la situation de nombreux ménages, et d'autre part créer de nouvelles prestations pour faire face à la précarisation croissante des conditions de vie des couches sociales les plus démunies.

La mise sous condition de ressources

Une première logique a consisté à développer une politique de mise sous condition de ressources des prestations dans le champ de la famille. Le complément familial, l'allocation de rentrée scolaire, l'allocation de logement, l'allocation au jeune enfant, l'allocation parentale d'éducation, l'allocation de garde à domicile,

l'allocation de soutien familial, et dans un proche avenir les allocations familiales proprement dites, c'est donc l'ensemble des transferts pour compensation de charges de famille, à l'origine aménagés entre cotisants sans enfants et cotisants en charge d'enfants, qui s'établissent sur un mode redistributif entre ménages « favorisés » et ménages « défavorisés ». Certes selon le niveau du plafond de ressources choisi, le caractère redistributif est plus ou moins accusé ; mais, allié à une augmentation de certaines prestations, cette logique a eu tendance à infléchir la branche famille vers des mécanismes de redistribution sociale, et, les difficultés économiques aidant, on aboutit au développement de mécanismes qui deviennent des substituts purs et simples de revenus et dont le caractère assistantiel s'accuse.

Les minima sociaux

Une seconde logique s'est développée avec l'institution de « minima sociaux ». Dès 1956 avait été créé un premier mécanisme visant à garantir un minimum de ressources à une catégorie de personnes : il s'agissait du « minimum vieillesse » alimenté par un Fonds national de solidarité (FNS, loi du 30 juillet 1956) dont les recettes étaient d'origine fiscale et qui, complétant les revenus de personnes âgées démunies, leur garantissait un plancher de ressources. La loi du 30 juin 1975 relative aux personnes handicapées introduisit un dispositif de même nature pour les handicapés adultes en créant l'Allocation adulte handicapé (AAH), qui avait également pour objectif, pour cette catégorie de personnes, de jouer le rôle d'un revenu minimum. En 1976 on établit un dispositif de même type pour les personnes isolées en charge d'enfant, l'Allocation de parent isolé (API, loi du 9 juillet 1976). Dans le domaine de l'indemnisation du chômage, et pour faire face aux difficultés financières du régime d'assurance on distingua en 1983 les mécanismes assurantiels financés par les cotisations d'une part et de l'autre les instruments d'essence assistancielle couverts par l'impôt et l'on créa l'Allocation de solidarité spécifique (ordonnance du 21 mars 1984) qui constitue aussi un revenu minimum pour les chômeurs en fin de droits. Enfin, face à la montée des phénomènes de pauvreté et de précarité du fait du décrochement durable de certaines personnes par rapport à l'emploi et de la montée de l'isolement lié à la plus grande fragilité des solidarités familiales, **on institua en 1988 le Revenu minimum d'insertion** (loi du 1^{er} décembre 1988 instituant le RMI) **qui introduisit pour la première fois un mécanisme universel de transfert, assurant un plancher de ressources d'une part, et qui,**

au-delà, construisait une conception novatrice de la protection sociale en y attachant le volet « insertion ».

Ainsi, au terme d'une mutation progressive, on a commencé par assurer un minimum de ressources à des catégories exclues de la protection sociale de droit commun que l'on pensait voir régresser quantitativement à terme (les personnes âgées non encore incluses dans le régime de retraite par répartition faute d'avoir cotisé et pour lesquelles on a créé le FNS), puis l'on a institué de véritables revenus minima d'assistance pour des exclus durables (AAH et API) pour enfin déboucher sur une logique de revenu minimum universel. On voit donc comment face à la montée de la précarité et de la pauvreté, **le système de protection sociale s'est progressivement infléchi, d'une logique assurantielle dominante à un système intégrant une forte dose d'assistance (prestations forfaitaires, non contributives et attachées à assurer la survie de leurs bénéficiaires).**

Les dangers d'un éclatement de la protection sociale

Au terme de ces évolutions récentes, quelles sont les grandes lignes de force et les tendances qui se dégagent pour le futur et qui peuvent donc contribuer à la structuration d'un débat aujourd'hui dans l'impasse alors qu'il concerne les bases même de la cohésion sociale et du pacte républicain et donc à terme l'ensemble de la nation ?

Un système déboussolé par les mutations socio-économiques

En forme de synthèse des réformes qui ont été évoquées et des difficultés auxquelles elles tentent de faire face, il apparaît que la protection sociale française est aujourd'hui à la croisée des chemins et doit affronter deux grands types de problèmes qui sont intimement liés :

La perte de sa légitimité

Le flux et le reflux des réformes institutionnelles, qui tout à la fois renforcent l'autorité de l'État dans la régulation du système en même temps qu'elles maintiennent les structures paritaires de gestion et les mécanismes conventionnels liant ces structures aux acteurs (professions et organismes hospitaliers essentiellement), traduisent une perte de légitimité des normes de justice qui présidaient jusqu'alors au partage des ressources nécessaires à la protection sociale. Par là même elle provoque une crise de confiance dans les instances chargées de la mettre en œuvre. On redécouvre aujourd'hui que tout système de protection sociale doit affronter des conflits d'intérêts et se construire sur un

compromis social. Le modèle assurantiel reposait sur un équilibre alliant un fort niveau d'emploi et un partage de la productivité qui favorisait plus les travailleurs que la rémunération du capital. Or cet équilibre est rompu et il est urgent d'en rétablir un nouveau dont on commence à distinguer les bases dans l'intervention accrue du législateur (légitimité politique), la fiscalisation et la tentative de fonder le partage sur les « droits de l'homme » (droit à la santé, droit au logement, droit à des moyens minimums d'existence, etc.).

Son incapacité à maintenir le principe d'égalité

Concernant les prestations offertes par la protection sociale, les effets des évolutions de ces dernières années soulèvent des problèmes considérables. D'une part, la réponse à la crise financière par un abaissement du niveau de protection (ticket modérateur, forfait hospitalier, caractère limité des pensions de retraites) ne peut qu'affaiblir l'efficacité du système et pousser à un éclatement de la protection. Dans un tel contexte, les plus favorisés peuvent compenser ces limitations par le recours à la couverture complémentaire, et au-delà être tentés de recourir au marché de l'assurance, pour tôt ou tard remettre en cause leur participation aux dispositifs de droit commun. Quant aux moins favorisés, ils sont exclus soit parce que les niveaux de garanties de ressources sont trop bas (notamment en matière de retraite et particulièrement pour le grand âge), soit parce que la part de la protection mise à leur charge est trop lourde alors qu'ils ne peuvent avoir recours à la protection complémentaire.

D'autre part, et en conséquence, on répond à ces évolutions négatives par des politiques de ciblage (mise sous condition de ressources) ou par l'établissement de minima sociaux d'assistance auxquels on attache des droits d'accès spécifiques à chaque catégorie concernée (droit au logement, droit aux soins notamment). Mais de telles politiques créent toujours des groupes interstitiels qui, alors qu'ils ne sont pas pris en charge par l'assistance, ne peuvent néanmoins profiter de la protection de droit commun puisqu'on l'a par ailleurs affaiblie. C'est ainsi qu'on a vu se développer dans les années quatre-vingt une catégorie jusqu'alors restée marginale : les « exclus ».

Un système écartelé entre des logiques contradictoires

Au moment où il devient urgent de définir et de mettre en œuvre une politique cohérente permettant de reconstruire un filet social assurant une protection à l'ensemble de la collectivité, le système

semble toujours écartelé entre des logiques contradictoires qui cumulent leurs effets négatifs.

Sur le plan de sa gestion et de son organisation, le système de protection sociale est en recherche constante de légitimité. Ceci le conduit dans le même temps à **protéger les intérêts catégoriels qui s'y expriment, tout en tentant constamment de les écarteler par un appel à la légitimité politique et à l'autorité de la puissance publique**. Ainsi, prisonnier d'une logique paralysante, il conforte constamment sa segmentation et ses conflits, puisque tous les intérêts peuvent toujours se faire entendre, ce qui du même coup annihile la capacité de la puissance publique à dégager un « intérêt général » et à l'imposer. Et l'on prépare constamment la prochaine réforme qui inéluctablement voudra légitimer tout à la fois les prétentions des acteurs qui, en l'état, paraissent incontournables et l'autorité de la puissance publique qui semble être le seul recours.

Sur le terrain des prestations, on compense la segmentation des dispositifs et ses effets ségrégatifs par des mesures qui visent à prendre en charge, et de façon discriminatoire, les catégories exclues. **Mais chaque nouveau dispositif génère à son tour des exclus et crée des phénomènes de hiérarchisation et d'inégalité**. On assiste donc à la mise en œuvre d'une logique d'empilement de dispositifs spécifiques qui créent inéluctablement de nouvelles populations interstitielles situées en marge, ces dernières imposant à terme l'invention d'un nouveau dispositif, lui aussi excluant, etc.

Un système qui évolue insensiblement vers un modèle de « solidarité nationale » financé par l'impôt

À un niveau plus fondamental et par touches insensibles et successives, le système de protection sociale français passe du modèle assurantiel fondé sur le travail et l'échange « cotisations contre protection » à un modèle différent dans lequel on tend à réduire la protection due aux travailleurs et aux anciens travailleurs, et à lui substituer une logique de « solidarité nationale » fondée sur des droits fondamentaux, structurée à partir de la légitimité politique et financée par l'impôt. Ce modèle de « solidarité nationale » écarte progressivement le dispositif de prestations égalitaires et généralisées pour introduire des aides ciblées sur les plus pauvres. En apparence, cette solution paraît plus équitable, puisqu'elle concentre les aides et la protection sur « ceux qui en ont réellement besoin ». Pourtant tout n'est pas si simple. Le grand risque, c'est en réalité l'évolution vers un système de protection sociale fiscalisé pour les

plus défavorisés. Dans une telle hypothèse, les groupes sociaux mieux lotis, trouvant ce type de protection sociale trop coûteuse et n'en tirant pas profit, la remettront en cause dans son financement et fuiront pour s'en remettre aux secteurs mutualiste et privé. **Si la protection sociale décroche de la politique économique et industrielle, sur laquelle elle reposait antérieurement, pour ne devenir qu'un dispositif de prise en charge des exclus du marché et de la vie sociale, elle évoluera vers une logique résiduelle, réduite à la construction d'un ultime filet de sécurité pour protéger la société contre ses marges.**

Cette évolution vers un modèle ultralibéral sous couvert de « solidarité nationale » n'est pas inéluctable, notamment en France où subsistent deux antidotes qui peuvent se révéler puissants. D'une part, le modèle hérité d'une protection encore homogène, financée par le plus grand nombre et distribuant encore des protections à une large part de la population n'est pas encore totalement laminé et jouit d'une forte légitimité dans l'opinion publique. D'autre part et surtout, la France a ouvert, avec le RMI, une logique novatrice qui tend à désenclaver la protection sociale et à l'insérer dans des dispositifs d'insertion sociale et professionnelle qui réactualisent le principe « d'égalité des chances » : à côté des droits et prestations monétaires ou en nature, qui sont ponctuels et fonctionnent dans une logique réparatrice, on tente d'inventer un « modèle d'action sociale » qui utilise ces droits pour engager les bénéficiaires dans une dynamique de participation et d'insertion dans la société. Certes, ce modèle de dynamisation ou d'activation des aides n'en est encore qu'à ses balbutiements et suppose de profondes mutations dans la façon de concevoir les destins individuels, d'articuler les droits et les obligations, de construire l'action collective. Mais derrière ce modèle, se profile une conception de la protection sociale qui tente d'atténuer les effets de ségrégation des interventions ciblées en élargissant la problématique de l'insertion à l'ensemble de la société au travers d'une action qui porte sur la question de la place de chacun dans le fonctionnement social. De cette manière, on réintroduit l'action sociale dans le débat politique, puisque sont en jeu l'ensemble des systèmes de socialisation des individus (école, formation professionnelle, culture, développement d'activités d'intérêt général) et au-delà les conditions même de la participation de chacun au fonctionnement de la collectivité.

La nécessité de nouvelles règles du jeu dans le domaine social

On le voit, on est loin de la question simpliste des transferts de ressources minimales et d'accès à quelques prestations de base.

C'est le problème de la production de la société par elle-même au travers des activités sociales et de la place qui est donnée à chacun qui se pose. C'est la question des moyens que les structures publiques peuvent donner aux individus isolés ou regroupés et de la manière dont elles peuvent soutenir et orienter les initiatives multiples prises par les populations qui est en jeu. Au final, c'est une réflexion nationale sur les notions de biens et de services collectifs, sur le concept de service public, et sur les activités de l'économie sociale qu'il faut lancer. **Il s'agit donc de s'ouvrir à une conception renouvelée du « social » qui, ne pouvant se réduire à des dispositifs institutionnels spécialisés dans la fourniture de prestations monétaires et matérielles, doit se recomposer autour d'une tâche prioritaire : mettre en cohésion et en solidarité une société qui est animée par un processus fort d'éclatement et de différenciation.**

Bien entendu, les prestations monétaires, les aides ponctuelles, les services publics de base en matière sanitaire, de logement ou d'accès aux biens et services fondamentaux n'en disparaîtront pas pour autant. Ils seront cependant instrumentalisés dans une perspective plus large qui les dépasse, comme l'a bien démontré le RMI avec son volet « insertion ». Aussi, un socle de prestations de base, délivrées au nom des droits fondamentaux de la personne humaine (droit à la vie, droit à la dignité), devrait être assuré par un accès universel aux biens indispensables que sont le logement, la satisfaction des besoins minimaux et l'accès aux soins. Selon un principe de justice distributive qui veut qu'il soit demandé à chacun selon ce qu'il a reçu, il conviendra alors d'engager l'ensemble de la collectivité dans l'échange de droit commun, celui qui lie tous les membres d'une communauté en un ensemble de droits et d'obligations mêlés. Dans la mesure du possible, chacun pourra alors prendre sa place dans une société de « semblables » dans laquelle tous auront une part et surtout un rôle, et où nul, autant que faire se peut, ne sera maintenu, contre un maigre lot de consolation, dans un état de minorité sociale.

L'enjeu qui sous-tend l'évolution du modèle français de protection sociale est considérable. Ou bien, **se concentrant prioritairement sur les exclus et les plus défavorisés, et sur les prestations qu'ils monopolisent, le système contribue à dualiser une société** qui n'a que trop tendance à se segmenter et la protection sociale évoluera alors vers un modèle libéral à deux vitesses. Ou bien, **se désenclavant et s'ouvrant à une logique de socialisation, d'insertion, d'animation de la société, il permettra au contraire de renouveler le sentiment d'appartenance** sans lequel il n'y a pas de collectivité citoyenne. On peut sans doute encore espérer éviter

l'émergence d'une société « dualisée » dans laquelle l'élévation inéluctable du niveau des compétences requises condamnerait un grand nombre à l'assistance à perpétuité. Il serait pour cela nécessaire (i) de maintenir la protection sociale dans un cadre où tous les citoyens seraient considérés comme des semblables et participeraient selon leurs moyens à la fourniture de prestations sociales différenciées en fonction des besoins et (ii) de construire des politiques d'action sociale ayant pour but d'offrir à tous les moyens de trouver une place dans le fonctionnement collectif. C'est à ce prix qu'existe encore une chance de voir se réinsérer les millions de personnes qui dans la société française d'aujourd'hui glissent insensiblement vers les marges avec bien peu de chances d'en revenir si le contrat social n'est pas reconstruit.

Un accès aux soins inégal et inéquitable

Le droit à la santé est inscrit dans la Constitution française. Cependant en France, et contrairement à la majorité des pays de la Communauté européenne qui ont mis en place une véritable couverture universelle, on peut constater de profondes inégalités en matière d'accès aux soins. De nombreux facteurs contribuent à une situation qui est d'autant plus critiquable que la France est le pays d'Europe dont la dépense de santé par habitant est la plus élevée. Aujourd'hui plus de 99 % des Français bénéficient d'une couverture maladie qu'elle soit de nature assurantielle ou dépendante de l'assistance de l'État ou des collectivités locales. Mais ce chiffre pourtant proche de la couverture universelle (100 % de la population) cache une situation d'inégalité dont l'ampleur est telle que l'on est en droit de se demander aujourd'hui si la France n'est pas le pays d'Europe qui prend le moins bien en charge la santé de ceux qui sont socialement les plus fragilisés. Quelle égalité par rapport aux soins existe-t-il entre l'enseignant ou le cadre supérieur dont l'assurance complémentaire couvre quasiment 100 % de ses dépenses de santé et le ménage ouvrier avec deux enfants dont les revenus, allocations familiales comprises, ne dépassent pas 6 500 F mensuels et qui a à sa charge le ticket modérateur et doit souvent avancer le coût des soins. Dans le premier cas une maladie entraînant une hospitalisation de six jours et un arrêt de travail de deux semaines n'aura aucune incidence financière – ni sur le salaire, ni sur le coût des soins – alors que dans le deuxième cas le coût de la maladie sera de 4 000 à 5 000 F sans compter la perte de salaire consécutive à son arrêt de travail.

Si l'on n'a pas les moyens de mesurer les conséquences sur l'état de santé de la progression régulière des dépenses de santé à la charge des ménages, il est devenu aujourd'hui flagrant que les possibilités d'accès aux soins de la population qui ne bénéficie pas d'une assurance complémentaire ou d'une exonération du ticket modérateur sont limitées par une véritable barrière financière qui constitue un handicap supplémentaire pour des personnes qui sont déjà pour la plupart en situation de fragilité sociale et économique. **Le principe d'égalité ne s'applique donc pas pour des raisons financières à 12,4 % de la population française, soit plus de sept millions de personnes.** Si l'Allemagne a choisi de laisser la possibilité à la fraction la plus aisée de la population de choisir son système personnel d'assurance maladie, la France au contraire a mis en place **un système qui de fait favorise les plus aisés et pénalise lourdement une partie de la population qui est déjà largement défavorisée.**

Par ailleurs, la manière dont s'est peu à peu élargie l'assurance maladie obligatoire par accumulation progressive de populations bénéficiaires, conduit aujourd'hui à exclure ceux qui ne font – du point de vue du droit – pas partie de l'une de ces catégories. Du fait même de sa structure et de ses évolutions, le système d'assurance maladie français tend à exclure du système de soins les personnes les plus démunies. Si l'État et les collectivités locales n'intervenaient pas pour suppléer aux carences du système d'assurance maladie grâce aux différents mécanismes qui conduisent à une aide médicale gratuite, **la France serait le seul pays d'Europe dont le système de couverture sanitaire laisserait une partie des plus faibles sans ou avec une faible protection vis-à-vis de la maladie.**

Au lieu d'être un dispositif de protection de la santé des plus fragiles, le système français d'assurance maladie qui est par ailleurs très généreux pour la grande majorité de la population, contribue de par son type d'organisation à la précarisation de sa partie la plus défavorisée en lui rendant plus difficile l'accès aux soins. Un tel constat fait du système français d'assurance maladie un déterminant significatif de la précarisation puisqu'il contribue à la vulnérabilité de la partie la plus défavorisée de la population. Trois domaines sont particulièrement en cause : (i) l'accès aux droits, (ii) l'accès aux différents types de structures de soins et (iii) les pratiques stigmatisantes du système sanitaire.

L'accès aux droits : une couverture quasi universelle mais dont la complexité et le caractère incomplet limitent la portée

En 1945, un peu plus de la moitié des Français relevait d'un régime d'assurance maladie. Aujourd'hui plus de 99 % d'entre eux bénéficient d'un certain niveau de couverture « maladie » grâce à une assurance ou à l'aide offerte par l'État ou les collectivités locales. Des progrès considérables ont donc été accomplis et pourtant, cette image globalement satisfaisante ne reflète que très partiellement une situation dans laquelle persistent de profondes inégalités d'accès aux soins et d'importantes différences entre la couverture théorique et la difficulté rencontrée quotidiennement pour accéder à ces droits.

Une couverture légale quasi universelle

Au cours des vingt dernières années, l'accès aux soins des plus démunis a été facilité par la généralisation progressive de l'assurance maladie, complétée par des dispositifs comme l'assurance personnelle, le RMI et la réforme de l'aide médicale. Théoriquement, toute personne résidant en France a vocation à bénéficier d'une couverture sociale au titre soit (i) de l'assurance maladie, (ii) de l'aide médicale ou encore (iii) de l'assurance personnelle. Ces évolutions ont contribué à améliorer l'accès aux droits des plus démunis.

L'évolution du dispositif

La création en 1978 de l'assurance personnelle a permis l'accès au régime général de l'assurance maladie à l'ensemble des personnes dépourvues d'activité professionnelle et de revenu ainsi qu'à l'ensemble des personnes ayant une activité professionnelle insuffisante pour l'ouverture des droits. De plus, en cas de revenus insuffisants, un dispositif de prise en charge des cotisations a été mis en place. Ce dispositif est financé soit par l'aide médicale, soit par les caisses d'allocations familiales (sous la double condition de bénéficier d'une prestation familiale et d'avoir des ressources inférieures à un certain plafond), soit encore par la Caisse des dépôts et consignations pour les bénéficiaires de l'allocation spéciale vieillesse (ASV). L'assurance personnelle est ainsi ouverte aux allocataires du RMI n'ayant pas de droits ouverts au régime général, aux chômeurs en fin de droits âgés de plus de 55 ans et aux étrangers dépourvus de protection maladie résidant en France depuis au moins trois mois et en possession d'un titre de séjour régulier. Le droit à la prise en charge des soins est immédiatement reconnu dès l'affiliation provisoire et concerne l'ensemble des prestations en nature (soins, médicaments, examens, etc.) de l'assurance maladie et maternité du régime général de Sécurité sociale.

Le Revenu minimum d'insertion (RMI), créé en 1988, a permis une affiliation automatique à l'assurance personnelle attachée au versement d'une prestation. Ainsi, tout bénéficiaire du RMI s'est-il vu ouvrir de plein droit le bénéfice de l'assurance personnelle dès lors qu'il n'avait pas de droits ouverts par ailleurs.

Le dispositif de couverture maladie a enfin été complété par la loi du 29 juillet 1992 relative à l'amélioration de l'aide médicale. Selon le même principe que celui appliqué pour le RMI, toute personne admise à l'aide médicale est de droit affiliée à l'assurance personnelle si elle n'a pas de droits ouverts par ailleurs. L'admission à l'aide médicale est immédiate pour les bénéficiaires du RMI ou lorsque l'état de santé nécessite des soins en urgence. Elle concerne aussi l'aide médicale à domicile, y compris pour les étrangers en situation irrégulière justifiant d'une résidence ininterrompue en France métropolitaine depuis plus de trois ans. La loi prévoit par ailleurs la prise en charge, par l'aide médicale, des cotisations d'assurance personnelle des jeunes âgés de 17 à 25 ans dont les ressources sont inférieures au barème prévu pour l'obtention du RMI. L'aide médicale est attribuée sous conditions de ressources : elle peut être soit partielle et compléter ainsi la participation de l'assurance maladie, soit se substituer à l'assurance maladie pour les personnes qui ne peuvent pas en bénéficier. Elle comporte un système de tiers payant et est accordée en principe pour un an, soit par le président du conseil général, soit par le directeur de la caisse primaire d'assurance maladie si la personne est sans résidence stable ou sans titre de séjour et s'est fait établir une domiciliation.

Des mesures spécifiques complémentaires

De plus, face aux limites persistantes du dispositif d'accès aux droits, plusieurs mesures à visée correctrice ont été prises ces dernières années. En réponse aux délais d'affiliation au régime d'assurance personnelle, la loi du 25 juillet 1994 et le décret du 7 mars 1995 prévoient une affiliation provisoire au régime de l'assurance personnelle de la personne pour laquelle il est impossible de déterminer rapidement de quel régime d'assurance maladie elle relève. L'affiliation ouvre immédiatement droit aux prestations en nature de l'assurance maladie et la recherche des droits s'effectue *a posteriori* pendant un délai de trois mois. En cas d'absence de droits, la personne est maintenue au régime de l'assurance personnelle. Parallèlement, pour pallier la complexité du système de couverture maladie, il a été préconisé l'instauration d'un partenariat entre les institutions socio-sanitaires. La circulaire ministérielle du 21 mars 1995 insiste sur la nécessité d'un

tel partenariat et engage les préfets à élaborer un plan départemental d'accès aux soins.

Dans le même souci de simplification, la loi du 29 juillet 1992 permet aux caisses d'assurance maladie, après délégation des conseils généraux, de gérer l'instruction des demandes d'admission à l'aide médicale départementale. Pour l'aide médicale « État » qui concerne les personnes sans résidence stable, une convention conclue le 9 mai 1995 entre l'État et les trois principales caisses nationales d'assurance maladie (régime général, régime des travailleurs indépendants et régime agricole) transfère la gestion de l'aide médicale à la caisse d'assurance maladie dans le ressort de laquelle la personne a élu domicile. Cette disposition, qui permet un « guichet unique » pour l'assurance maladie et l'aide médicale, devait faciliter l'accès aux soins de ces personnes.

Persistence de limites au droit

Grâce aux évolutions du dispositif et aux mesures spécifiques prises ces dernières années, le cadre législatif permet théoriquement un accès aux soins quasi universel. Il reste toutefois limité pour plusieurs populations particulières, rendant problématique leur accès aux droits et engendrant quelques situations de non-couverture ou de couverture insuffisante :

- **les jeunes de 18 à 25 ans sans emploi**, qui ne sont plus rattachés à leur famille, surtout s'ils sont sans logement.
- **les « sans domicile fixe »** qu'ils soient seuls ou en famille et qui sont sans logement ou qui voyagent constamment.
- **les personnes qui sortent du RMI** sans pouvoir bénéficier d'un autre système de protection sociale.
- **les étrangers en situation irrégulière**, notamment les femmes enceintes, qui n'ont de droits ouverts que dans le cadre d'une prise en charge hospitalière, intégrant les consultations externes et les prescriptions ordonnées à cette occasion. La couverture sociale des nièmes épouses est quasiment insoulable. L'ouverture des droits suppose la régularité administrative au regard du droit de séjour et la possession de papiers. L'impossibilité de les obtenir rend difficile l'accès au système de soins et encore plus improbable le suivi médical.

L'histoire édifiante de M. K...

D'origine africaine sans domicile fixe, en France depuis moins d'un mois, M. K... âgé de 27 ans avait été amené à consulter l'hôpital le plus proche, en raison de son état de santé. Sans titre de séjour

et sans couverture sociale, il avait été vu en consultation. Son état s'étant brutalement aggravé, ce même hôpital, siège du Samu, l'avait adressé en urgence à l'hôpital de Saint-Denis. Admis en réanimation vu son état très critique, ce patient est « sauvé » mais nécessite un traitement au long cours pour son insuffisance rénale (dialyse).

L'établissement ne disposant que d'un poste de dialyse aiguë en réanimation, sollicite la clinique voisine qui dispose d'un centre important de dialyse chronique et d'une concession de service public. Celle-ci oppose un refus fondé sur le motif qu'elle n'a pas de place. Après plusieurs refus des centres de dialyse, il faut se rendre à l'évidence : sans couverture sociale, ce patient ne sera admis nulle part. Décision est alors prise de prononcer sa sortie du service de réanimation et de l'hospitaliser en service de médecine d'où il se rend quotidiennement en réanimation pour son épuration rénale. Se pose le problème pour ce service de l'embolisation de son unique poste de dialyse.

Compte tenu de son état de santé et de son âge, seule la greffe de rein semble pouvoir apporter une solution au problème de santé de M. K..., le retour dans son pays d'origine signifiant un arrêt de mort puisqu'il ne pourrait y suivre son traitement. Adressé à un grand service parisien, il apparaît qu'il pourrait bénéficier d'une greffe mais ne sera inscrit en liste d'attente que lorsque son problème de prise en charge sera réglé. Or, si l'hôpital de Saint-Denis a pu obtenir une prise en charge partielle liée à l'urgence (aide médicale État), la greffe n'est pas considérée comme telle.

La décision est alors prise de régler définitivement cette question :

- 1) en embauchant ce patient à mi-temps : il avait désormais un double statut puisqu'il continuait à être dialysé en réanimation,
- 2) en le logeant dans l'un des studios que l'établissement loue à ses employés, pour éviter l'hospitalisation due à l'absence de domicile.

Au bout de quelques mois, lorsqu'un greffon lui convenant a été disponible, M. K... disposait de la même couverture sociale que n'importe quel salarié et a pu subir avec succès la greffe de rein. Plusieurs années après, M. K... est en bonne santé et travaille toujours au centre hospitalier de Saint-Denis...

Une étude menée par l'Insee en collaboration avec le ministère de la Santé, l'Inserm et le Crédoc révélait en 1980 que 0,8 % de la population française n'était incluse dans aucun régime d'assurance maladie. Seulement la moitié de ces « exclus de fait » était couverte par l'aide médicale gratuite, laissant ainsi 0,4 % de la

population sans protection sociale à l'égard de la maladie. **En 1995, on estimait par divers recoupements qu'environ 0,5 % de la population n'était toujours pas couverte par un système de protection sociale à l'égard de la maladie.**

Face à cette situation, soulignée notamment par les associations caritatives, certains hôpitaux – l'hôpital restant le lieu privilégié d'accès aux soins pour les plus démunis – se sont organisés en créant des cellules administratives d'accueil (ou cellules d'accueil spécialisées et d'aide médicale). Elles ont pour vocation d'aider les personnes en difficulté à faire valoir leurs droits et d'assurer leur accès aux soins sans délai. D'autres initiatives ont été mises en place dans des « quartiers sensibles » afin de faciliter l'accès aux droits, comme par exemple la formation de « femmes-relais » qui jouent le rôle de médiateurs entre la population et les structures de soins. **Malgré un effort important du législateur, un nombre significatif d'exclus des soins demeure, que ce soit parce leur situation ne correspond pas à l'une des catégories reconnues pour l'ouverture des droits, ou parce que le système est trop complexe pour qu'ils puissent simplement en bénéficier.**

Un dispositif réglementaire très complexe

Si le dispositif n'exclut en théorie que quelques populations particulières, en pratique sa complexité rend encore problématique l'accès aux droits – et donc aux soins – d'une frange non négligeable de la population. On peut en distinguer plusieurs raisons :

La méconnaissance des droits

La multiplication des textes législatifs a entraîné une grande complexité du système d'assurance maladie et des dispositifs d'aide médicale, et par là même a engendré des obstacles supplémentaires, en particulier pour les personnes défavorisées, pour l'identification de leurs droits. La reconnaissance des droits suppose la connaissance de ces droits, tant par la personne concernée, que par les professionnels de santé qu'elle est amenée à côtoyer. Or, la complexité de la réglementation (pluralité des régimes, gestion de l'aide médicale par les départements et non par les caisses), son évolution récente et la carence en travailleurs sociaux ne favorisent pas la transparence et le respect des droits. À titre d'exemple, si la réglementation prévoit que la personne sans résidence stable dont les ressources sont inférieures au RMI bénéficie de plein droit de l'aide médicale pour la prise en charge des cotisations d'assurance personnelle, il faut néanmoins qu'une demande soit effectuée dans ce sens. Cette situation entraîne

certains dysfonctionnements dans l'application de la réglementation. C'est pourquoi il est devenu impératif qu'un meilleur partenariat entre les différents acteurs concernés (organismes d'assurance maladie, conseils généraux, représentants d'associations, etc.) soit recherché.

Une mauvaise application des lois

L'accès aux droits peut être également entravé par des délais anormalement longs, dus en particulier à des lenteurs administratives générées par la complexité des procédures. Il n'est pas rare que les délais de prise en charge et d'accès aux soins s'opposent à une délivrance immédiate de soins ou de prescriptions. Par ailleurs, les procédures d'affiliation au régime de l'assurance personnelle supposent un examen préalable des droits sociaux de l'intéressé susceptible de générer des délais assez longs, la caisse de Sécurité sociale recherchant par exemple si la personne a droit à l'assurance maladie avant, dans la négative, de l'affilier à l'assurance personnelle.

Plus grave, une mauvaise volonté administrative et une application non rigoureuse de la réglementation, favorisée par la complexité des textes législatifs, peuvent rendre difficile voire impossible l'accès aux droits. Les exemples ne manquent pas qui parlent de culpabilisation, d'intimidation, de tracasseries inacceptables pratiquées par certains services départementaux et locaux. Ces exemples, qui dépassent par leur fréquence ce qui relèverait de l'anecdote malheureuse, ou encore les limites fixées par le département qui doit supporter la charge de l'aide médicale, apparaissent aujourd'hui en totale contradiction avec le principe de l'égalité de tous devant la loi.

Des barrières psychologiques

Les barrières psychologiques constituent le dernier type de difficultés fréquemment rencontrées puisque la reconnaissance des droits suppose une démarche volontaire de la personne d'autant plus difficile à effectuer que celle-ci se trouve en situation de précarité et que les procédures sont longues et complexes (par exemple la couverture sociale des chômeurs en fin de droits). **La situation est particulièrement critique pour les jeunes ou les étrangers, qui vivant dans l'insécurité, s'abstiennent souvent de toute démarche préalable qui ne serait pas dictée par l'extrême urgence.** Les barrières psychologiques sont de l'avis de beaucoup l'une des raisons qui conduisent au glissement vers l'exclusion alors que les droits sont théoriquement reconnus.

Une prise en charge incomplète des soins

La diminution régulière de la part de la Sécurité sociale dans les dépenses de santé

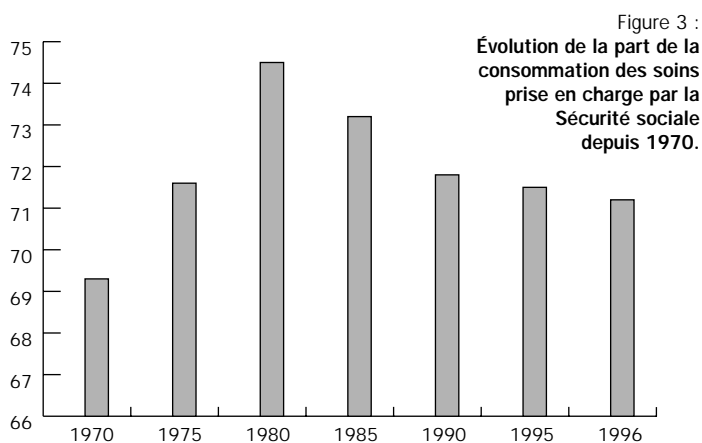
La diminution régulière de la prise en charge des soins par la Sécurité sociale représente un obstacle considérable à l'égalité face à l'accès aux soins. L'assurance maladie permet, selon les dépenses de soins, un remboursement total ou partiel, le montant restant à la charge de l'assuré constituant le ticket modérateur ou le forfait hospitalier. **Or, cette part, laissée à la charge des malades, s'est accrue ces dernières années compte tenu des divers plans d'économies imposés par le déficit de l'assurance maladie et la législation ne prévoit pas de cas d'exonération progressive du ticket modérateur en fonction des ressources des assurés.** Ceci constitue pour de nombreux ménages une limite financière très importante puisqu'en 1996, l'assurance maladie laissait globalement plus de 28 % des dépenses de santé à la charge des ménages. Parmi ceux-ci, près de 17 % – soit plus de 9 millions de personnes – ne bénéficiaient d'aucune protection complémentaire de type assurantiel.

Dès lors, toutes les mesures qui visent à limiter les dépenses de l'assurance maladie, en jouant sur les taux de remboursement ou l'augmentation du forfait hospitalier, touchent, en premier lieu, la partie de la population qui dispose de revenus trop faibles pour financer une assurance complémentaire, mais néanmoins supérieurs aux minima sociaux donnant accès à l'aide médicale en complément de l'assurance maladie. **Il existe un « effet de seuil » de pauvreté qui frappe des millions de ménages. Un exemple particulièrement démonstratif est celui de la sortie de la situation d'allocataire du RMI où la personne qui se réinsère se retrouve avec une couverture « maladie » inférieure à celle dont elle bénéficiait du fait du RMI** notamment à cause du coût de la mutuelle destinée à atténuer le coût du ticket modérateur. Il est intéressant de ce point de vue, de constater qu'un pays comme l'Allemagne, au système relativement proche de celui de la France, n'a pas de ticket modérateur pour les soins ambulatoires et une franchise très réduite pour la pharmacie.

Tableau VIII
Taux moyen de remboursement pour l'ensemble des biens et actes médicaux

Pays	1970	1975	1980	1985	1990	1995
Royaume-Uni	93,0	93,0	93,0	93,0	93,0	93,0
Allemagne	92,0	95,0	95,0	95,0	92,0	91,0
Suède	92,0	95,0	95,2	92,2	94,0	86,5
France	70,0	74,0	75,0	75,0	75,1	73,9

L'intervention de l'aide médicale reste donc souvent indispensable pour compléter la prise en charge des populations démunies. Ce problème a trouvé diverses solutions par le biais d'une prise en charge d'une cotisation mutualiste par le département ou par le financement d'une carte santé spécifique mais tous les départements ne se sont pas engagés dans cette voie. D'autre part, dans les départements concernés, une affiliation à l'aide médicale doit être entreprise, ce qui suppose une démarche supplémentaire auprès du Centre communal d'action sociale (CCAS).



Inégalités de la prise en charge selon la nature des prestations

Même si la consommation des médicaments en France dépasse – et parfois de loin – celle des pays voisins, la baisse du taux de remboursement des médicaments (de 82 % en 1977 à 70 % en 1987) a malgré tout aggravé les difficultés financières de la partie non assurée complémentaire et non exonérée du ticket modérateur de la population. **De même on peut également souligner les inégalités face aux soins hospitaliers qui se produisent selon le type de maladie puisqu'un patient peut avoir un solde à sa charge variant de 1 à 10** selon qu'il aura subi une opération ou qu'il aura été hospitalisé pour une pathologie médicale (par exemple, le coût d'un séjour hospitalier de 6 jours en chirurgie pour une opération > K50 représente 420 F à la charge du patient alors que le coût de 6 jours en médecine avec forfait hospitalier et ticket modérateur représente une dépense de 4 620 F pour un patient non couvert par une assurance complémentaire).

Les soins spécifiques comme les soins dentaires ou l'optique demeurent très mal remboursés en France alors qu'ils conditionnent également l'état de santé. Or, l'enquête menée par le Crédoc pour le Conseil économique et social en 1995 a montré la fréquence des pathologies dentaires et oculaires chez les personnes en situation de pauvreté. Les caisses d'assurance maladie disposent, dans ce domaine, de marges de manœuvre concernant la prise en charge des prothèses pour les bénéficiaires de l'aide médicale, mais toutes ne l'utilisent pas. L'aide médicale ne prend pas tous ces soins en charge et par exemple elle n'assume qu'une partie des coûts des lunettes. Enfin, la pratique du tiers payant, qui permet aux personnes en difficulté financière de ne pas faire l'avance des frais remboursables par l'assurance maladie ou l'aide médicale, est relativement généralisée dans les établissements de santé pour les personnes dont les droits sont ouverts, mais peu utilisée dans le système de soins libéral, induisant ainsi une distorsion dans le mode de recours aux soins.

Inégalités liées au mode d'exercice médical

Le mode d'exercice médical peut également induire une inégalité dans l'accès aux soins. Les médecins ont en effet la possibilité d'exercer en secteur I ou II selon qu'ils choisissent d'appliquer ou non les tarifs conventionnels des caisses d'assurance maladie. Lorsqu'ils exercent en secteur II, la différence entre leurs honoraires fixés librement et le tarif conventionnel est à la charge des assurés et s'ajoute au ticket modérateur. Aucun contrôle ne s'exerçant sur la répartition géographique de ces deux modes d'exercice, il en résulte que la concentration de praticiens exerçant en secteur II sur certaines villes ou certains quartiers crée de véritables **zones de nonaccès aux soins** pour les personnes qui ne disposent pas de couverture complémentaire ou qui relèvent de l'aide médicale.

Au total, grâce à la généralisation progressive de l'assurance maladie et aux mesures correctrices des défaillances du dispositif, la législation française permet globalement une couverture sociale théorique satisfaisante si on la compare à celle des pays voisins. **Toutefois des inégalités très importantes persistent dans le domaine de l'accès aux soins**, les problèmes se posant surtout en termes de demande de soins des personnes en situation d'exclusion par rapport au droit, n'ayant pas fait valoir leurs droits ou tout simplement trop riches pour bénéficier d'un dispositif d'aide médicale mais trop pauvres pour pouvoir financer une assurance complémentaire.

L'accès aux soins : de profondes disparités selon les situations

Indépendamment des facteurs limitants que sont, pour les personnes en situation de pauvreté et de précarité, l'accès aux droits et l'absence de couverture complémentaire, il existe d'autres limites à l'accès aux soins : les unes étant propres aux personnes elles-mêmes et les autres étant – malgré des efforts notables – dues au système de soins. Il y a trop souvent entre la personne qui, certes, est malade mais souffre d'abord d'une mauvaise image d'elle-même et le système de soins une distance psychologique fondamentale qui ne permet pas un dialogue serein et qui bien souvent se traduit à la fois par une résistance du patient à aller consulter et une incapacité du système de soins (public ou privé) à prendre en charge les problèmes spécifiques.

L'aide médicale : un mécanisme pour faciliter l'accès aux soins

Les bénéficiaires de l'aide médicale ont un accès aux soins amélioré par deux modalités, l'une relative aux conditions pratiques d'accès au système sanitaire, la carte santé, l'autre portant sur la prise en charge financière, le système de tiers payant.

La carte santé

À la carte de sécurité sociale peut s'ajouter une carte de soins gratuits destinée aux bénéficiaires de l'aide médicale générale et gérée par les CCAS qui prennent alors en charge les frais du ticket modérateur et même l'ensemble des dépenses de santé si la personne concernée perd ses droits à la sécurité sociale. Le bénéficiaire ne supporte aucun frais pour toute dépense prise en charge par la carte santé. L'introduction de la carte santé a permis de faciliter les démarches d'accès aux soins : elle remplace le justificatif de la nécessité des soins qui n'est désormais plus nécessaire ; elle permet une demande familiale globalisée pour tous les types d'aide et remplace donc la demande individualisée par bénéficiaire et type d'aide ; elle est utilisable sans limitation du nombre d'actes et par tous les membres de la famille ayant la qualité de bénéficiaires ; elle comporte un paiement direct, par la CPAM ou par la mutuelle, des praticiens qui étaient auparavant réglés par la comptabilité du département.

Le tiers payant

L'aide médicale comporte également un système de tiers payant. Cette procédure permet à l'assuré social d'être dispensé de l'avance des frais, les médecins et les établissements de soins étant réglés par un tiers (caisses d'assurance maladie, mutuelles ou service de l'aide médicale). Pour les assurés sociaux non admis à l'aide médicale, le tiers payant s'applique diversement selon les

différents types de prestations : systématiquement pour les frais d'hospitalisation (y compris pour les consultations externes), très largement pour les frais pharmaceutiques et, selon les situations prévues par les diverses conventions nationales avec les professions de santé, pour les frais d'honoraires des praticiens et auxiliaires médicaux.

*Les non-assurés complémentaires :
une population précaire face à la maladie*

En 1996, l'assurance maladie obligatoire représentait 71,3 % de la dépense nationale de santé, le reste de la dépense étant à la charge des ménages. Une part importante de cette dépense supplémentaire est prise en charge par l'assurance complémentaire – mutuelle ou assurance privée – qui fait aujourd'hui intégralement partie de la couverture sociale puisqu'elle couvre globalement 11,8 % de la dépense de santé et surtout, 19,5 % de la dépense non hospitalière. La couverture complémentaire intervient pour tous les soins avec ticket modérateur et l'on considère qu'environ 84 % de l'ensemble de la population serait ainsi couverte par un dispositif complémentaire.

Qui sont aujourd'hui les 16-17 % – soit plus de 9 millions de personnes – non couvertes par une assurance complémentaire ? Ont-elles librement décidé de ne pas payer de cotisations supplémentaires parce qu'elles ont des revenus suffisamment importants, sont en bonne santé et que le paiement éventuel d'un ticket modérateur ne leur pèse pas ? N'en ont-elles pas besoin parce qu'elles bénéficient d'une exonération du ticket modérateur ? Ou bien ne feraient-elles pas plutôt partie des ménages pour lesquels la couverture complémentaire représente un coût trop important pour être envisagé ? Et si c'était le cas, ne peut-on considérer comme probable que ces mêmes personnes aient alors des problèmes d'accès aux soins de première ligne, c'est-à-dire principalement chez le médecin généraliste. Depuis quelque temps, et particulièrement dans le cadre des débats sur l'assurance maladie universelle, ces questions circulent.

Pour tenter d'apporter des éléments de réponse, la Fédération nationale de la mutualité française (FNMF) a cherché, en collaboration avec Sanesco et le Crédes à décrire la population des non-assurés complémentaires à travers l'enquête ESPS. Ces éléments, non publiés à ce jour, apportent une contribution significative à l'édifice fragile de la description de la population en situation ou en voie de précarisation en France au milieu des années quatre-vingt-dix. Les données étudiées proviennent d'une

enquête réalisée en 1994 et 1995 auprès des ménages dont au moins l'un des membres est assuré social au régime général ou au régime des travailleurs indépendants.

Qui sont les non-assurés complémentaires ?

Selon l'enquête ESPS, 83,6 % des personnes de l'échantillon auraient une couverture complémentaire. Ce résultat est quelque peu supérieur aux données de l'enquête « Santé 1991 ». Cela s'explique par le fait que dans l'enquête ESPS, l'échantillon étudié a été construit sur la base des fichiers de Sécurité sociale. Des ménages n'ayant aucune protection sociale ayant donc été par construction éliminés de l'enquête. Dans cette enquête, les caractéristiques des 16,4 % de personnes non assurées complémentaires sont les suivantes :

- 40 % des personnes sans couverture complémentaire et pour lesquelles on connaît le revenu, sont dans des ménages dont le revenu est inférieur à 6 500 F par mois (revenu net mensuel, incluant les prestations sociales), contre 16,7 % pour l'ensemble de l'échantillon.
- Deux tranches d'âge sont surreprésentées dans le groupe des non-assurés complémentaires : les 18-29 ans (ils représentent près de 25 % du groupe des personnes sans couverture complémentaire contre 18 % dans la population générale) et les plus de 80 ans (3,2 % contre 2 % dans la population générale).
- 11,5 % des personnes non assurées complémentaires sont dans des ménages d'une seule personne contre 8,75 % dans l'ensemble de l'échantillon.
- 75 % des personnes sans couverture complémentaire appartiennent à des ménages où personne n'est assuré complémentaire, et plus de la moitié de ces ménages où personne n'est assuré sont des ménages de plus de quatre membres.

L'enquête semble donc confirmer le fait qu'**une partie significative de la population non assurée complémentaire se situe bien dans les zones de la pauvreté et de la grande précarité économique. Elle confirme également (i) que la jeunesse semble plus particulièrement concernée et (ii) qu'il existe bien une population de plusieurs millions de personnes qui doit faire l'avance des frais alors que son revenu est bas et que le ménage comprend au moins quatre personnes.**

*Quel âge ont-ils, quel est leur revenu
et de quel type d'aide complémentaire bénéficient-ils ?*

On sait également, et ce pourrait être le cas notamment des personnes âgées, que certaines personnes ne recourent pas à l'assurance complémentaire parce qu'elles bénéficient soit d'une exonération du ticket modérateur, soit de l'aide médicale gratuite (AMG)⁷⁹. On sait enfin que les jeunes ne disposant pas de ressources suffisantes peuvent différer leur couverture complémentaire parce que leur risque de santé est faible. L'enquête a donc cherché à croiser ces différents critères et les résultats sont les suivants :

- Environ 25 % des personnes non assurées complémentaires bénéficient d'une prise en charge à 100 % contre 7 % des assurés complémentaires. On peut donc faire ici l'hypothèse qu'elles sont non-assurées complémentaires parce que la couverture à 100 % est déjà satisfaite ;
- Par ailleurs, 34 % des personnes non assurées complémentaires et ne bénéficiant ni de l'exonération du ticket modérateur ni de l'AMG appartiennent à des ménages⁸⁰ dont le revenu est inférieur à 6 500 F par mois et pour 51 % d'entre elles, il est inférieur à 8 000 F (Tableau IX).

Enfin, si l'on croise les informations concernant l'âge, le revenu et la situation vis-à-vis de l'exonération ou de la couverture à 100 % on note que (Tableau X) :

- Plus de 75 % des enfants de moins de 4 ans qui sont dans des ménages où il n'y pas de couverture complémentaire ne bénéficient pas d'une prise en charge à 100 % au titre de l'AMG ou d'une exonération du ticket modérateur ; 28 % d'entre eux vivent dans des familles où le revenu du ménage

79. On considère ici que le bénéfice de l'AMG donne une couverture à 100 % du tarif Sécurité sociale, ce qui constitue une légère approximation ; en effet parmi les bénéficiaires de l'AMG on pourra trouver des situations disparates : AMG pour un séjour hospitalier, prise en charge du ticket modérateur en médecine de ville en complément de la couverture par l'assurance personnelle (carte santé), et surtout, le bénéfice de l'AMG pour les personnes qui n'ont pas de carte santé est limité, donné pour un nombre fixé de recours (il peut donc y avoir des périodes d'interruption dans la prise en charge à 100 %).

80. L'information sur le revenu, disponible dans cette enquête n'a pas, dans le cadre de ces traitements, pu être rapportée à l'unité de consommation (méthode d'affectation de l'Insee des revenus du ménage au nombre de personnes du ménage pondéré de leur poids dans la consommation du ménage). Elle est donc entachée d'une certaine fragilité, puisque dans cette première approche, on considère tous les ménages de la même façon, et notamment les ménages, jeunes ou âgés, d'une seule personne et ceux de plusieurs personnes. Cependant, d'une part, les personnes âgées sont largement concernées par les causes d'exonération étudiées, d'autre part, les ménages nombreux sont très surreprésentés dans la population étudiée.

est inférieur à 6 500 F par mois (les enfants de moins de 4 ans étant légèrement surreprésentés dans les non-assurés complémentaires, confirmant la relative « jeunesse » de la population non assurée complémentaire).

- Pour les enfants et adolescents de 4 à 18 ans, les chiffres sont tout à fait comparables (73 % et 27,7 %).
- Les jeunes adultes de 18 à 29 ans sont massivement concentrés dans les non-exonérés et bénéficient faiblement de l'AMG.
- On voit bien évidemment croître l'importance des non-assurés complémentaires bénéficiant d'une exonération du ticket modérateur avec l'âge. On notera cependant que plus de la moitié des non-assurés complémentaires de plus de 80 ans sans exonération ont des revenus par ménage inférieurs à 6 500 F par mois, ce qui est sensiblement plus élevé que chez les exonérés du ticket modérateur (43 %).

Tableau IX
Structure des revenus des ménages des personnes
ne bénéficiant pas d'une couverture complémentaire

Revenus du ménage	NAC non ETM, non AMG (%)	ETM (%)	AMG (%)	ETM + AMG (%)	Total NAC (%)
<i>Revenus < 3 000 F</i>	5	3	15	12	6
<i>Revenus entre 3 000 et 6 500 F</i>	29	43	48	46	34
Revenus < 6 500 F	34	46	63	58	40
<i>Revenus entre 6 500 et 8 000 F</i>	17	14	19	29	17
Revenus < 8 000 F	51	60	82	89	57
<i>Revenus entre 8000 et 12 000 F</i>	27	16	15	9	25
<i>Revenus > 12 000 F</i>	22	14	3	2	18
Total	100	100	100	100	100
Structure générale des NAC	75	10	13	2	100

NAC : non-assurés complémentaires, ETM : exonéré du ticket modérateur, AMG : aide médicale gratuite. [Le Tableau se lit de la manière suivante : 51 % des personnes qui ne bénéficient ni d'une assurance complémentaire, ni d'une exonération du ticket modérateur, ni de l'AMG vivent dans un ménage dont le revenu est inférieur à 8 000 F net par mois]. Le chiffre de la dernière colonne (Total NAC) correspond à la somme des chiffres de la même ligne pondérés par les proportions des différentes catégories de NAC.

- Parmi les personnes non assurées complémentaires et ne bénéficiant pas de l'exonération du ticket modérateur ou de l'AMG : (i) 80 % des ménages ayant des revenus inférieurs à 6 500 F sont dans des ménages de deux personnes ou plus et 58 % dans des ménages de plus de trois personnes, et (ii) 64 % des ménages ayant des revenus inférieurs à 8 000 F sont des ménages de plus de trois personnes.

On notera enfin que, d'après les données de la Cnamts⁸¹, le coût moyen du ticket modérateur était, en 1995, de 1 150 F pour un an par personne bénéficiant du régime général. C'est-à-dire que si dans un ménage de deux personnes ayant un revenu mensuel de 6 500 F la consommation de soins de santé était celle d'un assuré moyen du régime général, le coût du ticket modérateur – ou d'une garantie complémentaire calculée sur cette base – serait égal à près de 3 % de leur revenu net annuel. On conviendra facilement qu'une telle somme représente une dépense probablement dissuasive.

Tableau X
Situation vis-à-vis de la prise en charge à 100 % des personnes non assurées complémentaires, selon les revenus des ménages et leur âge.

Âge et revenus du ménage	Ni ETM, ni AMG	ETM	AMG	ETM et AMG	Total
< 4 ans <i>dont revenus du ménage</i>	74,6	2	19	19	100
< 6 500	28		40		30
< 8 000	46		73		52
4-18 ans <i>dont revenus du ménage</i>	73	2,4	21,9	1,3	100
< 6 500	27,7		57,0		
< 8 000	44,3		82		
18-29 ans <i>dont revenus du ménage</i>	82,8	3,5	8,1	0,1	100
< 6 500	29,8		55,5		34
< 8 000	48,1		78,0		51
30-49 ans <i>dont revenus du ménage</i>	75	7,7	11,5	3	100
< 6 500	32,8				39
< 8 000	45,7				52,9
50-64 ans <i>dont revenus du ménage</i>	65,6	23	4,7	2,1	100
< 6 500	27,8				32,9
< 8 000	41,7				46,5
65-79 ans <i>dont revenus du ménage</i>	54	39,2	3,3	-	100
< 6 500	48,8	35,7			44,3
< 8 000	63,8	47			57,9
+ 80 ans <i>dont revenus du ménage</i>	43,9	49	3,8	2,3	100
< 6 500	53,8	43			49,6
< 8 000	64,7	62,5			58,9

[Le Tableau se lit de la manière suivante : 82,8 % des jeunes de 18 à 29 ans qui ne bénéficient pas d'une assurance complémentaire, ne bénéficient pas non plus d'une exonération du ticket modérateur, ni de l'AMG. Près de la moitié d'entre eux (48,1 %) vit dans un ménage dont le revenu est inférieur à 8 000 F net par mois.]

81. Cnamts, « Le régime général en 1995 », *Carnets statistiques 1996*, n° 90, p. 37.

Combien sont-ils et comment se répartissent-ils ?

En dehors du modèle très largement répandu d'une couverture sociale associant l'assurance maladie obligatoire (la Sécurité sociale) et une assurance complémentaire privée (mutuelle ou compagnie d'assurance privée), on doit désormais considérer que le système de couverture sociale inclut deux modalités très différentes d'accès à l'assurance maladie pour environ 16 % de la population (Tableau XI) :

- *Les bénéficiaires d'une aide complémentaire* : l'extension de l'AMG par la réforme de 1993 a donné le bénéfice d'une couverture à 100 % du tarif de sécurité sociale aux personnes les plus démunies (bénéficiaires du RMI et, selon les départements, personnes dont les ressources sont inférieures à un plafond de ressources pouvant se situer jusqu'à 120 % du RMI) et aux personnes les plus malades bénéficiant déjà d'une exonération du ticket modérateur (même si celle-ci ne garantit pas tout à fait la couverture à 100 %) ;
- *Les non-bénéficiaires d'une aide complémentaire* : l'enquête a montré que 12 % de la population enquêtée, bien qu'assurée social au régime général, ne bénéficie ni de cette couverture supplémentaire à 100 % ni non plus d'un système de couverture complémentaire de type mutualiste ou assurantiel. Environ un tiers de cette population – soit 4,2 % de la population générale ou encore **2,5 millions de personnes – vit dans un ménage où le revenu est inférieur à 6 000 F** et la moitié de cette population – soit **environ 3,5 millions de personnes – dans un ménage où le revenu est inférieur à 8 000 F** nets mensuels. Cette population déjà défavorisée par un revenu modeste se trouve donc bien dans une situation de précarité par rapport à la maladie puisqu'elle n'a pas de système de couverture complémentaire.

Un rapport à la santé qui limite l'accès aux soins

Le rapport à la santé des personnes défavorisées est souvent marqué par le non-souci de soi, l'occultation voire le déni des problèmes de santé. De nombreux travaux montrent que la santé est effectivement ressentie comme non prioritaire pour beaucoup de familles en difficulté notamment par rapport aux problèmes d'emploi et de logement. La conscience même de l'état de santé pose problème. Il s'agit d'une apathie, d'une forme « d'anesthésie » des individus qui ne prennent plus en charge leur corps, même s'ils bénéficient de leurs droits et ont un besoin de soins évident. Les personnes en situation de pauvreté ou de précarité

manifestent une profonde dévalorisation de soi qui peut se traduire en particulier par un faible intérêt pour sa propre santé. Les exclus ont tendance à négliger leur corps. Ils perdent la faculté de l'évaluer et ne connaissent plus les limites ni de leur corps ni de leur santé. De plus il est difficile d'évoquer une situation sociale que beaucoup vivent comme une déchéance et il en résulte souvent un manque de motivation par rapport aux démarches nécessaires pour la récupération des droits.

On est donc en présence d'une demande très fragile. Les personnes défavorisées ne se préoccupent de leur santé que lorsque les troubles deviennent des handicaps ou lors de la survenue d'un accident. Elles s'intéressent peu à leur rythme de vie, à leur régime alimentaire et aux conditions de sécurité. Le recours aux soins survient tardivement. L'amorce d'une démarche de soins est parfois très difficile et lorsque les soins ont débuté, il est souvent difficile de les poursuivre jusqu'au terme souhaité. Il existe parmi les personnes en difficulté socio-économique une véritable appréhension du monde médical qui incite à reculer au maximum la décision de recours aux soins. Cette attitude peut aller jusqu'au refus des soins qui donne parfois lieu à des « sorties contre avis médical » en milieu hospitalier.

Tableau XI
Segmentation de la couverture maladie
selon le type d'assurance complémentaire publique ou privée

Revenus	% Ensemble de la population	Proportion de la population concernée <i>[en fonction du revenu net du ménage (%)]</i>			
		< 6 500	< 8 000	8 - 12 000	> 12 000
• Couverture mixte : Sécurité sociale + privée complémentaire	84	14	25	30	44
• Couverture 100 % publique : AMG seule ou Sécurité sociale + ETM ou AMG	4	2,24	3	0,7	0,3
• Couverture Sécurité sociale seule	12	4,2	6	3	3
• Population correspondante ¹	6 991 000	2 447 000	3 496 000	1 748 000	1 748 000
Total	100	18	30,1	29,7	40,2

[Le tableau se lit de la manière suivante : 3 496 000 personnes vivant dans un ménage dont le revenu est inférieur à 8 000 F net par mois n'ont aucune couverture complémentaire.]

1. La population totale retenue est de 58 265 000 personnes.

La faiblesse de la consommation en médecine de ville

Des données publiées par le Crédes⁸² fournissent des éléments sur la consommation médicale selon le type de couverture sociale et notamment selon le fait d'avoir ou non accès à une couverture complémentaire (privée ou publique). Chez les personnes non exonérées du ticket modérateur, sans couverture complémentaire, la consommation de soins est plus faible (données enregistrées pour un mois) en consultations de généralistes (11 % contre 21 % en moyenne), en séances de spécialistes (5 % contre 13 %), et pour la consommation pharmaceutique (18 % de consommateurs contre 33 % en moyenne, 0,8 conditionnement par personne contre 1,8). En revanche la consommation pharmaceutique non prescrite est très proche de la moyenne : 7 % de consommateurs (9 en moyenne) et 0,11 conditionnement (0,14 en moyenne), alors que celle d'appareils, accessoires et pansements est plus faible : 1,5 % de consommateurs (contre 2,5 % en moyenne). Dans cette étude, 33,4 % de personnes non exonérées et sans couverture complémentaire disent avoir renoncé à des soins au cours des douze derniers mois, contre 21,7 % en moyenne, que ce soit pour le motif de l'avance de frais ou de couverture insuffisante⁸³. Ces quelques éléments illustrent les effets sur la consommation médicale non hospitalière d'une couverture complémentaire. Bénéficiaire ou non d'une couverture complémentaire n'est bien sûr pas le seul facteur explicatif de ces écarts, mais ces résultats peuvent contribuer à la compréhension des disparités d'accès aux soins en France.

Médecins généralistes et populations défavorisées :

Partant du principe que les médecins généralistes « ... sont parmi les mieux placés pour connaître la vie quotidienne de leurs patients, leurs conditions d'habitat ou leurs habitudes alimentaires, voire leurs traditions culturelles, pour aborder la maladie et les soins. » et que par ailleurs « Ils sont souvent les mieux à même de connaître leurs éventuelles difficultés financières (pour l'avance des frais médicaux ou les remboursements), ou leurs problèmes familiaux, exprimés par exemple dans les relations parents-enfants ou dans le malaise des jeunes des quartiers en difficulté. », l'Observatoire régional de la

82. *Soins, santé et protection sociale en 1995*, Crédes, novembre 1996.

83. Même si cette donnée doit être interprétée avec prudence, car elle porte sur des consommations aussi disparates que la consultation médicale et la prothèse dentaire.

santé Provence-Alpes-Côte-d'Azur a réalisé une enquête auprès des médecins généralistes des Bouches-du-Rhône pour (i) apprécier les connaissances, attitudes pratiques et représentations des médecins généralistes face aux populations défavorisées, et (ii) analyser la problématique des relations entre les médecins généralistes et l'ensemble du dispositif médico-social⁸⁴.

À partir d'un échantillon représentatif de 434 médecins généralistes exerçant soit en cabinet individuel, soit en cabinet de groupe, soit en centre de santé municipal ou mutualiste, l'enquête a permis de mettre en évidence le rôle fondamental du médecin généraliste dans la prise en charge des populations en situation de précarité ou de pauvreté. Les conclusions de cette enquête soulignent que :

« ... La prise en charge des populations défavorisées est importante pour les médecins généralistes du département puisqu'ils sont 33 % à rencontrer souvent, dans leur pratique quotidienne, des patients défavorisés ayant des revenus inférieurs ou équivalents au RMI, 29 % à avoir vu, au cours des sept derniers jours, au moins 10 % de patients bénéficiant de la Mutuelle solidarité ou Provençale de la solidarité et plus de 60 % à voir en consultation, parfois ou souvent, des patients demandant des délais de paiement, alors qu'ils ont un revenu régulier et ne sont pas des RMIstes. À cette prise en charge, s'ajoute la confrontation des médecins généralistes avec les problèmes médico-sociaux de leurs patients, 40 % ayant pris contact, dans les derniers douze mois, avec une institution de prise en charge des toxicomanes, 28,5 % avec un centre d'hygiène alimentaire et d'alcoologie, 10,6 % avec un médecin de cellule d'appui au RMI. »

Sur l'ensemble des médecins généralistes interrogés, 97 % avaient déjà été confrontés à un patient membre d'une famille bénéficiaire du RMI. 23 % de ces médecins généralistes pensent que *« les bénéficiaires du RMI négligent souvent des problèmes de santé graves et 76 % pensent qu'ils les négligent parfois »*.

« ... Les motifs de consultation cités mettent en évidence l'importance des problèmes sociaux rencontrés par cette population et l'intrication fréquente du social et du médical. Près de 20 % des consultants révèlent des difficultés familiales, des ruptures familiales, des problèmes de solitude et d'isolement, ou sont mères célibataires ou

84. Connaissances, attitudes pratiques et représentations des médecins généralistes face aux populations défavorisées. Enquête auprès des médecins généralistes des Bouches-du-Rhône. Observatoire régional de la santé Provence-Alpes-Côte-d'Azur, juin 1997.

divorcées. Ces difficultés sociales étant fréquemment liées à des pathologies telles que la dépression ou les troubles mentaux. »

« ... L'expérience de prise en charge des populations défavorisées pousse le médecin généraliste à élargir son champ d'action et à sortir du domaine strictement médical. La majorité des médecins pense que la prise en charge d'une personne défavorisée signifie, en comparaison avec les autres personnes, prendre beaucoup de temps pour l'écouter ou agir comme un conseiller familial. Ils sont plus de 70 % à avoir fait une lettre pour appuyer une demande d'un de leurs patients défavorisés et plus de 50 % à avoir rédigé un certificat pour l'obtention d'un logement social. La prise en charge d'un patient défavorisé incite le médecin à tenir compte des difficultés économiques de ses patients dans ses prescriptions médicales : plus d'actes gratuits, accord de délais de paiement, prescription de médicaments moins chers ou distribution d'échantillons gratuits, afin de favoriser la compliance au traitement prescrit. »

« ... La prise en charge des populations défavorisées confronte le médecin à des difficultés pratiques telles que la lourdeur dans la gestion administrative, le manque d'informations ou de connaissance des structures, les dispositifs et/ou les droits sociaux. »

L'hôpital, principal recours des plus démunis

Si la consommation en soins est nettement abaissée en médecine de ville pour les personnes bénéficiant d'un régime de l'assurance maladie obligatoire mais pas d'assurance complémentaire ou d'exonération du ticket modérateur, elle est probablement très faible pour ceux qui ne bénéficient d'aucun droit. C'est alors vers les dispensaires gratuits mis en place par les associations caritatives et vers l'hôpital que se dirigent ceux qui n'ont pas les moyens de payer qu'ils soient exclus au sens du droit ou que tout simplement ils ne fassent pas valoir leurs droits.

Une réglementation hospitalière très généreuse

L'obligation d'accueil et un accès égal de tous aux soins qu'il dispense relèvent de la mission du service public hospitalier telle que l'a rappelé encore récemment la loi du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière. Le Code de la santé publique, dans son article L 711-4, confirme que les hôpitaux « ... sont ouverts à toutes les personnes dont l'état requiert leurs services... » et qu'ils « ... ne peuvent établir aucune discrimination entre les malades en ce qui concerne les soins ». Cette règle de droit est régulièrement réaffirmée par circulaire, notamment :

- la circulaire du 17 septembre 1993 relative à l'accès aux soins des personnes les plus démunies qui propose deux mesures susceptibles d'aider les hôpitaux dans cette mission :
 - la mise en place de cellules d'accueil spécialisées pour aider les plus défavorisés à faire valoir leurs droits,
 - la passation de conventions avec l'État destinées à assurer la gratuité des soins externes et des médicaments pour les personnes sans résidence stable, les services de l'État remboursant aux hôpitaux la dépense engagée.
- la circulaire du 21 mars 1995 qui préconise l'élaboration d'un plan départemental d'accès aux soins des plus démunis.
- la circulaire du 6 mai 1995 sur la charte du patient hospitalisé : « ... l'accès au service public hospitalier est garanti à tous, et, en particulier, aux personnes les plus démunies quand bien même elles ne pourraient justifier d'une prise en charge par l'assurance maladie ou l'aide médicale. »

Les urgences transformées en service d'accueil

Si l'hôpital est le principal recours, c'est essentiellement par l'intermédiaire de son service des urgences qu'il s'acquitte de sa mission. Outre les difficultés liées à leur situation financière et administrative, plusieurs facteurs concourent à ce que les populations défavorisées privilégient ce mode de recours : l'absence fréquente de médecin traitant, l'appréhension des relations avec un monde médical ressenti comme distant, l'attente du dernier moment pour se faire soigner, le manque d'information sur les autres types de structures sanitaires. Le recours aux urgences est particulièrement utilisé pour les enfants, y compris par les médecins traitants, et explique, en partie, la forte croissance de l'activité des services d'urgence pédiatriques.

Il faut cependant insister sur le fait que cette demande de soins est réelle, même si des problèmes sociaux associés : une étude menée sur les services d'urgence des hôpitaux d'Ile-de-France, en 1991, avait mis en évidence une proportion relativement faible (2 %) d'urgences sociales pures⁸⁵. De la même manière, les expériences de halte sociale, ouvertes en aval des urgences dans certains hôpitaux ont montré qu'à l'occasion d'une simple demande

85. *L'urgence à l'hôpital*, rapport présenté au Congrès de printemps de l'UHRIF, mai 1991.

d'hébergement, l'examen médical pouvait révéler des pathologies sévères. Néanmoins, la prise en charge de la maladie de certaines catégories sociales démunies aux urgences de l'hôpital comporte des limites évidentes qui ont incité un certain nombre d'hôpitaux à mettre en place des dispositifs spécifiques.

Malgré tout d'importants obstacles persistent

Si, d'une manière générale, les hôpitaux assurent correctement la réponse à l'urgence, plusieurs facteurs compliquent la prise en charge des patients en situation précaire par l'institution hospitalière :

- Il s'agit la plupart du temps d'une prise en charge ponctuelle qui, dans le cadre des services d'urgence, va privilégier le problème médical ou chirurgical, voire psychiatrique, par rapport au problème social, qui nécessite souvent une action différée. Par ailleurs, ces patients, plus encore que d'autres, nécessitent un temps relationnel et d'écoute peu compatible avec le caractère technique et expéditif des urgences. Peu de services d'urgences disposent de locaux adaptés permettant une bonne séparation des divers flux de malades de façon à éviter la promiscuité et garantir un accueil personnalisé. Enfin, ce mode de distribution des soins n'assure, par définition, aucune continuité dans le suivi des patients et ne facilite pas la prise en charge précoce de pathologies graves.
- Par ailleurs, l'activité que déploie l'hôpital, dans le domaine de la prise en charge des populations précaires, n'est pas reconnue dans les impératifs de gestion auquel il est désormais soumis. En effet, pour mieux maîtriser les dépenses hospitalières, les établissements font l'objet de comparaison entre les ressources consommées et l'activité médicale produite. Cette activité est comptabilisée en fonction des pathologies accueillies, de leur niveau de gravité, de leur consommation en actes techniques et de la durée de séjour hospitalier (système des points ISA). Il est certain que la prise en charge des populations précaires n'est pas encouragée par la nature des indicateurs retenus puisqu'elle comporte peu d'actes très techniques et une majorité de soins externes peu valorisés et qu'enfin elle est très consommatrice en personnel (temps relationnel) et quelquefois facteur d'allongement des durées de séjour.

Il faut également citer les problèmes de recouvrement que connaissent les hôpitaux prenant en charge ces populations

du fait notamment de la nature des soins (urgences), de l'insuffisance de prise en charge du ticket modérateur (pour ceux qui sont au-dessus du seuil d'accès à l'aide médicale) ou encore de l'inexistence d'une couverture sociale (étrangers en situation irrégulière). Là encore, le poids des créances non recouvrables dans les résultats économiques des hôpitaux n'est pas pris en compte. Bien que l'hôpital ait souvent su s'adapter relativement bien à l'accueil des personnes démunies, il est à craindre, si aucune modulation ou aucun mécanisme spécifique n'est mis en place, que devant la pression que représente la maîtrise des dépenses de santé les hôpitaux ne soient amenés à faire des choix dans leurs activités qui excluraient alors les plus défavorisés.

- L'action de l'hôpital est rarement coordonnée à celle des autres structures de soins et tout particulièrement à la médecine de ville (médecins généralistes et centres de santé) et au secteur psychiatrique. Elle ne permet donc pas d'instaurer un suivi de cette population en dehors de ses murs. Pire, on assiste de plus en plus à un phénomène de nomadisation.

Des innovations intéressantes mais insuffisantes

Les consultations « précarité ». Ce sont des dispositifs médico-sociaux intégrés aux hôpitaux qui permettent aux plus démunis d'accéder aux soins sans avance de frais. Il s'agit, la plupart du temps, d'une consultation sans rendez-vous couplée à une cellule d'accueil spécialisée qui, parallèlement à la recherche des droits, délivre au patient une carte de circulation lui donnant accès à l'ensemble des consultations de l'hôpital, ou à cette consultation sans rendez-vous. Pour mémoire, il faut également citer la consultation du CHAPSA, couplée aux urgences de l'hôpital de Nanterre. Cependant, même si ces dispositifs spécifiques induisent une amélioration de la prise en charge des plus démunis, ils ne peuvent être considérés comme des réponses durables, en particulier parce qu'ils dédouanent l'ensemble du système de soins d'une réponse globale et font courir le risque à terme de créer un phénomène de ghetto.

Les Samu sociaux. Le principe du Samu social consiste à aller au-devant des populations les plus fragiles qui ne sont pas en mesure de faire appel elles-mêmes aux services sociaux ou aux services de soins. Les équipes (infirmières et travailleurs sociaux) interviennent soit sur appel téléphonique de particuliers, soit en sillonnant les principales rues ou lieux où se regroupent les per-

sonnes en difficulté. Le dispositif, né à Paris, s'est progressivement étendu aux départements de la région parisienne et aux grandes agglomérations de province. Au regard de l'amélioration de l'accès aux soins, son efficacité est relativement limitée car il est utilisé principalement pour la recherche d'hébergement et rencontre alors des limites liées à l'insuffisance de places en structure d'hébergement et à l'impossibilité d'instaurer un véritable suivi social et *a fortiori* médical.

Les lits infirmiers. Les services d'urgence hospitaliers sont souvent confrontés dans la prise en charge des personnes en situation précaire à l'absence d'un domicile compatible avec des soins relevant traditionnellement du domicile (fièvre nécessitant du repos, etc.). De cette carence est née la notion de « lits infirmiers » qui ont été implantés principalement dans des CHRS (Centre d'hébergement et de réinsertion sociale) mais aussi à l'hôpital, dans des locaux districts des services hospitaliers. L'accueil des patients admis dans ces lits s'effectue en principe sur les mêmes critères que ceux qui relèvent des soins infirmiers à domicile. Parce qu'il est difficile de maîtriser les dérives qui consistent soit à utiliser ces lits pour des prises en charge trop lourdes par rapport à leur objectif initial (l'équivalent du domicile) et les moyens dont ils sont dotés, soit à y adresser des patients dont les services hospitaliers ne veulent plus (toxicomanes, personnes âgées, etc.), ce concept de « lit infirmier » est jugé comme dangereux et discriminatoire dans la mesure où il instaure une sorte de « médecine à deux vitesses ».

Le monde associatif. Les associations ont joué – et continuent à jouer – un rôle considérable dans la prise en charge des problèmes de santé des populations en situation de pauvreté et de précarité. Il n'entre pas dans les objectifs de ce rapport d'en dresser le tableau exhaustif bien que, dans l'intérêt de tous, ce travail mériterait d'être réalisé. C'est en particulier dans le domaine de l'accès aux soins des personnes sans droits et/ou des jeunes que les associations ont développé des initiatives souvent exemplaires. Par exemple, l'association Reso qui fédère plusieurs centaines de médecins (dont 80 % de généralistes) qui acceptent de prendre en charge gratuitement les personnes qui leur sont adressées. L'association reçoit les appels de détresse et assure la coordination avec les médecins des dispensaires et des hôpitaux adhérents à la charte. Cependant, on peut constater que l'offre de soins que coordonne ainsi cette association n'est pas toujours adaptée et ajustée aux besoins, notamment dans les zones où la demande est particulièrement forte. En fait, le monde associatif travaille essentiellement en dehors de l'hôpital, en créant des lieux de

proximité là où s'exprime la demande des plus démunis. C'est par dizaines que se sont ouverts en France des dispensaires ou des lieux d'accueil animés par des militants de Médecins du Monde ou de Médecins sans Frontières. Conçues au départ comme de l'action humanitaire, ces structures se sont largement implantées dans les quartiers en difficulté voire même dans les centre-villes et jouent un rôle essentiel dans la prise en charge des personnes en grande précarité. **C'est le monde associatif qui a permis l'émergence d'une prise de conscience des problèmes de santé des plus démunis. C'est encore lui qui assure mieux que les dispositifs publics la prise en charge d'une demande complexe et qui l'oriente en cas de nécessité vers les structures institutionnelles.**

Des pratiques qui aggravent les inégalités d'accès aux soins

En plus des difficultés liées à l'absence de droits ou à la longueur des procédures de reconnaissance des droits, mais aussi des obstacles que représentent les problèmes posés par l'accessibilité financière réduite d'une partie significative de la population française et à l'inadaptation des services de soins de première ligne – le paiement à l'acte complique le recours aux médecins généralistes qui sont pourtant les mieux placés pour recevoir les personnes en difficulté près de leur lieu d'habitation –, les pratiques professionnelles liées essentiellement au mode d'organisation des soins sont également un frein à la prise en charge des plus défavorisées.

Plusieurs facteurs contribuent à fragmenter la demande selon qu'elle est jugée de type médical ou de type social et finalement à la réduire à ce que le service d'accueil – qu'il soit médical ou social – considère être de sa compétence et/ou de sa responsabilité. L'expression d'une demande qui est à la fois médicale et sociale ne trouve que trop rarement une réponse adaptée. Celle-ci étant alors plus souvent le fait de professionnels motivés et informés que **d'un système médico-social qui fait dans son ensemble preuve d'une trop grande rigidité et d'une lenteur qui contribuent trop fréquemment à ne pas écouter la demande et donc malheureusement à la rejeter.** Plus qu'un problème de droits pour lequel des progrès importants ont été réalisés au cours des dernières années et qui pourrait facilement être résolu par l'adoption du principe d'universalité lié à la personne et non au statut de celle-ci par rapport au travail, l'incapacité du système médico-social à prendre en charge la détresse sociale et ses multiples symptômes est avant tout un problème culturel. Le système médico-social français a été conçu et s'est développé pour répondre à une demande qui était celle de catégories sociales marginali-

sées parce que n'ayant pas les capacités de participer pleinement et activement à la croissance économique. Il doit aujourd'hui faire face dans un contexte de pénurie à l'insécurité sociale d'une partie considérable de la population en particulier de la jeunesse avec des formes d'expression auxquelles il n'a pas été préparé. C'est en fait d'une véritable « révolution culturelle » dont a besoin aujourd'hui le système médico-social français car ce n'est plus de groupes sociaux plus ou moins bien catégorisés dont il s'agit mais bien de larges secteurs de la société mis depuis quelques années dans l'incapacité de se projeter dans l'avenir et condamnés à vivre dans une économie domestique de survie. Ce malaise – cette détresse sociale – est à l'origine d'une demande particulière qui est souvent éloignée de la pathologie classique à laquelle les médecins sont plus habitués à répondre. Il n'en reste pas moins qu'une bonne partie de cette demande, à la fois sociale et médicale, s'adresse aux médecins généralistes et à l'hôpital. **Malgré les principes d'égalité de tous vis-à-vis des soins et d'équité qui sont à la base de l'organisation du système de soins en France, celui-ci n'est que très partiellement capable d'y faire face, contribuant ainsi à augmenter l'inégalité d'accès aux soins.**

Le cloisonnement du système de soins

En France, pour des raisons historiques mais aussi du fait de la mixité public/privé et de la variété des pratiques entre l'hôpital, les spécialistes de ville et les médecins généralistes, le système d'offre de soins est particulièrement cloisonné. Il en résulte un gaspillage considérable des ressources dont bien souvent le patient est la principale victime.

Les frontières entre le sanitaire et le social

La distinction des champs sanitaire et social est souvent la règle sur le plan des institutions et la réforme de 1975 séparant nettement les deux domaines a montré ses limites. Si les institutions sanitaires ne se sont jamais totalement désintéressées des aspects sociaux de la prise en charge de leurs patients (renforcement du corps des assistantes sociales dans de nombreuses structures de soins et particulièrement à l'hôpital), la formation du corps médical ne l'incite pas à se préoccuper de ces aspects. Et quand bien même la conception de sa pratique professionnelle l'engagerait à le faire, il se trouve très démuné car n'a que peu ou pas d'expérience du travail en équipe avec les professionnels du champ social. Cette difficulté se retrouve par exemple lorsqu'il s'agit de prendre en charge les personnes âgées et d'organiser leur maintien à domicile. Le médecin généraliste peut rarement

s'appuyer sur un dispositif de coordination, ne serait-ce que parce que le financement de tels dispositifs à la charnière du sanitaire et du social n'est pas prévu. Si des réseaux médico-sociaux de prise en charge des personnes âgées dépendantes ont commencé à se mettre en place, ils sont encore trop souvent le fait d'initiatives isolées. L'absence d'incitations à la fois légales et financières à développer la collaboration médico-sociale pour la prise en charge de certaines pathologies ou de groupes de populations comme les personnes âgées, laisse trop souvent les patients, les médecins et les professionnels du monde social dans leur isolement. Le cloisonnement parfois hermétique de certains dispositifs et l'habitude de travailler presque exclusivement dans son domaine de compétence sont aujourd'hui l'un des obstacles majeurs à une meilleure prise en charge des problèmes de nature médico-sociale.

Des réseaux de soins ambulatoires insuffisamment développés

Instaurer un véritable suivi médical des personnes en situation de pauvreté et de précarité implique de les insérer dans le système de soins ambulatoires, qui n'est souvent que peu partie prenante de leur prise en charge. Plusieurs facteurs expliquent les faibles capacités d'adaptation de la médecine ambulatoire : (i) le problème « structurel » du paiement à l'acte qui est à la fois une barrière financière pour certains patients et provoque une réticence compréhensible du médecin à prendre en charge une population non solvable, (ii) la volonté légitime de la plupart des médecins généralistes de ne pas se retrouver marginalisés dans des activités uniquement sociales très éloignées de l'activité médicale pour laquelle ils ont été formés et qu'ils souhaitent exercer et (iii) l'individualisme des pratiques, conséquence de la compétition silencieuse à laquelle sont obligés de se livrer les médecins du secteur privé et qui ne les pousse pas spontanément à mettre en place des systèmes dans lesquels ils ont l'impression plus ou moins fondée qu'ils risqueraient d'y perdre des patients. Si bon nombre de médecins généralistes pensent que les réseaux coordonnés de soins devraient se développer dans l'intérêt des patients, il persiste encore de nombreuses zones d'ombre qui retardent leur développement. La progression de la pauvreté et de la précarité pourrait être un élément majeur pour faire évoluer la médecine ambulatoire vers des pratiques plus cohérentes parce que mieux coordonnées dans l'intérêt du patient.

Plusieurs dizaines de réseaux coordonnés de soins se sont développés en France ces dernières années. Ils restent encore trop rares et ne reposent bien souvent que sur le dynamisme de

quelques personnes. Tout le monde s'accorde à penser que c'est au niveau local que doivent être développés ces réseaux et qu'ils peuvent représenter une réponse, certes limitée mais certainement plus adaptée, aux problèmes de santé des populations défavorisées.

Les frontières ville-hôpital

Pour de multiples raisons, notamment historiques (l'hôpital citadelle) et culturelles (les médecins hospitaliers sont beaucoup moins exposés à la réalité sociale que les médecins généralistes), les actions entreprises à l'hôpital ne sont que trop rarement coordonnées à celles des autres structures de soins et notamment celles mises en œuvre par la médecine de ville (médecins généralistes et centres de santé) et le secteur psychiatrique. En dehors des actions qui concernent des pathologies spécifiques comme la tuberculose, le sida ou l'alcoolisme, le travail en partenariat avec les réseaux de soins n'existe pratiquement pas et les informations disponibles ne circulent que très peu entre la médecine ambulatoire et les praticiens hospitaliers. Développer des filières de soins ville-hôpital dans l'intérêt du malade est un défi auquel ont décidé de répondre une partie de ceux qui travaillent sur ces pathologies spécifiques. Mais ce type de structure – malgré son intérêt – reste là encore relativement marginal et les médecins généralistes restent encore trop peu impliqués par l'hôpital dans la prise en charge au long cours et dans le suivi des patients en particulier ceux qui sont dans une situation sociale précaire.

Les obstacles professionnels

Le constat de l'inadéquation de la réponse du système de soins aux besoins des personnes en situation de précarité incite de plus en plus les institutions publiques, les professionnels libéraux et les travailleurs sociaux à modifier en profondeur leurs pratiques professionnelles. Mais de nombreux obstacles persistent. L'expérience montre que les professionnels de santé dans leur ensemble, et très particulièrement ceux du secteur privé, doivent vaincre un certain nombre de réticences pour s'occuper des publics les plus démunis. En dehors des problèmes liés à l'organisation du système de santé, les principales raisons en sont les suivantes :

- **Le manque d'information** sur ce que représentent les populations désocialisées et donc une crainte *a priori* voire un refus d'avoir à les prendre en charge de peur qu'ils fassent fuir la clientèle traditionnelle.

- Le **manque de formation** par rapport au mode d'approche de ces patients parfois agressifs ou au contraire totalement passifs et dont les demandes dépassent les compétences médicales habituelles. Les médecins généralistes étant peu formés aux mécanismes de prise en charge sociale ils se retrouvent souvent démunis par rapport à une demande à laquelle ils ne savent pas répondre.
- La nécessité d'une **prise en charge globale** du patient se heurte à l'hyperspécialisation du système de santé et donc de la pensée et des pratiques. Chacun a tendance à fonctionner dans l'espace qui est le sien et peu de professionnels de santé ont une vision globale du patient. Dans un tel contexte il serait probablement légitime que le médecin généraliste soit au centre du suivi. Mais une telle conception rencontre – au-delà des déclarations d'intention – encore bien des réticences. On peut noter que l'expérience des réseaux VIH a déjà incité les généralistes et les psychiatres à collaborer avec le secteur social et le secteur hospitalier. Mais la pression des patients est ici très forte et a bien souvent imposé les changements qui se sont produits. Pour les populations en situation précaire, la prise en charge est plus difficile car les patients sont moins clairement demandeurs d'une amélioration de la réponse et sont moins attachés à la structure à laquelle ils ont recours. Si la souffrance est incontestable, la demande est confuse et s'adresse bien souvent plus à une personne censée pouvoir apporter une réponse qu'à un professionnel au profil bien défini.

La prise en charge de la souffrance psychique pose elle aussi d'importants problèmes car elle questionne la perception qu'ont les spécialistes de la maladie mentale de leur propre métier. Quelle est la frontière entre ce qui relève de la détresse sociale et ce qui constitue la maladie mentale ? Dans ce domaine, il s'agit de pouvoir prendre en charge la souffrance psychique dans toutes ses causalités et non pas seulement se replier sur le volet purement médical de la psychiatrie. Mais de même que les médecins généralistes, les psychiatres et les psychologues n'ont pas toujours été formés à ce type d'approche. Cela suppose donc d'instaurer une véritable coopération avec l'ensemble des partenaires sociaux, éducatifs ou médicaux. L'absence de coordination a été largement soulignée par le rapport du groupe de travail *Ville, santé mentale, précarité et exclusion sociale*⁸⁶. Le rapport souligne que bien souvent la demande exprimée ne relève pas de la pathologie

86. Lazarus A., *op. cit.*

mentale, à proprement parler, mais de manifestations de la souffrance liée aux situations sociales, aux conditions de travail ou de non-travail et à l'histoire personnelle. Ce phénomène, mal identifié, n'est de ce fait traité ni par les dispositifs sociaux, ni par les psychiatres dont certains affirment qu'il « *est impossible de distinguer les dépressions des situations de désespérance, et que les deux ne relèvent pas du même traitement*⁸⁷ ».

En ce qui concerne les pathologies psychiatriques, il faut rappeler que – selon certaines études⁸⁸ – elles sont présentes dans un cas sur quatre parmi les « sans domicile fixe » vus aux urgences. Des évolutions semblent donc indispensables dans les pratiques de la sectorisation psychiatrique, les secteurs apparaissant parfois comme peu adaptés à la prise en charge des multiples modes d'expression de la détresse sociale et de ses modes d'expression dans le champ de la maladie mentale. En effet, si dans le cadre de la psychiatrie de liaison les services d'urgences bénéficient en général de la présence d'un psychiatre, ces patients ne relèvent pas, par définition, d'une équipe de secteur particulière. Quand cela apparaît nécessaire, ils sont donc généralement adressés d'office à un secteur par une consultation psychiatrique de type « accueil et orientation ». Le principal obstacle cependant vient du fait que, sans demande expresse du patient, il est difficile pour les psychiatres d'engager une démarche thérapeutique.

Que ce soit pour des raisons liées : (i) au droit de bénéficier ou non de la solidarité nationale pour sa santé ; (ii) à l'obstacle financier majeur que représente le coût du traitement d'une maladie dans une famille ne bénéficiant ni d'une couverture complémentaire ni d'une exonération du ticket modérateur ; (iii) à l'organisation archaïque d'un système d'offre de soins figé dans son approche verticale – spécialité par spécialité – et dans le mode de paiement des professionnels du secteur privé ; ou enfin (iv) aux barrières culturelles qui empêchent la souplesse indispensable pour faire évoluer les pratiques, il apparaît, face à la montée de la pauvreté et de la précarité, que le système français de soins est à la fois inégal et inéquitable. Inégal parce qu'il ne prend pas en charge de la même manière les besoins de santé de l'ensemble de la population. Inéquitable par ce que du point de vue du droit et de l'accessibilité financière il ne place pas tout le monde sur le même pied d'égalité. Il est donc à la fois un déterminant qui contribue à l'amélioration de l'état de santé mais – parce

87. *Ibid.*

88. Perroux D. *et al.*, « Recours aux services d'un hôpital universitaire par les patients sans domicile fixe (SDF) », *Santé publique*, n° 3, 1996.

qu'il n'apporte pas à son niveau de réponse satisfaisante à l'expression « médicale » de la détresse sociale et donc participe à la marginalisation de ces populations – il doit également être regardé comme un déterminant de la précarité. L'amélioration de l'accès aux soins basé sur le *principe de l'universalité* devrait donc aujourd'hui devenir une exigence nationale dont l'échéance ne pourra être indéfiniment reportée.

Le coût des dispositifs « précarité/santé » : une estimation impossible

Lorsque l'on voit la liste impressionnante des dispositifs de la protection sociale, il est légitime de s'interroger sur leur pertinence et leur efficacité. Alors que le principe d'universalité devait prévaloir dans le système de couverture sociale dès 1978, comment est-il possible que l'on soit aujourd'hui contraint de coller « des rustines » d'ouverture de droits et de prestations de secours pour tenter d'assurer une couverture minimale aux plus démunis ? Bien sûr, les événements et les circonstances sont connus : la lente et insidieuse montée de l'exclusion socio-économique dans les années quatre-vingt, les changements profonds dans le travail salarié, déstabilisant du même coup les bases professionnelles des régimes sociaux, et fragilisant tous ceux qui se trouvent relégués hors du plein emploi, du temps plein, des systèmes automatiques d'ouverture de droits, etc.

Le principe d'universalité s'est donc trouvé en échec avant d'avoir pu s'imposer. Et les dispositifs mis en place en 1978 pour inclure ceux qui d'habitude ne seraient pas entrés dans le moule, se sont en fait étendus et multipliés. La prise en charge des cotisations d'assurance personnelle ou les compensations de cotisations non versées des chômeurs ont finalement abouti à l'inverse de ce à quoi elles étaient destinées : en créant artificiellement un univers de protection dont l'objectif était d'inclure chaque individu l'un après l'autre, on en laissait d'autres sur le bord du chemin. C'est ainsi que l'on a régulièrement repoussé la mise en place d'un système universel fait d'une présomption de droits ouverts et de couverture sociale pour tous venant remplacer un dispositif complexe et segmenté d'ouverture de droits.

Ensemble de dispositifs complexes et segmentés pour les usagers, mais aussi pour les administrations qui doivent les mettre en place et les gérer, la protection sociale pose aujourd'hui au

moins deux questions : (i) ce système basé sur un empilement de dispositifs améliore-t-il le service rendu aux usagers et notamment aux catégories les plus défavorisées ? et (ii) quels sont les coûts d'un tel système et en particulier dispose-t-on des éléments financiers permettant de chiffrer le coût des dispositifs qui s'adressent plus spécifiquement aux personnes en difficulté ? L'actualité du début de l'année 1998 et le débat sur les minima sociaux montrent bien que l'universalité est loin d'être acquise et que le financement des dispositifs doit à chaque fois être obtenu. Mais a-t-on, par exemple, pour différer sans cesse la mise en place de l'Assurance maladie universelle (AMU) cherché à rapporter le coût des dispositifs existants y compris les procédures quotidiennes et systématiques de contrôles d'ouverture de droits à ce que coûterait l'universalité, y compris bien sûr en ouvrant les droits aux prestations à ceux qui sont aujourd'hui exclus ? On doit malheureusement répondre par la négative : cet exercice n'a probablement pas été fait et l'universalité du système, s'il reste un objectif affirmé, est sans arrêt repoussée parce que les choix politiques ne sont pas faits sur des bases financières connues de tous.

À partir de ce constat, et pour tenter d'y voir plus clair, le groupe de travail du Haut Comité de la santé publique s'est donc posé les questions suivantes :

- Quels sont les financements qui sont en jeu dans les dispositifs de prise en charge de la santé des catégories sociales les plus défavorisées ?
- Que financent respectivement les pouvoirs publics et les régimes de sécurité sociale pour garantir et améliorer :
 - l'accès aux droits (par des procédures d'ouverture de droits et le versement des cotisations nécessaires),
 - l'accès aux soins (par des dispositifs d'exonération du ticket modérateur, et de dispense d'avance des frais),
 - la santé (par des programmes ou des actions de santé spécifiques),

des personnes en situation de précarité ou à risque de précarisation sociale et économique ?

Avant même de se poser les questions de l'accès aux données, voire de leur existence, trois difficultés méthodologiques ont immédiatement surgi :

- Les dispositifs étudiés étant construits le plus souvent autour des populations bénéficiaires, vouloir identifier les financements en jeu désigne du même coup ces bénéficiaires. Le risque de stigmatisation, souligné dès l'introduction de ce rapport, ne peut alors pas être écarté.

- S'interroger sur le coût et l'efficacité de tous ces dispositifs nécessiterait de pouvoir les comparer à d'autres, et notamment au système général. Or une telle mesure des coûts de gestion ou des indicateurs de résultat des objectifs visés (accès aux droits, accès aux soins) n'existe pas dans le système général.
- Palliant la non-universalité des droits, un grand nombre de dispositifs visent à donner accès aux droits communs de la couverture par l'assurance maladie. Dès lors, comme pour tous les bénéficiaires des régimes obligatoires, il ne sera plus possible d'identifier les bénéficiaires avec les mêmes critères que ceux de l'accès aux droits. En revanche, pour d'autres, parce que les systèmes de gestion l'imposent, les prestations servies seront connues.

C'est dans un tel contexte – et avec toutes les précautions et les limites qui sont celles d'un tel exercice – que l'on a tenté de dresser un rapide tableau des données existantes, leurs sources, et lorsqu'ils sont connus, les flux et les financements qui s'y rapportent.

Une approche par l'étude du financement

La recherche des financements collectifs de la santé, pour les personnes en situation de précarité ou à risque de précarisation, conduit à considérer :

- **la situation de précarité économique** : il s'agit des coûts de financement de l'assurance maladie et les consommations de soins des personnes au chômage ou en situation de revenu minimum (RMI, FNS) ;
- **le risque de précarisation lié à l'état de santé** et le revenu versé pour prévenir ce risque (handicaps, invalidité) ainsi que les coûts d'assurance maladie pour ces personnes ;
- **les coûts médicaux des bénéficiaires dans certaines situations pathologiques** nécessitant des dispositifs de prise en charge particuliers, pathologies dont la prévalence est particulièrement forte dans les populations en situation de précarité (alcoolisme, tuberculose, toxicomanie, maladies mentales, etc.).

Pour approcher l'ensemble des flux financiers qui sont liés à la prise en charge des besoins de santé des personnes en situation de précarité ou à risque de précarisation, on propose donc de retenir :

-
- d'une part **les transferts financiers** qui correspondent à des paiements de cotisations « maladie » ou les prestations financières individuelles de maintien de revenu qui sont nécessaires parce que l'état de santé des personnes bénéficiaires ne leur permet pas de se constituer un revenu,
 - d'autre part **les prestations de services de santé** pour ces mêmes catégories de bénéficiaires.

Pour étudier ces financements, on les a classés selon trois objectifs fondamentaux :

- **donner accès aux droits sociaux** et notamment à l'assurance maladie par la prise en charge des cotisations : l'accès aux droits est en fait l'accès au système général. Les cotisations font l'objet de compensations financières du budget de l'État vers l'assurance maladie (jeunes à la recherche d'un emploi) ou d'un régime social à l'autre (cotisations d'assurance personnelle en accompagnement du RMI).
- **donner accès aux soins** : si l'on connaît le coût de l'accès aux droits de certains bénéficiaires, on n'a aucun élément comme dans le système général de protection pour savoir s'ils accèdent aux soins. L'accès aux droits ne garantit en rien l'accès aux soins. Or, on l'a vu à plusieurs reprises, de véritables problèmes d'accès se posent. L'amélioration de l'accès aux soins peut en fait être recherchée à travers les coûts de financement de la dispense d'avance des frais, ou encore de la prise en charge de ticket modérateur (conseils généraux pour les bénéficiaires de l'AMG, exonération du ticket modérateur pour des personnes en ALD).
- **satisfaire des besoins de santé** : en fait on ne sait pas s'il est répondu aux besoins de santé de personnes pour lesquelles il a « fallu faire » un dispositif spécifique :
 - Pour de pures raisons de gestion, certaines prestations de santé peuvent être identifiées, mais seulement pour certaines catégories sociales : par exemple pour les bénéficiaires de l'assurance personnelle au titre du RMI ou les bénéficiaires de l'AAH on connaît les prestations remboursées par le régime général. Mais, on ne connaît ni le montant des tickets modérateurs versés par les conseils généraux au titre de l'aide médicale, ni le montant des prestations de Sécurité sociale versées pour les bénéficiaires de l'AMG non-RMIstes. À l'intérieur même des dispositifs sociaux, des sélections sont effectuées, des tris, des cases qui envoient les uns dans une ligne de gestion, les autres dans une autre.

- On pourra considérer que les objectifs de santé sont présents lorsque l'on finance des structures sanitaires, où l'accès est gratuit et l'action spécifique : les dispensaires antituberculeux, les Csih, les structures de lutte contre l'alcoolisme, etc. Dès lors que ces structures de santé sont financées sur des budgets spécifiques (État ou département et non assurance maladie), des montants spécifiques pourront être identifiés. Mais comme on le sait, il est impossible de rapporter ces coûts à des bénéficiaires, et surtout, les budgets de ces structures ne correspondent qu'à une part de la dépense consacrée à ces actions de santé. On ne sait donc ni donner le coût d'une politique, comme par exemple la lutte contre la tuberculose, ni décrire les bénéficiaires des actions de santé engagées, par exemple la lutte contre la toxicomanie, ou le dépistage gratuit du VIH.

Une approche selon les bénéficiaires

Il est, malgré toutes les réserves apportées plus haut, difficile, dès lors que l'on veut cerner ces flux financiers, d'écarter toute approche selon les bénéficiaires. Les populations concernées sont donc soit des personnes en situation pathologique particulière, soit des personnes dont l'état de santé ne leur permet pas de travailler (risque de précarisation économique des handicapés et des invalides), soit des personnes en situation de précarité économique auxquelles le système garantit le maintien des droits à l'assurance maladie (jeunes en recherche d'emploi, chômeurs, RMI, API).

Si l'on s'interroge sur ces dispositifs en croisant leurs objectifs et leurs bénéficiaires, et en recherchant quels financements sont connus, on doit bien constater que la recension des flux dans les dispositifs socio-sanitaires ressemble plus à un ouvrage de dentelle qu'à un compte de la santé. Le tableau XII donne quelques exemples des informations que l'on pourra trouver ou ne pas trouver en rassemblant les différentes sources disponibles sans garantie bien sûr que les méthodes de comptabilisation soient homogènes.

Ainsi, on le voit, on pourra estimer les dépenses effectuées sur les budgets publics et l'aide sociale mais très exceptionnellement celles des régimes sociaux, ce qui à la fois correspond bien à la finalité de solidarité nationale des régimes sociaux mais qui a en contrecoût comme effet de désigner d'autant plus ceux dont les prestations sont connues. Pourtant, dès lors que des dispositifs spécifiques sont en place, ils seront sans commune mesure avec le système général. Ainsi, une telle comptabilisation risque d'avoir des effets essentiellement contraires au but poursuivi :

Tableau XII
Description des données existantes, selon trois grandes catégories d'objectifs
pour les populations bénéficiaires

Populations concernées	Accès aux droits (cotisations sociales)	Accès aux soins	Actions de santé	Commentaires
Population générale ¹	Montant des cotisations	Pas d'information spécifique	Prestations versées par les régimes de Sécurité sociale	L'accès aux soins – et donc l'absence d'information – pose problème dès lors que la Sécurité sociale ne garantit pas cet accès et que des financements complémentaires sont nécessaires. L'avance des frais reste un obstacle majeur.
Bénéficiaires du RMI	Cotisations d'assurance personnelle	Pas d'information	Un compte de gestion particulier dans les dépenses du régime général	La part complémentaire versée au titre de l'AMG par les conseils généraux n'est pas rapportée au reste du dispositif.
Autres bénéficiaires de l'AMG (carte santé)	Pas connu	Pas d'information spécifique	Les dépenses de l'Aide médicale sont connues par nature de dépenses	On précise la nature des dépenses (hospitalisation, ambulatoire, IVG, maladie mentale) mais <ul style="list-style-type: none"> • pas des bénéficiaires, sauf les SDF (financement État) • ni les dépenses selon qu'elles sont du ticket modérateur – par exemple de bénéficiaires du RMI – ou de la part des régimes obligatoires ou du 100 % de la prestation de soins.
Adultes handicapés (bénéficiaires de l'AAH)	Pas de dispositif spécifique : ouverts avec l'AAH	Pas d'information spécifique	Un compte de gestion particulier dans les dépenses du régime général	
Adultes handicapés (autres)	Pas de dispositif spécifique	Pas d'information spécifique	Dépenses de l'Aide sociale handicapés (ambulatoire, hospitalisation)	
Accidentés du travail	Pas de dispositif spécifique	Pas d'information spécifique	Pas connu	On connaît le montant des rentes versées mais on n'a aucune correspondance avec les actions de santé, les prestations versées ou la consommation de soins.
Enfants handicapés	De plein droit	Pas d'information spécifique	Mais pas de prestations de soins ou d'hébergement connues	Quelques prestations éducation spéciale.
Personnes âgées – en général –	Cotisations versées : pas connu	Pas d'information spécifique	Pas d'information spécifique : dans le système de soins général	
PA bénéficiaires de l'aide sociale personnes âgées	De plein droit	Pas d'information spécifique	Distinction actions à domicile, aide hospitalière	

1. La situation de la population générale est donnée ici à titre de référence ; des problèmes d'accès aux soins y subsistent, les actions de santé ne sont connues que par les montants de prestations versées.

Protection sociale et système de soins : les conséquences...

Populations concernées	Accès aux droits (cotisations sociales)	Accès aux soins	Actions de santé	Commentaires
Personnes âgées bénéficiaires du FNS	Compensation de cotisations	Pas d'information spécifique	Pas d'information spécifique	
Personnes âgées bénéficiaires du FNS invalidité	Pas connu	Pas d'information spécifique	Pas d'information spécifique	Une prestation en espèce : par santé ?
Consultants des dispensaires : hygiène mentale, tuberculose, toxicomanie, VIH...	Pas connu	Les consultants	Budget des structures : financement budget de l'État ou des départements	Montant global, non rapporté au coût de ces politiques dans le système général : prescriptions pharmaceutiques, consultations médicales, hospitalisations
Action interministérielle de lutte contre la toxicomanie	Pas connu	Pas d'information spécifique	Budget	
Jeunes		Pas d'information spécifique	Quelques budgets spécifiques (lieux d'urgence...)	
Jeunes chômeurs	Cotisations maladie et AT : transfert	Pas d'information spécifique	Pas d'information spécifique	
Chômeurs	Transferts de cotisations	Pas d'information spécifique	Pas d'information spécifique	
Chômeurs : appui social	Pas d'information spécifique	Pas d'information spécifique	Dans budget de l'État	
Grands marginaux, SDF... (hors AMG)		Pas d'information spécifique	Financement budget de l'État : DAS, urgences sociales, vacations médicales	
Consultants des centres d'exams de santé	Pas d'information spécifique	Objectif fixé : 20 % des consultants en situation de précarité	Budget de la Sécurité sociale	
Enfance : centre de PMI	Pas connu	Pas d'information spécifique	Financement budget de l'État	
Enfance : petite enfance, populations migrantes	Pas connu	Pas d'information spécifique	Budget de l'État (FAS)	
Aide sociale ASE	Pas connu	Pas d'information spécifique		Quelle part des dépenses contribue à l'amélioration de la santé ?
Familles : travailleuses familiales	Conditions d'accès aux droits	Pas d'information spécifique	Transfert branche maladie à CAF	
Bénéficiaires de l'API	Compensation de cotisations assurance maladie	Pas d'information spécifique	Pas d'information spécifique	

désigner encore une fois au lieu de montrer la fragmentation et la complexité, additionner quand tout est juxtaposé, rationaliser quand, l'ensemble de ce rapport le montre, les politiques sont mises bout à bout dans l'espoir de parvenir à un résultat ou du moins à combler les lacunes les plus visibles.

Le recensement des flux connus

Au terme de ces observations, il apparaît que la comptabilisation ne peut donc fournir le tableau cohérent qu'on aurait souhaité construire. On se contentera donc d'un simple **recensement des flux connus**, à travers les différentes sources disponibles. *Un tel recensement ne peut en aucun cas être considéré comme une évaluation des dépenses effectuées par la collectivité pour maintenir ou améliorer la santé des personnes en situation ou à risque de précarité*, mais encore une fois comme une tentative d'y voir un peu plus clair dans la protection sociale et le financement de la santé. Trois remarques préalables à la lecture de ces tableaux doivent être faites :

- D'une part, certaines prestations de maintien de revenu ont été reprises telles quelles, sans modulation particulière prenant en compte par exemple le fait qu'il s'agit de revenu mais que celui-ci est versé du fait de la situation de santé : c'est bien sûr le cas des bénéficiaires de l'AAH (allocation adulte handicapé). Toute la dépense sociale de l'AAH ne concerne pas la santé et tous les bénéficiaires ne sont pas en situation de précarité économique.
- D'autre part, certaines prestations de santé sont effectuées pour tous les bénéficiaires potentiels, quelle que soit leur situation financière : c'est le cas des financements dans les dispensaires par exemple.
- La plus grande partie des dépenses concourant au maintien de la santé des personnes en situation de précarité n'est probablement pas dans ces tableaux, puisqu'elles ressortissent de la solidarité nationale et sont donc intégrées aux financements généraux.

Les prestations de maintien de revenu pour les personnes que leur état de santé empêche de se constituer un revenu :

Population	Prestations de revenu (MF)	Total (MF)
Handicapés adultes	35 989	35 989
Accidentés du travail	24 647	24 647
Personnes âgées	1 201	1 201

***Les transferts de cotisations
permettant l'accès aux droits sociaux :***

Population	Transferts de cotisations (MF)
Familles monoparentales et femmes enceintes	2 509
Jeunes adultes	1 382
Personnes âgées	1 197
Bénéficiaires du RMI	2 260
SDF	120
Chômeurs	2 293

***Quelques flux spécifiques de santé
ou de prestations de services médico-sociaux***

Populations ou pathologies	Prestations de santé (MF)	Prestations médico-sociales (MF)	Total
Malades mentaux	142		142
Tuberculose	8		8
Toxicomanie	948		948
Alcoolisme	496		496
Autres pathologies	2 346		2 346
Enfants handicapés	30 707	7 857	38 564
Familles et femmes enceintes	2 339	394	2 733
Enfants et orphelins	1 704		1 704
Jeunes adultes	36		36
Personnes âgées	1 429	5 251	6 681
Bénéficiaires RMI	2 905		2 905
SDF	602		602
Pop. défavorisées	326	932	1 258
Chômeurs	1		1
Migrants	40		40

En conclusion, malgré toutes les réserves qu'il faut apporter à ces chiffrages, cet exercice permet de faire figurer dans ce rapport les éléments qui avaient pu être rassemblés, ne serait-ce que pour montrer, si cela était encore nécessaire, la jungle financière et institutionnelle dans laquelle doivent se débattre tous ceux qui aujourd'hui cherchent à mobiliser des financements et à faire exister des droits légitimes pour mener ces actions de santé. Au vu de ces quelques lignes et des difficultés rencontrées, la simplification des dispositifs de prise en charge et la clarification des objectifs de santé sont plus que jamais nécessaires.

Situations de vulnérabilité et menaces sur l'état de santé

« L'enfance et l'adolescence sont les périodes du développement physique et mental, de l'acquisition d'un capital culturel et scolaire (...), de l'intégration à la vie sociale (...). C'est aussi un moment d'identification personnelle et sociale et celui où achève de se constituer le capital-santé. Celui-ci peut et doit atteindre un niveau considérable (...), mais il risque d'être dilapidé par négligence, ignorance ou par des conduites à risque, dilapidation qui peut accumuler des facteurs de risque pour les stades ultérieurs de la vie. »

*Stratégie pour une politique de santé,
Rapport du Haut Comité de la santé publique, 1992*

Dans les chapitres précédents il a été montré que la notion, statique, de précarité recouvre en fait une situation dynamique de processus de précarisation et de processus de réinsertion. Ces processus laissent des traces dans l'histoire de l'individu frappé par la perte d'une ou de plusieurs de ses sécurités et chaque handicap, qu'il soit isolé ou associé à d'autres, contribue à la dégradation globale de la résistance de l'individu. Parce qu'il constitue une agression du « capital-santé » que chaque personne porte en elle, chacun des épisodes de précarisation va intervenir dans la

constitution ultérieure de l'état de santé, même après rétablissement d'un nouvel équilibre social, économique et/ou affectif.

Cette analyse ne suffit pourtant pas à caractériser le problème. Les handicaps qui marquent les processus de précarisation ne sont pas toujours aléatoires, ni indépendants. Ils ont une distribution géographique, sociale et temporelle et n'affectent pas également chaque individu – certains sont porteurs d'une histoire qui les protège, d'autres qui les fragilise –. Dans un continuum biographique, le risque de précarisation prend toute son ampleur dans certaines situations précises qui représentent des moments de vulnérabilité maximale. Ces moments de vulnérabilité sont maintenant mieux connus. C'est la raison pour laquelle ils appellent un effort accru non seulement des pouvoirs publics mais de la société tout entière.

Ce chapitre du rapport présente et analyse ces situations. Il tente de montrer qu'il existe des fragilités particulières voire spécifiques selon les moments de la vie. Pour bien souligner le caractère longitudinal des processus de santé et de précarisation, ces situations de vulnérabilité seront présentées selon les différents moments de la vie. Plusieurs périodes ont été distinguées bien que d'une part n'existe aucune frontière réelle entre elles et que d'autre part l'on puisse accumuler successivement plusieurs de ces situations, ce qui peut entraîner alors une situation de vulnérabilité extrême. C'est en particulier pour protéger les couches sociales les plus fragiles – c'est-à-dire les plus vulnérables aux processus de précarisation parce que souvent déjà « précaires » – que seront alors formulées des recommandations.

Naître et grandir dans la précarité

La bonne santé, physique, psychologique, et sociale de la jeunesse d'un pays en constitue l'une des principales richesses. Elle va conditionner la santé de chaque personne tout au long de sa vie. Elle détermine la santé de l'ensemble de la population de demain, et donc son épanouissement, et en particulier son efficacité économique. Paradoxalement, cette vision prospective de la santé échappe le plus souvent aux politiques et aux économistes qui l'écartent de leurs réflexions sur la production et la distribution de biens matériels rares et précieux. Ainsi, la précarité dans laquelle grandissent en France un grand nombre d'enfants, si elle est combattue parfois avec succès en particulier sur le plan de la santé du moment, n'a jamais été envisagée sous l'angle de ses conséquences sur leur santé future.

Le principe qui sous-tend ce chapitre est que **la jeunesse doit être le point d'impact essentiel de toute politique de prévention et de précaution sanitaire**, culturelle, sociale et économique. D'une certaine manière, l'avenir du pays en dépend.

**La santé de
l'enfant
déterminant
majeur
de la santé
du futur adulte**

***Une enfance apparemment préservée
de problèmes importants de santé***

Comme l'a souligné le rapport du Haut Comité de la santé publique à la Conférence nationale de santé en juin 1997, les problèmes de santé (entendue au sens strictement médical) de l'enfance peuvent donner lieu à un bilan en apparence positif⁸⁹. Globalement, les taux de mortalité et les incidences des principales pathologies (mortalité périnatale) placent la France dans une situation satisfaisante bien que moyenne par rapport aux autres nations européennes. En revanche, dans d'autres domaines qui constituaient il y a dix ans encore une préoccupation importante du système de santé français (par exemple la mort subite du nourrisson ou la mortalité maternelle), la situation semble désormais évoluer positivement.

Pourtant ce constat – que chacun s'accorde à trouver plutôt positif – ne tient compte que de la mortalité et des pathologies observées pendant la petite enfance. Il occulte ce que, dans la logique de ce rapport, on pourrait appeler une « érosion du capital-santé ». Il importe donc d'examiner dans quelle mesure de telles données ne masquent pas de réelles inégalités ou encore la mise en place de vulnérabilités qui ne se déclareront que plus tard, au-delà de la période de l'enfance.

Une interrogation légitime sur les critères employés

*Des critères globaux qui ne tiennent pas compte des populations
les plus précaires*

Un examen plus attentif montre tout d'abord que l'on dispose de bien peu de sources d'information sur les inégalités sociales de santé au cours de la grossesse et de la petite enfance et en particulier d'informations spécifiques concernant les enfants des classes défavorisées. Une telle lacune est très préoccupante, ce d'autant que plusieurs événements de l'actualité récente suggèrent que la situation est loin d'être satisfaisante. De nombreux

89. *Santé des enfants, santé des jeunes*, Rapport du Haut Comité de la santé publique à la Conférence nationale de santé, ministère de la Santé, Paris, juin 1997.

médecins ont ainsi signalé des problèmes de malnutrition (insuffisance ou déséquilibre) touchant un certain nombre d'enfants d'âge scolaire. Bien qu'aucun document publié ne permette d'apprécier précisément l'importance du phénomène, celui-ci a considérablement heurté l'opinion publique et a obligé les responsables politiques à annoncer des mesures urgentes. En effet, comment est-il possible et acceptable – dans un pays riche – qu'une proportion même faible d'enfants ne puisse être nourrie correctement ? Ce problème, parmi d'autres, laisse penser à bon droit qu'un nombre important d'enfants grandissent en France dans des conditions de grande précarité qui entraîneront des troubles pathologiques réels, physiques et mentaux, dans les années qui suivront la période de petite enfance.

*Un aveuglement sur les souffrances non organiques
et sur l'érosion du capital-santé*

Cette préoccupation semble d'autant plus fondée que, comme le signale le rapport du Haut Comité de la santé publique à la Conférence nationale de santé, la situation sanitaire des adolescents est beaucoup moins enthousiasmante⁹⁰. La grande question qui se pose alors est de savoir pourquoi une population apparemment « saine » comme celle des enfants voit-elle son état de santé s'inverser lors du passage à la pré-adolescence (12-15 ans) ?

Une première réponse est que les indicateurs employés pour évaluer la santé de l'enfant et de l'adolescent ne sont pas pertinents. Alors que les problèmes analysés pour les enfants sont presque exclusivement somatiques et médicaux, les indicateurs les plus éloquents concernant les adolescents et les « jeunes » sont ceux qui décrivent leur mal-être psychologique. Il y a donc une discontinuité dans la nature des indicateurs. De fait, si l'on s'attache à cette dimension jusqu'à présent négligée, on constate par exemple pour le secteur de psychiatrie infanto-juvénile, que « *les enfants âgés de 5 à 9 ans représentent 43 % des 290 000 enfants suivis par ces secteurs en 1993, ce qui revient à une prévalence de consultation pour cette classe d'âge de 3,6 %⁹¹* ». Ces chiffres n'ont pas valeur de preuve, mais ils justifieraient à eux seuls une étude systématique des différents aspects de la santé des enfants – physique, mentale, et sociale – de cette classe d'âge. **L'hypothèse qui est soulevée ici est que la bonne santé organique apparente des enfants en France masque – chez certains d'entre eux –**

90. *Santé des enfants, santé des jeunes, op. cit.*

91. *Ibid.*

une souffrance beaucoup plus profonde dont les effets sur la santé ne se font sentir que quelques années plus tard.

Une hypothèque réelle sur le capital-santé

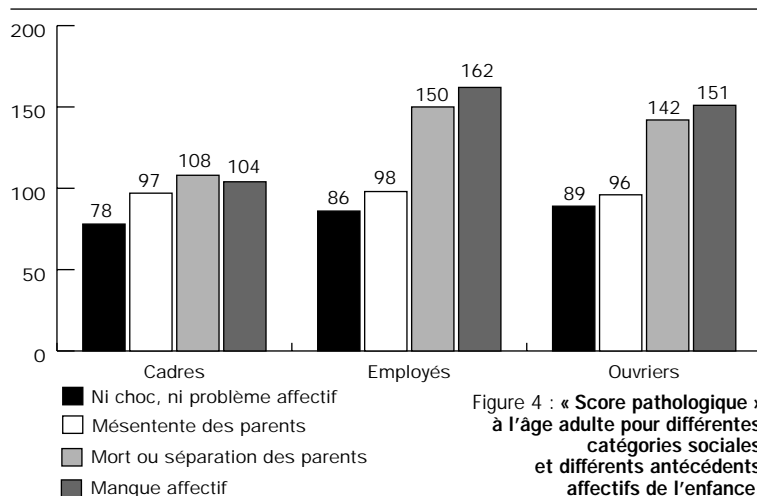
L'enfance est d'abord et avant tout la période initiale d'un long processus somatique, psychique, culturel et social, dont va dépendre toute la vie de l'individu. Cela est bien connu pour l'éducation et le devenir culturel et professionnel où l'on a coutume de dire que « tout se joue avant 6 ans ». C'est probablement vrai aussi, dans une large mesure, pour la santé.

Un des grands chantiers qui s'ouvre à la recherche en santé est l'étude détaillée du lien entre les expériences physiques, somatiques et sociales de l'enfance et le devenir somatique et psychique de la vie adulte, voire de la vieillesse. Plusieurs travaux épidémiologiques, hélas peu exploités, confirment d'ores et déjà ce lien étroit entre les conditions de la petite enfance et la santé de l'adulte.

- Une étude, réalisée à partir d'échantillons d'hommes nés entre 1910 et 1930 à Southampton (Royaume-Uni) dont les dossiers médicaux, obstétricaux et de la toute petite enfance avaient été gardés, a permis de constater que la mortalité par maladie coronarienne (50 à 70 ans plus tard), était beaucoup plus élevée chez ceux ayant souffert d'hypotrophie à la naissance et/ou à un an. Après ajustement, c'est-à-dire toutes choses égales par ailleurs, ceux qui avaient été les enfants les moins favorisés avaient un risque de mortalité 2,64 fois supérieur à celui des plus favorisés. Des résultats analogues ont été observés pour la mortalité par broncho-pneumopathie chronique obstructive, mais par contre aucun effet n'a pu être constaté pour le cancer du poumon. L'étude constate que « *les influences d'environnement qui nuisent à la naissance et au développement au tout début de la vie peuvent être des facteurs de risque pour les maladies cardiaques ischémiques* » et conclut, un peu hardiment peut-être, que « *toute mesure qui favorise la croissance pré et postnatale peut réduire la mortalité cardio-ischémique* ».
- Une récente enquête française sur l'étiologie des cancers de la vessie, qui a confirmé le rôle du tabac, a par ailleurs mis en évidence un fait nouveau : l'âge de début de l'intoxication, toutes choses étant égales par ailleurs, joue un rôle important. Ainsi, le fait de commencer le tabagisme à 11 ou 12 ans multiplie le risque par 2 ou 3 par rapport à un début de tabagisme à l'âge de 18 ans. Ainsi, un risque pris dans

l'enfance augmente-t-il de façon importante la probabilité d'une maladie qui apparaît à l'articulation de l'âge mûr et de la vieillesse.

- D'autres résultats d'études menées en France vont dans le même sens, qui concernent cette fois-ci l'influence des problèmes psychologiques vécus dans l'enfance. Le Crédes a analysé certains dossiers de l'enquête nationale santé de 1992 à la recherche d'une corrélation entre l'état pathologique prévalent au moment de l'enquête chez les adultes interrogés et les problèmes affectifs vécus dans l'enfance⁹². L'état pathologique est évalué par un score de valeur d'autant plus élevé que le nombre et la gravité des affections prévalentes sont importants. Cet indicateur s'avère fortement et positivement corrélé avec les agressions psychologiques suivantes, par ordre décroissant : (i) une carence affective grave (ii) des conflits durables et persistants entre les parents (iii) une maladie grave ou le décès de l'un des parents (iv) la séparation des parents. L'étude montre par ailleurs que les facteurs psychologiques ont un poids beaucoup plus fort sur l'inégalité pathologique à l'âge adulte que les inégalités sociales. Toutefois, les ouvriers et les employés sont plus sensibles que les cadres à ces problèmes de l'enfance (Figure 4). Enfin, il est intéressant de noter que le recours



92. Menahem G. et Bartmann P., « Souvenirs d'enfance et maladies d'adulte », *Dialogue, Recherche clinique et sociologique sur le couple et la famille*, 1994.

aux soins est moins fréquent chez les personnes qui ont connu des problèmes affectifs dans l'enfance alors que les comportements à risque (alcool par exemple) sont plus fréquents.

Ainsi donc, pour reprendre une expression de G. Menahem : « *L'enfance fait mal ou du moins peut faire mal.* » Un état physique déficient et/ou des expériences psycho-affectives éprouvantes de la période de l'enfance peuvent entraîner une vulnérabilité à l'âge adulte qui se traduira des décennies plus tard par une fréquence accrue de maladies organiques.

Ce déterminant peut pourtant, dans une certaine mesure, être corrigé par des interventions préventives sur les facteurs négatifs pouvant survenir durant l'enfance. Deux études expérimentales en témoignent.

- Une première étude longitudinale randomisée a comparé deux groupes d'enfants d'âge préscolaire issus de milieux socialement très défavorisés. L'un des groupes était soumis à un programme de substitution parentale, l'autre non. Les deux groupes ont été suivis jusqu'au début de la vie adulte. À la fin de l'étude, le groupe soumis au programme de substitution parentale comportait beaucoup moins d'enfants présentant des retards mentaux et des problèmes sociaux, et a beaucoup mieux réussi sur le plan scolaire ou universitaire que l'autre groupe.
- Un autre essai contrôlé et randomisé s'est également intéressé à des enfants très défavorisés (familles monoparentales, mères présentant des retards mentaux, milieu très pauvre). Le groupe expérimental était soumis à un programme de prise en charge comportant des placements dans des garderies. Tous les enfants du groupe expérimental ont atteint un QI normal, contre seulement 14 % dans le groupe témoin.

Ces études qui ne s'intéressaient pas explicitement à la santé physique, mais à l'épanouissement intellectuel, affectif, culturel et social ont une importance très grande car il apparaît qu'**une politique sociale cohérente et une éducation appropriée peuvent inverser la fatalité induite par les facteurs négatifs d'une enfance psychiquement et socialement défavorisée.**

Un nouveau regard sur les problèmes de santé dans l'enfance

Comme on le voit, limiter l'interrogation à la santé actuelle des enfants en situation précaire conduirait à passer entièrement à côté du véritable enjeu de la question. Une politique de santé

publique doit, en la matière, considérer l'enfance comme le moment de la constitution du « capital-santé », et s'attacher à combattre toutes les fragilités qui pourraient se mettre en place à ce moment. C'est en fait un changement de perspective qui s'impose :

- La définition *princeps* de la santé de l'OMS est pertinente quand il s'agit de l'enfant. Et contrairement à sa réputation, elle peut même avoir valeur opératoire.
- Une absence de pathologie identifiée somatique et/ou psychiatrique, ne garantit pas l'état de santé actuel, physique, mental, ou social, ni *a fortiori* l'état de santé ultérieur. Une pathologie identifiée doit être prévenue et combattue, mais elle peut ne constituer que la partie émergée d'une réalité latente et profonde susceptible d'entraîner à terme des conséquences néfastes en termes de santé publique.
- La période de l'enfance a une place éminente et est un déterminant majeur dans le processus de santé des personnes.
- La santé de l'enfant concerne l'organisation sociale tout entière. La politique familiale, la politique éducative et la politique de la ville en sont trois aspects essentiels.
- La prise en charge adaptée de la santé de l'enfant dans toutes ses dimensions (somatique, psychique et sociale), a une place primordiale dans une politique de santé publique, dès qu'on pose celle-ci à l'échelle d'une génération.
- En raison de la vulnérabilité de l'enfant, son mal-être reflète souvent le mal être de ses parents et de la société où il vit.
- Il faut remédier d'urgence à la pauvreté des données disponibles concernant la santé de l'enfant (santé physique, santé psychique), en y intégrant les carences affectives, les manques de repères, les situations conflictuelles en milieu familial et scolaire, les diverses formes de maltraitance. C'est pourquoi il est d'un intérêt fondamental, dans le cadre de ce rapport, de s'interroger sur le sort des enfants défavorisés.

Grossesse, petite enfance et précarité

On ne dispose malheureusement sur ces sujets que d'informations parcellaires puisque ce domaine n'a pas été encore exploré de façon systématique.

Enfance et pauvreté : une réalité socio-démographique

En 1995, il y avait en France environ 17 millions d'enfants et de jeunes de moins de 25 ans qui vivaient avec leurs parents. Parmi ceux-ci, 1 800 000 vivaient en dessous du seuil de pauvreté, ce qui fait donc entre 400 et 500 000 enfants de moins de 6 ans vivant dans un ménage dont le revenu est particulièrement faible.

Si au cours des dix dernières années, le nombre de ces enfants vivant en situation de pauvreté n'a pas varié, en revanche leur environnement familial a évolué de manière significative. En 1985, beaucoup de ces enfants vivaient dans des familles nombreuses ou au moins organisées selon le modèle dominant du père et de la mère présents dans le même foyer. Moins de un sur dix vivait alors dans une famille monoparentale. En 1995, c'est un enfant pauvre sur cinq qui vit dans une famille monoparentale. Cela traduit une évolution générale de la structure des ménages dans les années 1980-1990. L'augmentation du nombre de familles monoparentales a été trois fois plus rapide parmi les pauvres que dans l'ensemble des ménages. 12 % de ces ménages monoparentaux qui sont essentiellement constitués de femmes seules étaient au-dessous du seuil de pauvreté en 1985 contre 17 % dix ans plus tard⁹³. Dans ces familles monoparentales, s'il travaille dans la majorité des situations, le chef de famille a une profession en bas de l'échelle de qualification, avec un salaire modeste et un risque plus grand de perte d'emploi et de chômage. Ainsi, en 1995, 14 % des chefs de familles monoparentales sont à la recherche d'un emploi, contre 8 % pour l'ensemble des chefs de ménage. Dans ce contexte, les conditions de vie sont le plus souvent défavorables et entraînent dans le cercle vicieux de la précarisation.

Grossesse chez les femmes jeunes et grossesse mal suivie

Le plus souvent, les grossesses chez les jeunes de moins de 20 ans ne posent pas de problème particulier. Il existe cependant des situations fort délicates surtout chez les jeunes femmes en situation de grande *fragilité psychologique*, *isolées* ou en *situation de précarité*. Dans ces circonstances, la grossesse peut ne pas être découverte avant la naissance ou être mal suivie. C'est ce que souligne une enquête menée en 1993 par B. Blondel, en lien avec les maternités et les services de Protection maternelle et infantile, portant sur les femmes peu ou pas suivies pendant leur grossesse dans 21 départements⁹⁴. Les mères ayant

93. Herpin N. et Olier L., « Pauvreté des familles, pauvreté des enfants », *Insee-Première*, n° 499, décembre 1996.

94. Blondel B., *Les femmes peu ou pas suivies pendant la grossesse*, Rapport de fin d'étude, Paris, 1994.

eu une grossesse peu ou pas suivie sur le plan médical représentent environ 9 000 femmes par an. Ce chiffre peut paraître faible mais les risques associés à une surveillance insuffisante sont suffisamment graves pour que l'on cherche à éviter le plus possible ce type de situation. Chez ces femmes, le **risque de prématurité** est multiplié par 4,4 et le risque d'avoir un enfant de moins de 2,500 g est multiplié par 2,3 en cas de surveillance médicale insuffisante.

En fait, avant 20 ans, la venue d'un enfant remet souvent en cause la vie présente et l'avenir de ces femmes. Si certaines d'entre elles vivent dans des milieux favorisés, la plupart proviennent de couches sociales défavorisées. Dans ces situations, elles ont souvent peu de liens avec le père de l'enfant et la famille accepte parfois mal cette charge supplémentaire. Le manque de surveillance peut s'expliquer par des difficultés à accepter la grossesse. Par ailleurs, ces jeunes femmes sont souvent gênées pour consulter, par manque d'argent, mais aussi parce qu'elles redoutent les critiques des médecins. La précarité économique et sociale est un facteur important de non-consultation souvent mentionné surtout pour celles qui sont étrangères, sans papiers, sans emploi ou sans logement. Par ailleurs, on observe que celles qui ont été peu ou pas suivies durant leur grossesse sont plus souvent **seules, sans emploi et sans protection sociale** que les femmes mieux suivies. *Pour les femmes de moins de 20 ans, le risque d'être peu ou pas suivie durant la grossesse est multiplié par 7 en l'absence de couverture sociale et par 6 quand elle ne vit pas en couple.*

Très souvent, l'enfant n'est pas désiré, et dans ce cas, la grossesse peut être vécue dans une grande confusion qui se traduit par un déni de grossesse et par l'impossibilité de voir un médecin. Les dénis les plus profonds, qui durent tout au long de la grossesse et se prolongent même parfois au-delà, se rencontrent chez les femmes qui nient leur corps et leur sexualité. Parfois, à l'occasion de la grossesse, peut resurgir un traumatisme vécu durant l'enfance⁹⁵.

Cet aspect cumulatif n'atteint pas que la mère, il se répercute chez l'enfant, handicapant peut-être toute son existence, comme on l'a vu ci-dessus. Il semble évident, bien qu'on manque de données, que l'enfant né dans ces conditions démarre dans la vie avec un handicap important : un attachement médiocre à la mère, des maltraitances possibles qui peuvent avoir des conséquences graves pour l'ensemble de sa vie. Parmi les femmes n'ayant eu

95. Bonnet C., *Geste d'amour. L'accouchement sous X*, Paris, Odile Jacob, 1990.

aucune surveillance prénatale, on a constaté qu'un an après leur naissance, 1/3 des enfants étaient abandonnés, placés ou gardés par d'autres personnes que leurs parents.

La PMI : un lieu privilegié pour l'observation

Les consultations de PMI accueillent le plus souvent des familles aux revenus modestes essentiellement du fait de la gratuité des services offerts. Diverses études menées dans ce cadre ont permis d'identifier un certain nombre de problèmes pathologiques et d'évaluer l'impact de certains programmes préventifs. Il ressort que dans les situations de grande précarité on retrouve plus fréquemment les problèmes suivants :

- Ressources financières. Les banques alimentaires jouent heureusement un rôle important de prévention mais il faut savoir dépister les anémies ferriprives et développer des programmes d'éducation nutritionnelle adaptés aux petits budgets.
- Des pathologies traînantes, mal soignées (otites, caries dentaires, etc.) faute de ressources financières ou de temps disponible de la mère qui est souvent seule, débordée et fatiguée.
- Des accidents domestiques qui sont plus importants dans les logements exigus, surpeuplés avec des chauffages vétustes.
- Des troubles du sommeil qui sont très souvent liés aux conditions de vie (bruit, promiscuité, etc.) allant jusqu'à la demande de somnifères.
- Des troubles du comportement : agressivité, difficultés relationnelles signalées par la mère mais aussi parfois par l'école.

Cependant, il apparaît que les consultations prénatales de Protection maternelle et infantile ne sont pas – quand elles existent – assez connues par les femmes en situation de grande vulnérabilité. Leur nombre semble en effet insuffisant et elles sont surtout concentrées dans les grandes villes et de ce fait peu accessibles à toute une partie de la population, notamment du monde rural.

Soins et santé durant la petite enfance

Le développement harmonieux de l'enfant dépend surtout de la qualité des liens qui se tissent avec sa mère et avec l'environnement familial. Or, les soucis des adultes prennent souvent le pas sur la disponibilité et la capacité d'être suffisamment

attentif. Devant les difficultés, les conflits normaux qui jalonnent la croissance d'un enfant, la mère, le père (quand il est encore présent) baissent souvent les bras par lassitude, épuisement ; certains craquent nerveusement et les enfants peuvent être malmenés, être cible de la violence. Mais ces situations ne sont pas spécifiques aux familles en difficulté, elles se rencontrent aussi dans toutes les strates de notre société. Par exemple, des parents cadres moyens ou supérieurs dans les familles à double carrière, surmenés, voire harcelés dans leur travail peuvent aussi faire vivre à leur enfant des réalités difficiles. Cependant, dans ces cas les revenus du ménage peuvent permettre la mise en place de relais pouvant en partie les libérer des tâches matérielles et éducatives. Par contre, une jeune mère isolée, à faible revenu, après sa journée de travail doit assurer, le plus souvent seule, les tâches domestiques, éducatives et les soins aux enfants. Si celle-ci garde des liens étroits avec sa famille, il semble que les problèmes se règlent mieux. Il en est de même pour celles qui ont un tissu social et amical de soutien. Or, c'est assez rare. Le réseau médico-social peut alors avoir un rôle non négligeable pour lutter contre cet isolement.

L'accessibilité aux soins de prévention, prévue en France depuis 1945, permet à tous les enfants de 0 à 6 ans un suivi médical régulier. Durant ces six années, vingt examens sont ainsi remboursés à 100 % ou gratuits quand ils sont effectués dans les consultations de PMI. Les trois certificats de santé obligatoires ainsi que les bilans de santé en école maternelle permettent également de suivre certains indicateurs et d'avoir une connaissance de l'état de santé de la population infantile à certains moments clefs (naissance, 9 mois, 24 mois, 3-4 ans). Le but de ces examens est de permettre une certaine vigilance – dépistage d'affections latentes, de problèmes de développement, de pathologies sensorielles, etc. – et de faciliter des soins adaptés ou l'orientation nécessaire le plus précocement possible. Ce dispositif original ainsi que l'importance culturelle donnée dans notre société aux premières années de la vie expliquent certainement les résultats plutôt favorables en matière de santé chez les enfants de moins de 6 ans. Mais ces résultats ne peuvent uniquement être mis au compte de la « vigilance médicalisée » de la petite enfance.

Depuis 1945, a également été mis en place un dispositif d'offre de services médico-sociaux dans le cadre du service public. C'est aujourd'hui aux services départementaux de PMI, aux services sociaux – souvent encore appelés polyvalents de secteur – qu'il est confié. Leur objectif est de travailler dans le réseau social au plus près des familles, en intensifiant l'offre de services dans

les zones géographiques où se trouvent les besoins les plus importants. Consultations de PMI, centres de planification, actions d'éducation à la santé, lieux d'éveil parents-enfants, visites à domicile, permanences, bilans en écoles maternelles, agrément et suivi des assistantes maternelles et lieux d'accueil de la petite enfance font partie de ce dispositif. L'ensemble de ce dispositif, qui est au service d'une politique de proximité, de protection et de promotion de la santé de la famille et de l'enfance (Loi du 18 décembre 1989), dépend des conseils généraux, en lien étroit avec d'autres services publics concernés soit par convention, soit du fait de leurs missions spécifiques et complémentaires (Éducation Nationale, municipalité). Malheureusement, malgré les normes fixées par voie réglementaire, il y a inégalité de réponse entre les différents départements.

L'école : un amplificateur de la précarité

L'école, le grand œuvre de la Troisième République française, échoue aujourd'hui à remplir sa mission d'éducation pour tous, de promotion sociale pour les enfants de toute origine et d'intégration des plus défavorisés. Pire, à l'heure où l'avenir professionnel des moins diplômés est lourdement compromis, l'école semble aggraver les inégalités et orienter les jeunes vers des carrières largement déterminées. De fait, les enfants vivant dans des familles précarisées sont doublement en danger à l'école. La santé de ces enfants est donc concernée d'une façon directe (maltraitance) et d'une façon indirecte mais lourde de conséquences à long terme (échec scolaire générateur d'échec social, inducteur à son tour d'inégalités sociales devant la santé, augmentant le risque de précarisation et donc d'une érosion précoce du capital-santé).

Échec scolaire, origine sociale et avenir

Malgré l'allongement général de la durée de la formation scolaire, malgré l'offre d'école à tous les enfants quelle que soit leur origine sociale, une sélection sociale implacable continue à s'opérer par le biais de l'école. De 1962 à 1980, le nombre de bacheliers s'est fortement accru. Mais si toutes les couches sociales ont profité de cette augmentation, l'écart s'est maintenu entre les jeunes selon leur origine sociale, tout en en alourdissant les conséquences. Une étude du ministère de l'Éducation nationale montre que 77,4 % des enfants de cadres supérieurs entrés en sixième en 1980 ont obtenu le baccalauréat, soit 20 points de plus qu'en 1962 où ils étaient 57,4 %. Pour les enfants d'ouvriers ces taux

étaient de 25 % en 1980 contre 12,4 % en 1962. Seulement 17 % d'enfants d'inactifs entrés en sixième en 1980 ont obtenu le baccalauréat alors qu'ils étaient 9,3 % en 1962. Si la démocratisation de l'enseignement a bien profité à toutes les couches sociales, d'importantes différences subsistent encore entre elles (Tableau XIII). Des données plus récentes montreraient probablement les mêmes tendances.

Pire peut-être, le sens de ces différences est devenu beaucoup plus lourd et plus stigmatisant. En 1962, l'enfant d'une personne sans emploi entrait en sixième avec une chance sur dix d'obtenir un baccalauréat, qui était considéré alors comme un diplôme important mais qui n'était pas nécessaire à l'obtention d'un emploi. En 1980, cette chance se réduit à un sur cinq, l'obtention du baccalauréat étant désormais considérée comme allant de soi, même s'il n'offre pas d'emploi, la majorité des offres d'emploi étant destinées aux « bac +... ».

Tableau XIII
Proportion d'enfants ayant obtenu le baccalauréat
en fonction de la profession des parents

	Entrés en 6 ^e en 1962	Entrés en 6 ^e en 1980
Parents cadres supérieurs	57,4 %	77,8 %
Parents ouvriers	12,4 %	25 %
Parents inactifs	9,3 %	17 %

On peut également remarquer que si le nombre d'enfants d'ouvriers titulaires d'un baccalauréat est aujourd'hui supérieur à celui de l'ensemble des bacheliers des années cinquante, leurs chances d'obtenir un baccalauréat scientifique par rapport à celles des enfants de cadres sont plus faibles aujourd'hui qu'elles ne l'étaient dans ces mêmes années. La sélection qui s'opérait autrefois en amont de l'entrée à l'école s'effectue maintenant dans le cours même des études puisque la quasi-totalité des enfants parcourt le chemin école-collège-lycée. En plus de l'élimination sociale qu'il subit, l'élève issu d'un milieu social défavorisé, doit maintenant porter le poids de la culpabilité puisqu'il a eu les « mêmes chances » que les autres, entendues comme l'accès aux mêmes structures scolaires. S'il échoue, lui fait-on sentir, c'est qu'il n'a pas assez travaillé, ou encore que c'est la faute de sa famille qui ne s'occupe pas correctement de lui. La capacité à analyser l'échec scolaire et social en est diminuée d'autant pour l'intéressé lui-même.

Le phénomène d'élimination et de marginalisation pour les exclus du système scolaire est d'autant plus grave aujourd'hui que le contexte d'allongement général de la scolarité rend les diplômes de plus en plus indispensables. Ne pas avoir de diplôme n'était pas un obstacle à l'obtention d'un travail dans une société où 50 % des Français ne réussissaient pas le certificat d'études. C'est aujourd'hui, dans un contexte de travail plus rare, à la fois une humiliation personnelle et une barrière à l'intégration professionnelle. De même l'absence de compétences efficaces en lecture se trouve être, avec d'autres facteurs corrélés, un générateur d'exemption du service national. La population carcérale est constituée pour une large part de détenus ayant eu une histoire scolaire ratée : au centre de détention de Loos (Nord), 5 % des détenus sont analphabètes et 60 % n'ont aucun diplôme.

Échec scolaire et mauvaise santé

Force est de constater, à la décharge du système éducatif, que l'apprentissage est difficile pour certains enfants qui arrivent à l'école en mauvaise santé. Une enquête réalisée en 1991 sur un échantillon de 101 000 appelés met en évidence les corrélations entre les niveaux en lecture et l'état de santé des jeunes testés. Plus l'état de santé est déficient, plus le pourcentage de non-lecteurs augmente. Le pourcentage de bons lecteurs est d'autant plus important que l'état de santé est meilleur. La corrélation est particulièrement forte entre les capacités d'audition et le niveau de lecture. Parmi les mauvais lecteurs, ceux qui ont une audition très déficiente sont trois fois plus nombreux que ceux qui ont une bonne audition ; de même, parmi les bons lecteurs, ceux qui ont une bonne audition sont deux fois plus nombreux que ceux qui ont une audition très déficiente. La corrélation est également forte entre les capacités de vision et le niveau de lecture, significative aussi bien pour les non-lecteurs que pour les bons lecteurs.

Cependant, les remarques de l'étude mettant en relation les capacités psychiques et les compétences en lecture sont à prendre avec précaution. Si les déficits visuel et auditif peuvent être dans la plupart des cas antérieurs à la période d'apprentissage de la lecture et avoir influencé les conditions de cet apprentissage, les troubles psychiques peuvent avoir été en partie induits ou amplifiés par dix ans de confrontation à l'échec dans le cadre scolaire. Quoiqu'il en soit, ceux qui manifestent des troubles psychiques, tels qu'ils sont définis par l'armée, (« *troubles de comportement* » et/ou « *déficience mentale* ») sont très inégalement répartis au vu de leurs compétences en lecture : 85 % des jeunes chez qui l'on

n'a pas décelé de troubles psychiques sont considérés comme lecteurs ; par contre, 40 % de ceux qui manifestent des troubles psychiques ne parviennent pas à lire une phrase.

Les relations entre le niveau scolaire et la santé auront des répercussions durant la vie entière puisque le niveau de formation est fortement corrélé à son tour avec les pratiques des individus en matière de consommation de soins. Le faible niveau d'instruction combiné à une absence de couverture complémentaire accroît les écarts de vieillissement relatif et de consommation de soins. Les personnes qui ont un faible niveau d'instruction ont également la plus forte consommation moyenne de soins à domicile d'omnipraticiens mais leur consommation de séances au cabinet de l'omnipraticien est plus faible, de même que la consultation de spécialistes. Leur consommation de soins dentaires est inférieure de 30 % à celle de la population générale. Il est possible que les problèmes financiers déterminent partiellement cette sous-consommation de biens médicaux. Par contre l'hospitalisation est plus importante que pour la population dans son ensemble. Tout se passe comme si les personnes ayant un faible niveau d'instruction ne se soignaient que dans l'urgence, quand il est impossible de tenir plus longtemps, ce qui aboutit à une dégradation de l'état de santé et à des hospitalisations relativement plus nombreuses.

Au vu de ces données, il apparaît que le passage à l'école induit de façon forte la vie ultérieure : les performances scolaires influencent le degré d'insertion sociale, le revenu économique par l'accès à l'emploi, la santé et l'espérance de vie. L'école a une responsabilité particulière, aussi bien pour l'état de santé proprement dit que pour permettre aux enfants des couches sociales défavorisées d'accéder à la connaissance et à la culture. La réussite strictement scolaire est plus décisive que le dépistage des pathologies pour assurer la santé à long terme.

La maltraitance à l'école *Maltraitance physique*

Les sévices physiques sont interdits par l'institution scolaire comme méthode d'éducation. Pourtant, même si la violence réelle est résiduelle, la menace de violence fait toujours partie du vécu scolaire des enfants. La dénonciation de la violence est surtout présente parmi les enfants des classes populaires. Ce sont ces enfants qui se font le plus malmener physiquement. Par contre, les comportements violents sont monnaie courante dans les cours de récréation, dans l'enceinte même de l'école. Dans un grand nombre d'écoles, les enseignants se sentent peu concernés par les conflits

entre enfants. Pour un nombre important d'enfants, la violence physique est une manière d'affirmer son existence. Les victimes sont toujours les mêmes : enfants fragiles, enfants marqués par des disgrâces physiques ou un écart par rapport à la norme (taille, couleur de peau ou de cheveux). Un enfant parfois déjà malmené par son histoire sera une victime toute désignée pour les agresseurs. Là encore, ce sont les enfants qui arrivent en situation de fragilité qui seront les plus maltraités. Il n'existe malheureusement pas de statistiques précises sur ce phénomène, dont tous les enseignants portent pourtant témoignage.

Maltraitance sexuelle

Des événements récents ont montré que les sévices de nature sexuelle n'ont jamais disparu de l'école. Les décisions politiques qui ont suivi peuvent laisser penser que ces agressions, qui touchent tous les milieux sociaux, seront moins passées sous silence et ne resteront dorénavant plus impunies. Mais une fois encore, des témoignages sans confirmation statistique laissent penser que la dénonciation de ces actes n'est pas également répartie, ni entendue, suivant l'origine sociale des enfants.

Maltraitance psychologique

Mais l'essentiel de la maltraitance à l'école est invisible en termes de traces physiques. La maltraitance psychologique est de loin la plus importante et touche principalement les enfants marqués par l'échec scolaire, en majorité des enfants fragilisés par leur origine familiale. Depuis toujours les mauvais élèves ont été stigmatisés par l'école : bonnets d'âne et tours de cour humiliants ont eu une grande vogue dans l'école primaire. Ensuite, seuls les « bons » allaient au lycée. Les autres n'étaient donc pas confrontés pendant de longues années d'adolescence à l'humiliation, comme ils le sont aujourd'hui. En effet, par les effets de l'allongement de la scolarité – en partie forcée par l'absence de travail, notamment pour les jeunes – un adolescent peut rester très longtemps dans un milieu pathogène pour lui. Pour ceux qui sont confrontés à l'échec, aux réflexions vexatoires, l'estime de soi s'effrite inexorablement. Un élève est sommé, parce qu'en échec, de choisir une orientation, de construire un projet de vie, alors que justement rien n'est possible dans ce qu'on lui présente. Soumis sans cesse à des injonctions paradoxales – au niveau de la classe (*travaille, ou tu ne réussiras pas*), – au niveau de l'institution scolaire (*tu ne peux pas rester ici, trouve-toi une orientation... avec ton niveau tu ne peux aller nulle part*), le jeune perd progressivement toute confiance en lui-même et dans les adultes qui lui font face.

Ce sont essentiellement ces jeunes qui développent des manifestations de violence contre eux-mêmes (tentatives de suicide, conduites dangereuses sur des engins à moteur, toxicomanies graves, alcoolisme) contre les autres jeunes (racaille contre bouffons) ou contre l'institution (vandalisme, agressions).

L'école peut aussi, dans un nombre non négligeable de cas, casser la solidarité familiale ou stigmatiser davantage la famille. Pour une partie des familles, même en difficultés sociales, l'espoir de voir réussir les enfants est fort. Quand l'école convoque la famille pour exposer les difficultés de l'enfant (*les difficultés qu'elle rencontre avec l'enfant*), les parents peuvent adopter deux attitudes différentes. Ou bien ils se solidarisent avec leur enfant, dans l'hostilité à l'enseignant qui « *ne les aime pas, qui ne s'occupe que des bons* ». Dans ce cas-là le discrédit jeté sur la famille est généralement sans appel et cet enfant « *ne réussira pas puisque la famille le soutient* ». L'enfant rentre alors dans un conflit officiel entre l'école et sa famille. Ou bien ils prennent le parti du maître contre l'enfant, pensant faire son bien. Et l'enfer vécu par l'enfant à l'école va se poursuivre à la maison : une punition à l'école vaut quelques coups à la maison ou la privation des rares endroits où l'enfant trouvait quelque valorisation (club de sport ou de loisirs notamment). La communication dans la famille va diminuer jusqu'au moment où l'enfant préférera rester dans la rue avec ses copains et les parents auront perdu toute crédibilité à ses yeux.

La capacité de médiation entre l'enfant et l'école, qui fait partie du métier de parent, est particulièrement difficile à réaliser pour ceux qui ne maîtrisent pas les règles du système scolaire. Cette difficulté se répercute aussi bien sur la réussite scolaire de l'enfant que sur la sérénité de l'enfant au sein de sa famille. Or, on sait qu'un enfant ou qu'un adolescent privé de relations familiales fortes est plus en danger qu'un autre sur le plan de sa santé.

L'amplificateur de la précarité

L'école se trouve donc, face au problème de la précarité, dans une impasse. Elle agit aujourd'hui comme un amplificateur de phénomènes sociaux et accroît les risques de précarité pour les enfants des familles les plus exposées aux difficultés sociales, en les engageant sur des trajectoires extrêmement périlleuses. Cette limite du système scolaire nourrit en outre une inquiétude et un malaise des enseignants et une démobilitation de nombre de jeunes.

Ce déterminant majeur de la santé future des enfants qu'est l'école ne peut en aucun cas être amélioré par une simple approche sani-

taire ou médicale. Bien que non spécialiste dans ce domaine, le groupe de travail du Haut Comité de la santé publique considère que la poursuite d'une telle politique scolaire aurait d'importantes répercussions sur l'état de santé des jeunes et anéantirait tous les efforts que pourrait faire le système de santé. C'est à la racine que le mal doit être pris.

Adolescence à risque et jeunesse précaire

**Jeunesse
introuvable,
jeunesse
prolongée,
jeunesse
précaire**

La « jeunesse », malgré ses mouvements artistiques, politiques et sociaux, malgré les revendications portées en son nom, malgré sa présence quotidienne dans les journaux et dans les discours politiques, est une fausse évidence. C'est un concept défini en creux, rassemblant l'ensemble des individus qui ne sont plus des enfants mais qui ne sont pas encore des adultes, ce qui recouvre des réalités extrêmement différentes. « Période mi-chèvre, mi-chou⁹⁶ », « état d'apesanteur⁹⁷ », la jeunesse est avant tout une période de transition biographique – à la fois biologique, psychologique et sociale –, d'évolution et de contraste, mais aussi de fragilité et d'incertitude, profondément déterminée par les conditions dans lesquelles s'est déroulée la petite enfance et par les interactions qu'elle entretient avec la famille, l'école, les autres ou le monde du travail.

La durée de la jeunesse

À cet égard, si la limite inférieure de cette période n'a d'autre ambiguïté que celle de la limite supérieure de l'enfance (12-13 ans), la limite supérieure en est beaucoup plus floue. Les paramètres retenus sont à cet égard déterminants. La fin légale de la jeunesse peut être située à la majorité citoyenne, c'est-à-dire 18 ans, mais certaines dérogations sont possibles (mariage, etc.). Physiologiquement, cet âge correspond également à la maturité d'adulte. Mais l'âge de 18 ans est bien loin de correspondre, dans la majorité des cas, à l'autonomie. Un travail complémentaire de l'enquête Insee sur l'emploi de 1992, analysait ainsi la notion d'autonomie : « *Entrer dans la vie adulte signifie occuper un certain nombre de statuts : avoir un emploi, être installé dans un logement indé-*

96. Tomkiewicz S., « L'adolescence existe-t-elle ? », *Prévenir*, 23:11-17, 1992.

97. Mauger G., « Introduction sociologique », in M. Choquet et C. Dressen (dir.), *Adolescence plurielle*, Vanves, Éditions du CFES, 1993.

pendant de celui de ses parents, vivre en couple, fonder une famille » et montrait l'allongement régulier de la période d'acquisition de cette autonomie.

Les différentes étapes de l'acquisition de l'autonomie ne sont pas franchies en même temps ni dans le même ordre ou de la même façon pour tous. La durée globale du processus varie ainsi d'une personne à l'autre. Mais cette variabilité a elle-même beaucoup évolué depuis le début du XX^e siècle. En 1911, selon une étude faite sur des jeunes hommes de la région d'Orléans, la succession des étapes est rapide et précoce. « *Avant le service militaire, le jeune homme est chez ses parents, il est encore considéré comme un adolescent. Après le service militaire, il quitte ses parents et adopte vite un rôle d'adulte : il se marie et prend un métier. Entre les deux, il n'y a pas d'intermédiaire.* » Cette quasi-synchronisation n'est plus de règle aujourd'hui. La dissociation des étapes est de plus en plus grande, et ce mouvement s'accélère depuis deux ou trois décennies. De plus, ces transitions se décalent vers des âges plus élevés.

Globalement on peut dire aujourd'hui que :

- La scolarité de plus en plus longue est la principale explication du retard progressif du passage au statut adulte. Entre 1983 et 1992, la proportion de jeunes de 20 ans scolarisés a plus que doublé, passant de 30,5 % à 65,4 % (Tableau XIV).
- Sur le plan du logement, les jeunes deviennent indépendants de leurs parents de plus en plus tard.
- Le retard à la vie en couple et *a fortiori* au mariage est très net.

Tableau XIV
Évolution de la situation des jeunes de 20 ans entre 1983 et 1992

Situation	En 1983 (génération 1963)	En 1992 (génération 1972)	Évolution entre 1983 et 1992
Scolaire ou étudiant	30,5	65,4	+ 114 %
Vit chez ses parents	59,0	72,0	+ 22 %
Vit dans un logement payé par ses parents	10,0	18,0	+ 80 %
Vit seul dans un logement indépendant ou non	23,3	22,2	- 5 %
Vit en couple	21,0	6,3	- 70 %
Marié	13,0	1,4	- 89 %
Occupe un emploi	39,3	19,3	- 51 %
Occupe un emploi stable	29,5	9,6	- 69 %

-
- Malgré ces décalages, l'accession au statut d'adulte finit donc par se faire, mais la période de « jeunesse » au sens où on a l'habitude de l'entendre est considérablement prolongée.

Si on ajoute un critère supplémentaire, celui de la naissance du premier enfant, la désynchronisation et le retard augmentent encore davantage. On arrive ainsi pour les âges médians de franchissement de seuils successifs, à un étalement qui va de 18 à 29 ans pour les hommes et de 19 à 26 ans pour les femmes. Ces phénomènes très généraux du décalage dans le temps et d'étalement des âges de franchissement des seuils qui mènent à la vie adulte, ne sont pas homogènes dans la société. Trois paramètres ont une influence certaine : le sexe, le niveau social et culturel et le rôle de la crise de l'emploi :

- *le calendrier féminin* : les étapes familiales et résidentielles sont plus précoces d'environ deux ans et la phase de transition est de six ans seulement.
- *le niveau de formation* : un niveau de formation supérieur va de pair avec un départ de chez les parents avant la fin des études et avec une fondation de couple plus rapide après ce départ, contrairement aux niveaux de formation inférieurs (CAP, BEP).
- *le niveau socioculturel* : plus celui-ci est élevé, plus la fin des études est tardive et plus le départ de chez les parents est précoce. Il existe une interaction entre la variable sexe et la variable socioculturelle. Plus le niveau socioculturel est bas, plus l'engagement familial du jeune est précoce, et plus la transition entre la famille d'origine et la famille de procréation est brève.
- *le chômage* : il contribue au report des étapes familiales ultérieures, au moins pour les garçons. Chez eux en effet, le fait d'avoir connu le chômage, à un moment quelconque de leur itinéraire, contribue à retarder le départ de chez les parents, quel que soit le niveau social et culturel.

Les problèmes de la jeunesse

La question d'un « problème de la jeunesse » est tout aussi difficile à cerner que la définition même de cette population. Le fait que ce « problème » soit plus souvent exprimé par des porteparoles adultes que par les jeunes eux-mêmes n'en simplifie pas l'analyse. Mais il est certain que, depuis plusieurs décennies la « jeunesse » est vécue par la société et le pouvoir comme une

période qui pose des problèmes difficiles, qui se sont additionnés :

- problème de nombre et conséquences éducatives pour la génération du baby-boom,
- problèmes culturels avec l'explosion de 1968,
- problèmes d'accès à une profession avec la crise de l'emploi et le chômage.

Aussi la jeunesse fait-elle depuis les années 1970 l'objet de nombreuses études qui ont résulté d'oppositions et de polémiques assez vigoureuses, où la science et la politique se sont trouvées fortement mêlées. Schématiquement, on peut identifier :

Une vision psychologique

Cette description insiste sur le vécu des jeunes, fondé sur des données psychologiques propres à cet âge. Certains psychologues et psychiatres infanto-juvéniles décrivent l'âge adolescent – *teen-agers* – par des caractéristiques générales : relative instabilité affective, évoluant entre le doute et l'affirmation excessive de soi et de son ambition, initiation à la vie de relation avec l'autre sexe, développement de la vie sociale extrafamiliale, exploration de ses propres limites, conduites d'essai, rêves plus ou moins ambitieux, etc. Ils ont ainsi été conduits à parler de malaise adolescent. D'autres s'intéressant à une tranche d'âge un peu plus élevée, ont de plus insisté, depuis 1968 notamment, sur une attitude nouvelle envers la vie et le social qui serait commune à tous les membres de cette classe d'âge : une culture propre à la jeunesse. Pour les uns comme pour les autres, l'expérience « adolescents et jeunes » est considérée comme une réalité essentiellement psychologique.

Une vision sociologique

À l'opposé, une vision sociologique refuse la vision précédente dans ses deux pré-supposés. Pour ses partisans, la jeunesse n'est qu'une catégorie vide. Rien de commun entre un « étudiant » et un « jeune ouvrier ». D'autre part, la place importante accordée aux motivations individuelles dans l'interprétation des difficultés des jeunes doit s'effacer devant le poids des contraintes d'environnement. Par exemple, ce ne sont pas les jeunes qui désacralisent la valeur travail, mais c'est le marché du travail qui se transforme. Les intentions et les actions des personnes apparaissent plus comme des « affects » et moins comme des « causes ». Ces analyses mettent en évidence un changement de

l'accueil réservé par la société aux jeunes générations : limites du système scolaire, difficultés à s'insérer dans le monde du travail, baisse des revenus des moins de 30 ans, etc. Ce type de discours rencontre aujourd'hui un succès certain. Pourtant, poussé à l'extrême, il conduirait à ne considérer les jeunes que comme des objets passifs, victimes de forces qui les dépassent. Ils disparaissent comme acteurs possibles de leur propre devenir, les contraintes sociales et économiques apparaissant à l'inverse comme des fatalités qui réduisent à néant les capacités de réaction. Cette approche ne saurait donc à elle seule résumer l'ensemble des problèmes de la jeunesse.

À l'exposé schématique de ces deux points de vue dominants, on peut ajouter deux remarques :

- L'essentiel du savoir sur les jeunes et l'emploi provient d'institutions nationales, telles que l'Insee ou le Centre d'études de l'emploi. On leur doit des études réalisées par des méthodes de type quantitatif, sur des grands échantillons, le plus souvent par questionnaire, excellentes pour catégoriser et dépister les tendances lourdes. Cette approche du social n'est évidemment pas neutre. Tout ce qui concerne le vécu des personnes y est fatalement minimisé voire évacué. De plus toute catégorisation, si pertinente soit-elle, comporte des risques évidents de stigmatisation, qui s'avèrent ici particulièrement importants.
- La nature des résultats des études est en train d'évoluer. Pendant longtemps, elles ont abouti à des catégorisations statiques : en 1976, « jeunes non scolarisés », en 1980, « jeunes en difficulté », etc. Plus récemment, des approches longitudinales ont conduit à des catégorisations dynamiques, s'efforçant d'établir des typologies des trajectoires : « jeunes en risque d'exclusion », par exemple. Mais ces catégories sont encore plus stigmatisantes car les précisions qu'elles autorisent ne sont valables qu'en probabilité, c'est-à-dire pour des groupes et non pas des personnes.

Le continuum biographique

L'objectif de ce chapitre n'est pas de trancher entre les définitions de la jeunesse, ni même d'arbitrer entre les types de problèmes qui se posent lors du passage vers la vie adulte. Il est simplement de prendre acte de la situation de précarité dans laquelle se trouvent nombre de jeunes et d'adolescents, et de montrer que cette situation est lourde de menaces sur leur santé ultérieure. On y traite donc délibérément la jeunesse comme un continuum allant

de l'adolescence à l'entrée dans une vie adulte, active et stable (soit, aujourd'hui rarement avant 30 ans), sans chercher à tracer des limites entre ces différents âges. Ce continuum connaît, bien entendu, des problèmes différents : plutôt organisé autour des troubles psychiques et de la violence dans l'adolescence, ceux-ci évoluent vers les difficultés d'insertion dans la vie active, avec l'accumulation des « petits boulots » et des emplois précaires pour les jeunes adultes (seuls 30 % des emplois créés aujourd'hui sont des CDI). Mais ces deux représentations constituent les deux pôles d'un ensemble continu de problèmes intriqués qui, en particulier, se succèdent fréquemment dans les itinéraires personnels. Ces problèmes sont donc traités dans un même chapitre, en conservant la dénomination « d'adolescents » pour une classe d'âge allant globalement de 12 ans aux premières tentatives d'insertion dans la vie adulte, et celle de « jeunes adultes » pour une classe d'âge allant de ces premières tentatives à la première insertion stable.

La santé des adolescents

La santé globale des adolescents et des jeunes, contrairement à celle des enfants, fait l'objet de nombreuses études dont celle du Haut Comité de la santé publique dans son rapport à la Conférence nationale de santé en 1997.

La santé des adolescents scolarisés

Des travaux analytiques majeurs, parce qu'ils peuvent servir de repère pour des groupes particuliers, ont été réalisés ces dernières années, en particulier en France, concernant la population scolarisée dans des établissements publics c'est-à-dire les adolescents au sens strict du terme. L'enquête « Adolescents, enquête nationale » (Inserm U169) a été réalisée en 1993 sur un échantillon important (12 400) et représentatif de la population des 11-19 ans scolarisés. Complétée par quelques autres travaux dont les contributions françaises à l'enquête internationale OMS *Health Behaviour of School Aged Children* (HBSC), qui concerne les enfants de 11, 13, et 15 ans dans 24 pays, elle permet de dresser un tableau relativement précis de la santé des adolescents français.

Certes 88 % des adolescents se disent bien portants et 85 % affirment qu'ils dorment bien. Mais que signifient ces chiffres ? Peuvent-ils être considérés comme satisfaisants ? Sont-ils vraiment meilleurs que ceux qu'on recueillerait sur d'autres classes d'âge dont le capital-santé est *a priori* moins favorable ? Quand on regarde ces enquêtes dans le détail et en particulier la place de la France par rapport aux autres nations européennes, le constat est pour

le moins préoccupant et appelle une prise de conscience à la fois des responsables politiques, des professionnels du secteur socio-sanitaire et plus largement de l'opinion publique.

Quelles sont les principales conclusions que l'on peut tirer de ces travaux ?

Le sentiment de mal-être est très largement répandu

- *L'absentéisme scolaire* : il touche 46 % des adolescents de 11 à 19 ans, de temps en temps, et 12,5 % souvent. Il croît avec l'âge : à 18 ans, l'absentéisme régulier touche 21 % des garçons et 15 % des filles. Il concerne surtout ceux qui sont insatisfaits de l'école et va de pair avec la consommation d'alcool, de tabac ou de drogue.
- *Le vol privé* (parents) ou public (magasins) : 17 % des jeunes de 11 à 19 ans ont volé au moins une fois. Le vol s'ajoute à d'autres prises de risque (tabac, alcool, drogue).
- *Le mal-être psychologique* : il occupe une place très importante. Les plaintes somatiques en sont une expression, puisque sur une liste proposée de six d'entre elles, 20 % de jeunes en connaissent souvent plus de trois.
- *La consommation de médicaments psychotropes* : elle est beaucoup plus fréquente en France que dans n'importe quel autre pays.
- *Le sentiment de solitude* : c'est une des plaintes les plus fréquentes : beaucoup ne parlent à personne de leurs problèmes.

Tous ces signes de mal-être augmentent avec l'âge et concernent davantage les filles.

L'usage de drogues licites ou illicites place la France à un rang médiocre

En s'appuyant sur les résultats de l'enquête internationale HBSC qui permet des comparaisons avec les 23 autres pays participant à l'enquête on peut dire que :

- *L'alcool* : à 15 ans, 89,3 % des garçons ont déjà goûté à une boisson alcoolisée, et 39,2 % ont déjà été ivres (pour les filles, les chiffres sont respectivement de 89,8 % et 27,7 %). Les Français s'avèrent parmi les consommateurs d'alcool les plus assidus dans les trois groupes d'âge considérés.

- *Le tabac* : la consommation concerne un jeune sur cinq entre 11 et 15 ans. Elle commence très tôt chez les garçons (à 11 ans, près de 6 % des garçons fument, contre 1,9 % des filles). À 15 ans, les filles ont rattrapé les garçons et les chiffres sont très élevés (consommation occasionnelle : 37 % des filles, 34 % des garçons ; consommation quotidienne : 17 % des filles, 18 % des garçons). Comparés aux 23 autres pays de l'enquête, le pourcentage de fumeurs français est parmi les 10 plus importants dans les trois groupes d'âge.
- *Les drogues illicites* : un jeune de 15 ans sur quatre s'est déjà vu proposer de la drogue, et 16 % en consomment ou en ont consommé. Il s'agit le plus souvent de cannabis. Deux facteurs prédictifs d'une utilisation des produits illicites à 15 ans sont le tabagisme et l'absence de père à domicile.

Globalement, à 15 ans, un adolescent sur deux seulement ne consomme ni alcool, ni tabac, ni drogue, et 7 % consomment les trois produits.

Les conduites violentes sont souvent sous-estimées

- *Les conduites violentes* : elles épargnent un tiers seulement des jeunes. Un cinquième d'entre eux en ont de façon régulière mais ce comportement diminue avec l'âge.
- *Les violences subies* : elles concernent 17 % des jeunes : 15 % sont physiques, 4 % sexuelles, 2 % sont des deux types.
- *Les idées suicidaires* : elles sont le fait de près du quart des jeunes, dont 9 % de façon fréquente, et 6,5 % ont fait une tentative au moins. Les idées et les conduites suicidaires semblent plus liées au vécu subjectif qu'à des conditions objectives.
- *Les accidents* : ils sont extrêmement fréquents : 43 % des jeunes ont eu un accident dans l'année. Entre 11 et 16 ans, il y a chaque année 30 accidents scolaires ou de loisirs pour 100 garçons, et 14 pour les filles. Ces chiffres sont en augmentation et la France est au premier rang des pays de l'enquête HBSAC.
- *La mortalité des jeunes Français de 14 à 25 ans* : elle est une des plus élevées d'Europe, due essentiellement (73 %) aux suicides et aux accidents. En 1993, 6 000 jeunes de cette tranche d'âge ont perdu la vie, 3 000 par accident et près de 1 000 par suicide. La surmortalité masculine est considérable pour l'une et l'autre cause.

Dans ce tableau assez alarmant, le niveau social (profession du père, statut par rapport au travail) semble avoir un poids notablement plus faible que les facteurs subjectifs. Parmi ceux-ci, la qualité de la vie relationnelle (famille, école, copains) semble avoir un effet protecteur. Lorsque l'on distingue les Français de souche (78 %), les Français d'origine étrangère (11 %), les étrangers (12 %) on constate que les facteurs ethniques ne semblent pas jouer de rôle majeur. Les étrangers ont un peu plus de conduites violentes, mais s'adonnent moins à l'alcool et au tabac. Il n'y a pas de différence pour les drogues illicites.

Les contacts avec le monde de la santé sont loin d'être inexistantes

- *La consultation* : 6 % des adolescents n'ont consulté aucun professionnel de santé dans l'année (seulement les plus jeunes et les garçons) ; 75 % ont consulté un généraliste, 65 % un dentiste, 43 % une infirmière scolaire. Les filles consultent plus que les garçons et les aînés plus que les cadets. Sauf cas particulier (suicide ou idée suicidaire), les appels au psychiatre et à l'assistante sociale sont rares. Ces consultations se font en milieu libéral mais aussi dans le cadre scolaire.
- *L'éducation pour la santé* : les élèves sont relativement bien informés et conforment leurs pratiques à leur connaissance pour des risques à court terme (VIH, grossesse, sécurité en voiture). Cette réceptivité ne se retrouve pas pour l'alcool, le tabac, ou les drogues illicites.

Au total, cet état de santé médiocre concerne l'ensemble de la population des jeunes de 11 à 18 ans. C'est cela qui rend le constat encore plus alarmant.

La santé des jeunes non scolarisés

Les enquêtes précitées ont un certain nombre de failles dont la principale est que la représentativité ne concerne que les jeunes scolarisés de l'enseignement public. Le privé en est exclu, ainsi que les jeunes non scolarisés. Pourtant, tout laisse penser que les jeunes les plus vulnérables subissent avec une violence accrue l'insécurité qui pèse sur l'ensemble des jeunes, et que, inversement, ces situations permettent de mieux saisir l'ampleur des problèmes qui affectent les jeunes. Cette situation particulière a été à nouveau étudiée par une équipe conduite par M. Choquet dans le cadre de l'enquête « Jeunes en insertion », réalisée en 1994⁹⁸.

98. Enquête CFI-Paque, dispositif 16-25 ans.

Il s'agit de jeunes, ayant quitté le système éducatif plus ou moins tôt, restant sans formation professionnelle. Ces jeunes participant à deux dispositifs d'insertion (CFI-Paque) ont été interrogés et examinés lors de la visite médicale, en principe obligatoire dans chacun de ces dispositifs. Cette population est plus âgée que celle des adolescents scolarisés puisque l'âge moyen est de 21,4 ans et que l'âge minimal des enquêtés est de 16 ans. Cette enquête, malgré les réserves méthodologiques qu'elle peut inspirer (elle ne porte pas sur tous les jeunes non scolarisés et la participation à l'enquête dépend de la venue effective à la visite médicale, ce qui met en question la représentativité de l'échantillon), est la première enquête nationale sur les jeunes non scolarisés ou plutôt, prématurément déscolarisés. Elle permet de souligner à la fois les similitudes qualitatives et les importantes différences quantitatives entre les adolescents scolarisés et les jeunes en insertion :

*Les jeunes en insertion sont plus défavorisés
que les jeunes scolarisés sur le plan social et familial*

- Les parents sont beaucoup moins insérés sur le plan professionnel : plus de retraités, plus d'invalides, plus de chômeurs (65 % ont une activité, contre 88 % pour les parents d'adolescents scolarisés) ;
- La répartition « ethnique » est différente : les Français d'origine métropolitaine sont 62 % (contre 78 %) ; les Français d'origine étrangère sont 20 % (contre 11 %) ; les étrangers sont 18 % (contre 12 %) ;
- Les familles sont plus désunies, par divorce, séparation ou décès (32 % contre 15 %) ;
- Sur le plan scolaire, la majorité a abandonné l'école avant 18 ans, la déscolarisation est de 4,5 ans en moyenne ;
- Un jeune sur trois seulement a une activité professionnelle. La moitié a déjà suivi plusieurs stages.

L'isolement est plus marqué

- L'investissement relationnel n'est pas négligeable, mais moins que chez les adolescents scolarisés. Ainsi, à âge égal, ils sortent moins entre pairs (70 %) que les scolarisés (82 %) ;
- La sexualité est bien établie, et à âge égal, comparable à celle des scolarisés. Par contre, la contraception n'est pas systématique et le préservatif est rarement adopté. La

grossesse est fréquente : 29 % des filles ont un antécédent de grossesse, dont 40 % ont conduit à une IVG.

- Ceux qui ont des pratiques sportives (5 %), artistiques ou en association (10 %) sont très peu nombreux ;
- Le sentiment d'isolement est très marqué : 11 % ne voient jamais leurs parents et 15 % ne sortent jamais avec des amis. Cette solitude est plus forte chez les filles que chez les garçons.

L'état de santé objectif est inquiétant

- 71 % des filles ne sont pas vaccinées contre la rubéole ;
- 94 % des jeunes ne sont pas vaccinés contre l'hépatite B ;
- 24 % ont au moins quatre dents cassées ;
- 10 % ont au moins quatre dents manquantes ;
- 48 % ont des troubles de la vue ;
- un jeune sur deux a connu des problèmes de santé dans l'enfance.

Au total on observe que l'accès aux soins est déficient. Ces jeunes non scolarisés sont moins bien soignés que les adolescents scolarisés pour les problèmes de vue et de dents (près de la moitié des problèmes dentaires ne sont pas pris en charge). Un jeune sur quatre n'a pas rencontré de professionnel de santé dans l'année. En revanche, ils ont plus de contacts avec les psychiatres, les psychologues et les assistantes sociales que les scolarisés⁹⁹.

Les conduites à risque sont plus marquées

- *Le tabagisme* : il est beaucoup plus élevé à âge égal que chez les scolarisés (50 % fument quotidiennement contre 30 %). En revanche, *les consommations d'alcool, de drogues illicites et de médicaments psychotropes* sont proches de celles des scolarisés.
- Globalement, comme chez les adolescents scolarisés, les garçons fument plus, boivent plus, consomment plus de drogues mais moins de médicaments psychotropes que les filles.

99. Notons qu'ici, la comparaison avec les adolescents scolarisés n'est pas possible, puisque les jeunes en insertion bénéficient d'un dossier médical, alors que les scolarisés n'ont répondu qu'à un autoquestionnaire.

La dépressivité est, à âge égal, semblable à celle des scolarisés

- Mais elle augmente très vite après 18 ans, notamment chez les garçons. Ce qui n'empêche pas que, globalement, la prédominance féminine reste très nette.

Les violences subies et agies sont une des caractéristiques de cette population

- *Les violences envers soi* : 15 % ont fait une tentative de suicide. À âge égal, ce taux est au moins le double de celui des scolarisés. Ces tentatives sont plus fréquentes chez les filles (18 % contre 12 % chez les garçons). Sont particulièrement concernées les filles françaises d'origine étrangère.
- *Les violences contre les autres* : les conduites violentes sont très banales. Un jeune sur quatre en a de fréquentes, les plus jeunes davantage que les plus âgés, les garçons davantage que les filles. Toutefois, cette prédominance masculine est beaucoup moins nette que chez les scolarisés, l'agressivité féminine étant particulièrement nette chez les jeunes en insertion.
- *Les violences subies* : un jeune sur trois en a l'expérience. À âge égal, en comparaison avec les scolarisés, les garçons sont beaucoup plus nombreux à avoir subi des violences sexuelles et les filles à avoir subi des violences sexuelles et physiques.
- Tous ces types de violence sont très corrélés entre eux : violences subies, conduites violentes sont associées entre elles et aux tentatives de suicide.

Par ailleurs, la comparaison entre les jeunes des deux programmes d'insertion semble montrer des différences notables (qui ne sont significatives que si on arrive à mettre en évidence des différences de définition des deux programmes). Les jeunes CFI ont été scolarisés plus longtemps et sont déscolarisés depuis moins longtemps. Ils ont atteint un meilleur niveau scolaire. Ils sont en plus grande proportion des Français d'origine métropolitaine, ils sont moins religieux, ont des revenus moins bas, sont mieux couverts par la Sécurité sociale. Ils ont globalement une meilleure santé. Les filles ont subi moins de violences. Ils ont connu une durée de travail post-scolaire plus longue, voient plus souvent leurs parents, ont plus de relations avec les autres jeunes. Mais ils sont davantage consommateurs de produits divers. Pour ce qui est de la dépressivité et du suicide, il n'y a pas de différence nette.

Globalement, on peut dire que les CFI sont moins défavorisés, mais mal insérés, et plus affranchis que les Paque.

Quelles que soient ces nuances entre deux catégories de jeunes en insertion, il apparaît que la souffrance psychologique est une des caractéristiques essentielles de l'état de santé de ces jeunes en insertion. Comme il a été dit plus haut, **la souffrance psychologique des défavorisés peut être interprétée comme une forme aggravée du mal-être retrouvé par M. Choquet chez les adolescents de la population générale.**

Un terme qui revient dans presque toutes les études qualitatives concernant les jeunes en difficulté, est celui de honte, avec tout ce que cela implique de perte d'estime de soi, de désengagement des relations avec les autres, de désintérêt pour la sphère publique, de perte d'énergie (« *pourquoi me demander ce que je ferai dans un mois, alors que je ne sais pas ce que je ferai demain et même ce soir* »). Il est difficile dans ces conditions de bâtir et de proposer une stratégie de soins.

Pas de projet, donc pas de sens. Cette absence de sens explique que la souffrance psychique s'exprime davantage par l'angoisse, la dépression, voire par des violences éruptives que par des valeurs positives, telles que le combat politique ou la révolte raisonnée. « Quand l'homme connaît les "pourquoi ?" il peut supporter tous les "comment ?" » disait Nietzsche. Tel n'est pas aujourd'hui le cas dans notre société pour les plus défavorisés.

L'hypothèse d'un problème global de la santé des jeunes en France

Il ne semble pas qu'il faille insister sur l'opposition entre différents types de jeunes, mais plutôt sur la **continuité** qu'on peut présenter comme une **hypothèse forte**. Les jeunes en insertion connaissent, à âge égal, les mêmes problèmes qualitatifs que l'ensemble de la jeunesse, très souvent avec une intensité multipliée. Ils en représentent une modalité extrême. Cette forme extrême, qui conduit finalement à la marginalisation, s'explique bien entendu par l'échec scolaire. C'est lui qui définit la population des jeunes en insertion. Le caractère précoce et irréversible de cet échec est le facteur déclenchant de la marginalisation. **Autrement dit, la variable réussite/échec scolaire, avec ses conséquences en termes de qualification, est une variable majeure de l'épanouissement de la jeunesse, de son bien-être psychologique, et sans doute de sa santé à venir.**

Il s'agit d'une variable, mais pas de la seule : l'autre étant bien entendu le marché de l'emploi, particulièrement rigoureux pour

les basses qualifications (20 % de chômage chez les jeunes non qualifiés, 4 % chez les jeunes qualifiés¹⁰⁰). Plus important encore est l'adaptation réciproque de ces deux variables : le niveau de qualification est la meilleure chance de trouver un emploi, sans que ce soit une certitude. En sens inverse, cette non-automatisation de trouver un emploi est-elle un facteur de démotivation pour les élèves dont les possibilités de travail scolaire sont limitées ? Parmi ces limitations, le milieu d'origine marqué par des conditions de ressource, de logement, de culture, de vie familiale, de rapport au travail très défavorables sont en elles-mêmes des facteurs de démotivation et d'abandon. Pour assurer cette hypothèse de continuité, il est évident que manque une enquête représentative sur *l'ensemble de la jeunesse entre 18 ans et l'entrée dans la vie active* qui permettrait de repérer le rôle de certaines étapes importantes de la formation, telles que le baccalauréat, les premières années de l'enseignement supérieur, etc.

En attendant les résultats de travaux qui confirmeront ou moduleront l'idée **qu'il convient en France d'aborder globalement le problème de la santé de la jeunesse**, dans sa triple dimension, somatique, psychique, sociale (à laquelle il conviendrait peut-être d'ajouter une dimension spirituelle, c'est-à-dire celle du sens), on est conduit à envisager des propositions politiques ambitieuses mais délicates à concilier :

- **Une politique globale de la jeunesse et de l'enfance de ce pays** : elle aurait le mérite de ne pas se cantonner à la forme extrême du mal-être psychique de la jeunesse la plus défavorisée et par là même de ne pas stigmatiser celle-ci ;
- En même temps **des mesures particulières pour tenter d'égaliser les chances** de ceux qui partent dans la vie avec une série de handicaps tels que leurs risques d'exclusion sont majeurs.

À ce stade, il apparaît important de compléter l'étude de la jeunesse marginalisée et défavorisée par les trois points suivants : (i) la place de l'illettrisme (ii) les obstacles rencontrés dans l'accès aux soins (iii) la vie quotidienne dans les quartiers « sensibles ».

L'illettrisme

L'illettré se distingue de l'analphabète par le fait « *qu'on lui a enseigné lecture, écriture et calcul élémentaire, mais que, pour des*

100. Cohen D., *Richesse du monde, pauvreté des nations*, Paris, Flammarion, 1997.

raisons diverses, il n'a pas acquis ou conservé ces apprentissages » (définition du Groupe permanent de lutte contre l'illettrisme). Cette maîtrise insuffisante ne lui permet pas de « procéder à des activités de raisonnement, telles que classer, sérier, envisager plusieurs points de vue, faire le tour des possibles, différencier les causes des conséquences, faire des hypothèses, anticiper des résultats ».

L'illettrisme est donc la forme majeure de l'échec scolaire. La « production » d'illettrés se monterait, au terme de cinq années d'école primaire, à quelque 70 ou 80 000 enfants par an. Dans un souci de ne pas créer de filières d'exclusion, l'institution scolaire a choisi de ne pas séparer les enfants en difficulté de leurs camarades et de les laisser poursuivre le cursus « normal ». Le résultat le plus visible est qu'à aucun moment, dans les années qui suivent, ils ne pourront prendre pied dans la scolarité. Aujourd'hui, la scolarité d'un enfant peut être définitivement scellée dans l'échec à la sortie du cours préparatoire, à l'âge de 7 ans. Les instituteurs auxquels ces enfants devront successivement faire face souffriront tous de leur impuissance à donner une réponse adaptée à leurs besoins. Ainsi, tous les enfants qui ne sont pas « dans la norme » sont de fait peu à peu abandonnés. Leur passage de classe en classe rend, dans les premières années, opaque le phénomène d'exclusion qui se met inexorablement en place. Ni les parents, ni les enfants avant l'âge de 10-11 ans ne sont très conscients de ce qui se joue. Quand la conscience arrive chez l'enfant, souvent à l'entrée au collège, la révolte peut être violente, accroissant par là les attitudes de rejet de la part de l'école et des autres, ainsi que la marginalisation sociale qui en résulte.

Il est évident que l'illettrisme est un obstacle discriminant pour l'obtention d'un emploi, puisque les jeunes se trouvent alors dans des conditions maximales de déqualification, ou plutôt d'inqualification, face à n'importe quel métier. Lutter contre l'illettrisme des jeunes – au-delà d'actions générales sur les conditions sociales qui l'ont favorisé – serait de leur offrir des cursus de formation adaptés, solution très difficile en raison d'un passé marqué par l'échec scolaire, que les jeunes ont plus ou moins intériorisé comme inéluctable.

L'accès aux soins

L'illettrisme est également un obstacle – difficile à surmonter – à l'accès aux soins. Les professionnels de la santé ne sont pas préparés à l'accueil des personnes illettrées qui n'ont pas une

conscience claire de leur propre santé et ont du mal à comprendre le langage des professionnels ainsi que les consignes écrites¹⁰¹.

Selon diverses études et notamment celle de l'Observatoire de la précarité, de l'insertion et de l'intégration (OPII) en Languedoc-Roussillon¹⁰², bien que les législations de juillet 1992 et janvier 1993 ainsi que le décret du 27 mars 1993 offrent une possibilité de couverture sociale à tous les jeunes, *nombre d'entre eux n'ont pas de droits ouverts lorsqu'ils accèdent aux soins en situation d'urgence*. Au cours d'une trentaine d'entretiens avec diverses catégories d'intervenants sociaux, et de professionnels de santé, l'OPII a identifié six types d'obstacles dans l'accès aux soins qui touchent à la fois les jeunes non scolarisés et les plus précarisés.

Les types d'obstacles	Jeunesse non scolarisée	Jeunesse la plus précarisée
L'impossibilité réglementaire d'ouverture de droits	La couverture est accessible à tous les jeunes. Cependant, on peut souligner que l'application du droit est particulièrement difficile pour les jeunes en situation irrégulière en France qui craignent un contrôle policier.	
L'arbitraire administratif	L'ouverture de dossiers dans les CCAS des petites communes est soumise à un arbitraire des agents d'accueil ou des élus et ce, tout particulièrement pour les jeunes d'origine étrangère.	
Les délais de recouvrement des droits	L'ouverture ou la réouverture de droits est entravée par le départ du domicile familial parfois conflictuel et l'absence de statut accordé à toute une partie de la jeunesse qui n'accède même plus aux stages post-scolaires ni aux contrats de travail aidés.	L'ouverture ou la réouverture des droits est entravée parfois par une mobilité géographique importante ou une perte des papiers administratifs.
L'impossibilité de payer les soins	L'obstacle financier concerne tout autant les jeunes assurés du régime général de la Sécurité sociale que les assurés du régime personnel dont les revenus modestes ne permettent ni de payer une mutuelle, ni d'accéder à l'aide médicale gratuite.	La plupart sont sans couverture sociale, c'est la raison pour laquelle ils sont soignés principalement dans les dispensaires et les urgences des hôpitaux.
Les problèmes relationnels	Ils se posent pour l'ensemble des jeunes en voie de précarisation qui ont un rapport difficile avec les institutions de droit commun de la protection sociale ou de la santé. Les accueils y sont inadaptés et les jeunes y sont la plupart du temps stigmatisés. Cela explique la sur-utilisation des dispositifs spécifiques souvent plus adaptés et plus accueillants.	
Les limites du maillage entre institutions	Les professionnels de l'insertion accueillent des jeunes qui ne demandent pas de soins. Ils identifient cependant des problèmes de santé et de mal-être. Mais ils ignorent les procédures d'accès aux soins. Ils construisent rarement une politique de prévention en matière de santé.	Les professionnels des accueils médicalisés et du logement d'urgence connaissent bien les procédures d'accès aux droits et aux soins car ils ont dans leurs équipes des professionnels de santé. En revanche, ils n'ont pas d'outils pour enclencher une démarche d'insertion globale au-delà d'une démarche de santé.

101. Pour plus de développement, on peut consulter le rapport : *Situation d'illettrisme : Quels obstacles dans l'accès aux soins*, réalisé par l'ORS et l'Observatoire de la Précarité en Languedoc-Roussillon, novembre 1994.

102. Noël G., L'accès aux soins des jeunes non scolarisés en voie de précarisation, *Cahier de l'OPII*, n° 17, juin 1996.

*La vie quotidienne des jeunes dans les zones « sensibles » :
violence et souffrance*

L'Insee a recensé près de 500 quartiers dits défavorisés où vivent une forte proportion d'enfants et de jeunes dans des familles fortement touchées par le chômage et la précarité d'emploi, ayant de faibles revenus, et dans un environnement individuel (logement) et collectif (urbain) souvent dégradé. « Exclusion », « violence », « délinquance », « toxicomanie » sont les traits les plus fréquemment associés aux banlieues, tandis que la souffrance et les problèmes de santé publique y sont littéralement occultés.

« Interrogez les gens autour de vous : pour la plupart, banlieue rime avec béton, violence, drogue, échec scolaire et chômage. Mais la banlieue, c'est aussi et surtout trois millions d'habitants, dont un million de jeunes. Ce sont leurs histoires, leurs craintes et leurs espoirs qui se cachent entre les tours ! »

Chantal Millet, *Vive la banlieue*

**Zones sensibles,
l'exemple du quartier de Noë, Chanteloup-les-Vignes**

Le quartier de Noë (8 000 habitants) a été créé de toutes pièces dans les environs d'un petit village rural de 1 500 personnes afin de loger la main-d'œuvre de l'usine Talbot de Poissy. Après des « hiers qui chantaient » (la réalisation était considérée comme une réussite architecturale et sociale exemplaire), la catastrophe arrive avec la fermeture de l'usine... « *la réserve d'ouvriers devient un placard à chômeurs* ». Le Noë est l'un des quelque 400 « grands ensembles » construits à la périphérie de villes ou de villages pour accueillir la main-d'œuvre, très souvent immigrée et médiocrement qualifiée, exigée par l'expansion de l'industrie. Le chômage a bouleversé la vie de ces ensembles devenus des banlieues « sensibles », objet de la hantise des « bons citoyens ».

Le Noë est aujourd'hui devenu un ghetto où les jeunes délinquants sont des mineurs de 9 à 15 ans qui se livrent à la violence et au trafic de drogue. Reste un élément d'espoir, la prise de conscience par nombre d'ainés (20 ans et plus) de la nécessité de réagir contre la dérive de leurs cadets. C'est là l'amorce d'une thérapie qui a été testée en plusieurs endroits avec une réussite souvent remarquable.

Témoignage de J.-M. Petitclerc, directeur d'une association de quartier, chargé de mission de prévention de la délinquance et d'économie d'utilité sociale au conseil général des Yvelines.

Les situations d'exclusion vécues par les jeunes des zones urbaines dites « sensibles » provoquent pourtant deux difficultés majeures se répercutant sur la santé :

- La *dégradation de l'image de soi*, renforcée par le regard négatif de l'autre. Cette souffrance sociale se traduit par un véritable désintérêt vis-à-vis de son propre corps (« *Au point où j'en suis...* ») et une apathie (« *De toutes façons, c'est pas la peine que je me présente à ce boulot, quand ils verront où j'habite, ils ne me prendront pas* »).
- Le repli sur *l'immédiateté*. Ce qui caractérise la situation de « galère », c'est que la question récurrente est la manière de tuer le temps (« *Ce que je fais après-demain... ça dépendra... comment veux-tu que je puisse te le dire ?* »). Une telle difficulté limite en particulier l'accès aux soins, généralement possible seulement sur rendez-vous.
- La *violence*, si souvent dénoncée, – mais le fait d'une faible minorité – atteint le statut de *mode d'expression*, mais aussi de provocation ou même de réponse aux violences exercées sur les enfants par les adultes et les institutions. Mais, souvent, « **derrière le plus violent se cache le plus souffrant** » et plus il est difficile de mettre des mots sur cette souffrance, plus est facile le passage à l'acte. Cette forme de violence est une manière de défi à la place des adultes (« *J'existe... Tenez un peu compte de moi... Je me sens si mal* »). Ajoutant à cela, la possible compétition entre bandes rivales appartenant à des parties différentes de la ville. Cette violence s'exprime tout particulièrement contre les objets (dégradation ou destruction) particulièrement les voitures, qui ont en fait une valeur symbolique ; elle s'exprime aussi particulièrement dans la période des fêtes, quand l'abondance de biens affichée à la télévision exacerbe le sentiment d'exclusion et de frustration.
- L'exclusion fragilise également face à l'offre de *drogue*. Sans négliger le versant clinique des *conduites toxiques*, il ne faut pas non plus sous-estimer son fonctionnement comme mode de vie et comme économie dans les villes. L'offre de drogue doit être analysée au même titre que la demande. Or, les jeunes des quartiers sont très fragilisés face à cette offre :
 - le *désœuvrement* leur fait rechercher des solutions de « passe-temps » agréable (« *Tu sais, quand on n'a rien à faire, on est prêt à toutes les expériences* ») ;
 - l'incapacité à se projeter dans l'avenir les conduit à ne pas tenir compte des effets à long terme ;

-
- leur situation économique rend ce marché intéressant (« *Ma seule source de revenu* ») ;
 - Les *accidents* représentent la première cause de mortalité de ces jeunes. Mais nombre d'entre eux doivent être compris comme le résultat de conduites suicidaires. Accidents domestiques de jeunes enfants, rodéos automobiles (« *Moi, quand je conduis à fond, au moins, je ne me pose pas de questions* ») doivent trop souvent être compris comme tels.
 - Un des aspects les plus significatifs de la délinquance des quartiers « sensibles » est qu'elle concerne des sujets de plus en plus jeunes, c'est-à-dire souvent des enfants, parfois dès l'âge de 8 ans, et pas seulement des jeunes adolescents. Cette évolution alarmante a parfois pour effet bénéfique d'inquiéter leurs aînés (qui ont souvent 18 ans et plus). Ceux-ci, parfois eux-mêmes anciens délinquants, prennent alors conscience de la spirale où s'enfoncent leurs jeunes frères et sœurs, et tentent de réagir.

La prise en compte des problèmes de santé des jeunes ne pourra donc pas advenir sans la mise en place préalable d'une approche positive de la santé visant l'amélioration du bien-être et pas seulement l'évitement du mal-être, ni sans la mise en place de structures de proximité permettant une prise en charge immédiate, anonyme et gratuite.

Hétérogénéité des jeunes en difficulté

Il serait bien entendu erroné de présenter l'ensemble de la jeunesse en difficulté sous un jour uniforme. Les « casseurs » ne représentent qu'une minorité, et à l'inverse d'autres plus âgés s'investissent dans un travail d'intervention en vue de reconstituer les liens fragilisés ou brisés. La précarisation est aussi pour chacun de ceux que frappe un destin singulier.

Un exemple peut être donné par l'enquête réalisée pour l'OPII Languedoc-Roussillon auprès de 67 jeunes fréquentant les MLI et PAIO de la région. Cinq types de logiques d'insertion – très diverses – ont été identifiés : (i) certains, de façon très conformiste, cherchent à calquer au mieux leur projet de vie sur l'offre institutionnelle, (ii) d'autres recherchent avant tout un emploi immédiat, sans trop regarder ni le statut ni le contenu, (iii) d'autres au contraire, mettent leurs espoirs dans le plus long terme, révoltés par le statut que leur propose immédiatement la société, ils sont en quête d'un vrai statut social, et refusent la trop grande aliénation au travail, (iv) pour d'autres encore – ayant des conditions de vie plus

précaires et souvent en rupture avec leur famille – le problème est la survie au quotidien ; ils vont de petits boulots en stages, et voient l'avenir avec pessimisme (v) enfin, ceux marqués par une succession d'échecs dans leurs tentatives d'insertion, renoncent au travail et/ou à la formation. Leur mal-être est extrême, ils se sentent dévalorisés et haïssent la société qui ne veut pas d'eux. Ils se décalent progressivement des modes d'insertion proposés. Ils connaissent l'extrême de la souffrance, de la désespérance et la délinquance n'est pas loin. Bien entendu, ces types ne sont pas mutuellement exclusifs. Ils peuvent correspondre à des phases successives. La rupture familiale est un facteur d'aggravation, quand elle s'ajoute à la rupture scolaire. Ces différentes attitudes posent des problèmes variables aux intervenants sociaux, c'est face aux jeunes du dernier type qu'ils éprouvent le plus de désarroi et de sentiment d'impuissance.

La situation préoccupante de la jeunesse en France, particulièrement pour les plus précaires d'entre elle (par exemple le million qui vit dans les 400 quartiers dits « sensibles ») est un formidable révélateur des dysfonctionnements de la société française. C'est en effet sur la jeunesse que s'accumulent les ratés des mécanismes traditionnels de l'intégration sociale : raté de l'intégration dans le monde du travail (cause principale de la crise, mais aussi peut-être signe annonciateur d'une nouvelle forme de rapport de l'homme au travail salarié) ; raté de l'intégration scolaire ; raté et difficultés de l'intégration familiale ; raté de l'intégration citoyenne et, « last but not least », crise généralisée du sens et absence de possibilité de projection dans l'avenir.

Quelques dispositifs de protection de la santé des jeunes (enfants, adolescents et jeunes adultes)

L'exemplarité de la Protection maternelle et infantile (PMI)

La PMI pour les enfants de 0 à 6 ans a fait la preuve de son efficacité sanitaire et d'intégration sociale, du moins là où elle est correctement mise en œuvre. En effet, c'est un service public de santé communautaire, bien intégré dans le réseau médico-social implanté de façon déconcentrée dans le tissu des quartiers et des cantons ruraux, la PMI est gratuite et au service de toute la population des femmes enceintes et des enfants de 0 à 6 ans. Au sein de cette population, elle repère les personnes les plus vulnérables (mères et enfants) sur le plan somatique, mental

ou social, et leur propose un suivi médico-social personnel, à domicile, à la demande des intéressés. La PMI apparaît ainsi comme capable d'assurer une prévention efficace, sans pouvoir être accusée d'encadrement attentatoire à la liberté.

Des dispositifs de santé communautaire intégrés

Peut-on étendre les finalités, la logique et l'exemple de la PMI aux âges postérieurs à 6 ans ? Bien entendu, il ne s'agirait pas de copier le modèle, mais de l'adapter aux différentes tranches d'âge. Par exemple, la mise en place de mécanismes de même type, au moins à partir de l'adolescence, permettrait aux jeunes de devenir des acteurs du dispositif de santé communautaire, en complément ou en substitution de leurs parents. Comme pour la PMI, ces dispositifs devraient être centrés sur les jeunes dans un but de prévention, et non pas sur les professionnels. Ces derniers devraient faire intervenir et interagir les partenaires multiples, avec des pondérations différentes selon les âges :

- *Les jeunes*, bien entendu.
- *Les parents* : ceux-ci sont souvent en désarroi devant les difficultés de tous ordres du métier parental dans la société moderne et sont demandeurs de dispositifs d'accompagnement capables de leur venir en aide.
- *Le service de promotion de la santé en faveur des élèves* : ce service est quantitativement (effectif et budget) sous-développé. Il y a de la part des élèves une importante demande en *infirmières scolaires*. Celles-ci devraient être en mesure de répondre rapidement aux demandes dans tous les établissements, ce qui est loin d'être le cas. La rencontre avec les médecins scolaires est moins recherchée car vécue souvent comme stigmatisante.
- *Les responsables des établissements scolaires* (de l'école élémentaire au lycée) et les *enseignants*. Pour ce qui concerne la participation des instances scolaires, il convient de rappeler deux faits importants :
 - l'élève ne passe dans l'établissement scolaire *qu'un cinquième de son temps d'éveil*, la médecine scolaire ne peut donc prétendre à un monopole du suivi sanitaire des jeunes ;
 - l'école est un lieu de concentration d'élèves, rendant plus facile l'action préventive et éducative. Autrement dit, l'école doit savoir être ouverte, disponible et modeste dans un contexte où les problèmes sont souvent extra-scolaires ;

- *Les médecins généralistes* ont un rôle important à jouer : ils sont des interlocuteurs privilégiés, et ne sont considérés comme des institutionnels ni par les parents, ni par les jeunes.
- *Les services de travailleurs sociaux*, et notamment ceux qui interviennent dans la rue et les lieux publics.
- *La police et les juges pour enfants*.
- *Les associations*, etc.

De telles structures transversales, faisant travailler ensemble et de façon concrète les différents partenaires concernés, pourraient jouer un rôle essentiel d'intégration et de prévention.

**Une nouvelle
catégorie de
travailleurs
sociaux :
« les agents de
prévention
urbaine »
(APU) sont-ils
une voie
d'avenir ?**

Il s'agit là d'une innovation relativement récente et assez *spécifique de quartiers ou banlieues « sensibles »* : à l'initiative de certains « aînés » (20-25 ans) – parfois anciens délinquants – inquiets des effets dévastateurs de la dérive délinquante de leurs cadets, et en particulier de l'insécurité ressentie par la population soumise, des associations se sont créées à la fois pour lutter contre l'insécurité et pour développer une dynamique d'emploi-formation chez les jeunes en difficulté. Une telle germination est l'indice que l'espoir est à nouveau possible : des jeunes en difficulté deviennent eux-mêmes *acteurs du changement social* au profit de leurs cadets et de la population, et par leur exemple témoignent que des *débouchés professionnels sont possibles*. L'idée phare de ce type d'expérience « *c'est de passer de la notion d'usager des services sociaux, à celle d'habitant-acteur du développement de son propre quartier*¹⁰³ ».

Ainsi sont nés les « messagers » à Chanteloup, les « grands frères » de la RATP, les « amis » à Lyon, les « hôtessees » à Fos-sur-Mer, dont la tâche – dans les rues, dans les immeubles, dans les transports – est d'« inculquer le *respect* du prochain aux jeunes de la cité, avec pour seule méthode la pédagogie de la discussion, elle-même *respectueuse* avec ces jeunes ». Le mérite de ce type de dispositif est d'offrir aux jeunes – délinquants ou non – des interlocuteurs qu'ils connaissent, qu'ils reconnaissent, et aussi peu institutionnels que possible. « *Les jeunes sont plus réceptifs aux conseils donnés par "les grands frères", qu'aux ordres reçus d'agents institutionnels classiques.* »

103. Cardo P., maire de Chanteloup-les-Vignes.

Le succès des APU est souvent remarquable : là où les « grands frères » sont présents, bagarres, dégradations, vols, insultes, feux de poubelles ou de voitures, ont baissé de façon très significative. Paradoxalement, à la lecture des comptes-rendus d'activités, ce succès semble obtenu *facilement* par débat, et sans recours à la force, et cela avec des effectifs réduits. Certains spécialistes estiment à seulement 25 personnes en moyenne l'effectif nécessaire par lieu sensible, ce qui correspondrait au total à 10 000 emplois pour l'ensemble de ces quartiers.

De plus, ces expériences créent une dynamique d'emploi : dans une première étape, en devenant APU, ces jeunes sortent du chômage. Par la suite, certains d'entre eux entrent dans un emploi plus classique. Non seulement factuelle, cette dynamique d'emploi prend un caractère *symbolique et exemplaire* : elle montre que le désœuvrement et le chômage ne sont pas des fatalités, que la désespérance n'est pas inéluctable (d'où une demande d'embauche forte dans ces associations, très supérieure aux besoins, ce qui ne va pas sans poser de problèmes).

Mais la création d'APU est une démarche qui n'est pas dénuée de risques et de difficultés, principalement : (i) éviter le double risque opposé de devenir une milice ou une mafia. C'est une des raisons pour laquelle nombre de politiques et d'institutionnels y sont réticents ; (ii) assurer aux futurs agents de prévention, qui ont vécu pour la plupart une longue expérience d'échecs scolaires, la formation de base nécessaire (mais dans ce dernier cas, et contrairement à l'expérience précédente, cette formation a un sens) ; (iii) prévenir le risque que ces associations d'APU ne soient une fin en elles-mêmes. Leur finalité ultime est leur propre disparition. Si leur rôle essentiel est de briser le cercle vicieux de la désespérance et de la dévalorisation de soi, leur intervention représente une étape : ils sont des injecteurs de sens et des passeurs. Les jeunes qu'ils ont pu ramener à une vie plus civile et plus civique sont désormais prêts à entrer en contact avec des dispositifs institutionnels – anciens ou nouveaux – voués à leur accompagnement éducatif, à leur formation et à leur insertion. Quant au coût financier de ces expériences, il est faible, si l'on songe au transfert de dépenses de l'allocation chômage vers le salaire, et si l'on prend en compte les coûts évités des diverses déprédations.

Enfin, le développement de ces expériences suppose aussi (i) un accompagnement, une éducation et/ou une formation adaptée des diverses catégories de personnel institutionnel. Eux aussi, comme les parents, les enseignants, les travailleurs sociaux, les

policiers, les juges, doivent apprendre le respect et la « civilité » vis-à-vis de ces jeunes si avides de reconnaissance ; (ii) le développement d'une gamme étendue de « *nouveaux métiers de la ville* » qui peuvent constituer « un formidable gisement d'emplois ou d'activités et témoigner peut-être d'une nouvelle culture de la vie en société ».

Précarisation de l'emploi, du travail et chômage

Les mutations socio-économiques de ces dernières années et plus particulièrement les restructurations profondes et brutales de l'appareil productif sont à l'origine d'un double phénomène de précarisation : celui de l'emploi, conduisant à une extension de formes contractuelles d'emploi « non stable » et du chômage et celui de l'environnement de travail, contribuant à une dégradation des conditions de travail. Déjà mis en lumière par le Haut Comité de la santé publique à l'occasion du rapport *La Santé en France* de 1994¹⁰⁴, ces processus de précarisation s'accroissent et tendent à se généraliser, entraînant des conséquences sur la santé qui se font de plus en plus durement sentir et renforçant par là même les inégalités socioprofessionnelles en matière de santé.

L'environnement physique et psychique de travail peut être en lui-même porteur d'atteintes à la santé. L'encadrement des relations employeurs/employés par le droit du travail ainsi que la protection sociale liée au salariat a permis entre autres la reconnaissance, par l'employeur, des risques inhérents au travail et l'acceptation, par l'employé, de ces risques contre l'assurance de leur prise en charge. Aujourd'hui, la dégradation des conditions de travail voit se multiplier et s'amplifier ces atteintes à la santé dans un contexte où il devient de plus en plus difficile de les faire reconnaître et d'en obtenir réparation. De plus, l'introduction de nouvelles formes d'organisation du travail a conduit à définir des « normes » de santé au travail et par là même des catégories de travailleurs « hors normes » qui peu à peu voient se réduire leurs chances de maintien sur le marché du travail. La santé devient ainsi à son tour un facteur de précarisation face à l'emploi.

Si la précarisation de l'emploi et du travail touche une proportion de plus en plus importante de travailleurs, certains d'entre eux sont aujourd'hui plus vulnérables que d'autres – que ce soit de

104. Haut Comité de la santé publique, *La santé en France*, Paris, La Documentation française, 1994.

par leur âge, leur sexe, leur niveau de qualification, leur pays d'origine – à la fois au risque de précarisation et de perte d'emploi et aux conséquences sur leur santé du durcissement des conditions de travail, mais aussi du chômage. Sentiment d'insécurité, souffrance dans le travail comme dans les situations de chômage, baisse des revenus, du niveau de protection sociale, réduction des marges de manœuvre, sentiment d'inutilité, parcours professionnels discontinus, impossibilité de se projeter dans l'avenir, sont autant de conséquences des processus de précarisation de l'emploi et du travail qui affectent directement ou indirectement la santé des individus. Au-delà des conséquences individuelles en termes de santé engendrées par les restructurations productives, c'est aussi l'ensemble des rapports et des droits sociaux liés à l'emploi et au travail qui est remis en cause. Il est urgent de prendre en compte toutes les dimensions et les conséquences de ce phénomène qui est sans aucun doute le facteur essentiel de la « précarisation sociale ».

Les processus de précarisation de l'emploi et du travail

Au nom de la compétition économique et de la mondialisation, les entreprises ont mis en place de nouveaux modèles de management et d'organisation du travail qui ont notamment conduit à des formes d'emploi précaire – dites « atypiques » –, au développement de la sous-traitance, à la réduction des effectifs et aux délocalisations d'activités dans des zones à bas salaires. Dans le même temps, les conditions de travail se dégradent et à la persistance de contraintes et pénibilités héritées de modes de production parfois encore archaïques, s'en rajoutent de nouvelles liées aux impératifs de mobilisation toujours croissante des travailleurs au service de l'entreprise : flexibilisation du temps de travail, allongement de la durée du travail, densification et intensification du travail, etc. Les conditions de travail ont une influence directe sur la santé des travailleurs (exposition aux risques, accidents du travail, maladies professionnelles), les différentes formes de précarité d'emploi ont quant à elles une influence qui peut être bien plus grande encore, même si elle est indirecte, en ce sens qu'elles renforcent la vulnérabilité des travailleurs, et ce d'autant qu'ils sont de plus en plus nombreux à cumuler diverses situations de précarisation.

Statut contractuel de l'emploi

La centralité du travail qui participait à la construction de l'identité et de la citoyenneté sociale est en déclin : progression du chômage, diminution du salariat sous la forme du contrat à durée

indéterminée (CDI) à temps plein (norme de référence), augmentation – tant en pourcentage de la population salariée qu'en pourcentage des embauches – des nouvelles formes d'emploi (contrats à durée déterminée – CDD, contrats d'intérim, contrats aidés, stages) et développement des pratiques de sous-emploi (temps partiel lorsqu'il est imposé, chômage partiel). Avec la remise en cause de la centralité du travail disparaissent peu à peu les verrous de sécurité constitués par les acquis sociaux arrachés de haute lutte par les précédentes générations. Si la particularité du statut contractuel d'un emploi et la précarité ne peuvent systématiquement se confondre, il n'en reste pas moins qu'un « contrat atypique » constitue un écart par rapport à la norme de référence autour de laquelle s'est peu à peu construit le droit du travail ainsi que les garanties et mesures de protection afférentes.

Dans l'histoire du travail, le salariat – sous forme de contrat à durée indéterminée – a permis de lever une part de l'insécurité des travailleurs liée au caractère plus ou moins stable, notamment dans le temps, de leur travail. Or aujourd'hui, le développement des contrats à durée limitée remet en cause la « stabilité » obtenue par le biais des CDI en ramenant la durée du travail aux besoins – fluctuants – des entreprises. On assiste en quelque sorte à un « *retour de l'emploi au travail*¹⁰⁵ » et au creusement d'inégalités entre ceux qui possèdent un emploi stable et ceux qui exercent un travail de façon discontinue, en particulier par la succession de CDD et/ou de contrats d'intérim et de périodes de chômage. De la même manière, on peut dire que l'on assiste actuellement à un mouvement inverse de celui auquel correspondait la mensualisation, à savoir au développement d'une forme de salaire à la tâche et d'une perte massive de sécurité.

La multiplication des contrats à durée déterminée, de l'intérim et des contrats aidés

Depuis le début des années quatre-vingt, et afin d'ajuster leurs effectifs au niveau de leur activité économique, les entreprises font de plus en plus appel aux emplois à durée limitée. En dix ans (de 1985 à 1995), le nombre d'emplois sous statut particulier a été multiplié par plus de deux¹⁰⁶. Le recours à ces formes d'emploi de durée limitée touche toutes les catégories socio-professionnelles, même si c'est principalement celle des ouvriers qui est affectée puisque leur secteur d'activité est aujourd'hui

105. Méda D., « Travail, emploi, activité : de quoi parle-t-on ? », *Données sociales 1996*, Insee.

106. Belloc B., Lagarenne C., « Emplois temporaires et emplois aidés », *Données sociales 1996*, Insee.

le plus exposé aux variations de l'activité économique. La part des contrats d'intérim et des CDD dans l'emploi total – hors salariés de l'État et des collectivités locales pour lesquels les chiffres ne sont pas disponibles – s'est élevée en mars 1995 à 5,4 %, soit le double de l'année 1980. En 1996, le nombre de contrats à durée déterminée s'élevait à 791 000 alors qu'il n'était de 550 000 en 1991 soit une augmentation de 43,8 % en 5 ans. De la même manière le nombre de contrats d'intérim est passé de 215 000 en 1991 à 273 000 en 1996, soit une augmentation de 27,0 % (Figure 5).

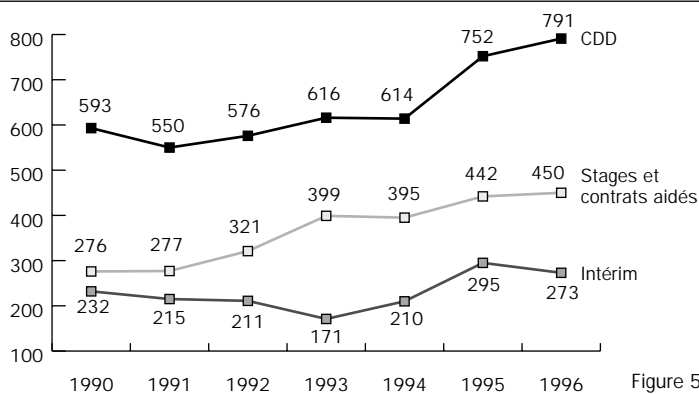


Figure 5 :
Formes particulières
d'emploi (1990-1996 pour
les salariés hors État et
collectivités locales).

Source : Insee, enquêtes « Emploi ».

L'emploi à durée limitée est certes un instrument de la flexibilité des entreprises, par exemple ajustement des effectifs et prévention des situations de sureffectifs, mais il permet également une « sélectivité » des travailleurs. Le CDD par exemple remplace de plus en plus souvent la période d'essai qui généralement inaugure un CDI, et ce notamment pour les postes peu ou pas qualifiés. L'employeur peut ainsi juger des capacités d'un ou de plusieurs travailleurs avant de fixer son choix d'embauche. En 1994, dans les établissements de 50 salariés et plus, environ 80 % des embauches (hors contrats d'intérim) ont été effectuées sous CDD, contre 65 % cinq ans auparavant.

L'usage du contrat à durée déterminée est particulièrement important dans les industries agricoles, alimentaires et de services et touche de plus en plus souvent les postes qualifiés. Ainsi en mars 1995, 66 % des salariés nouvellement recrutés avec un CDD occupaient des postes qualifiés, contre 57 % au début de 1990

et 7 % de ces nouvelles embauches concernaient des emplois pour des cadres contre 4 % cinq ans plus tôt. La durée moyenne actuelle d'un CDD est de trois mois et concerne à parts égales les hommes et les femmes. L'apparition des contrats aidés par l'État a encore modifié la situation puisque ce type de contrat tend peu à peu à se substituer aux CDD pour les postes peu qualifiés. C'est notamment le cas du contrat de retour à l'emploi.

L'emploi sous forme de contrats d'intérim est prédominant dans le secteur industriel, en particulier celui de l'automobile et du bâtiment. Sa durée moyenne est de deux semaines. Il concerne à 68 % les hommes, principalement les ouvriers, pour des postes non qualifiés (94 % sont recrutés sur des postes d'exécution et 36 % n'ont aucun diplôme) et les jeunes de moins de 30 ans (environ 30 %). Bien entendu, c'est la conjoncture économique qui détermine l'avenir des travailleurs sous contrat à durée limitée lorsque celui-ci arrive à échéance. En mars 1995, seulement 25 % des intérimaires et 33 % des travailleurs embauchés avec un CDD un an auparavant, avaient retrouvé un emploi stable alors qu'ils étaient près de 50 % dix ans auparavant ; seulement 20 % des salariés avec un CDD en mars 1994 étaient de nouveau employés, mais cette fois-ci avec un CDI, dans la même entreprise l'année suivante. Sur l'ensemble de ces emplois à durée limitée, 20 % des salariés concernés sont « devenus » chômeurs en 1995. En ce qui concerne les contrats aidés, 50 % de ceux qui en bénéficiaient en mars 1994 ont réussi à obtenir un emploi en 1995, dont seulement 15 % un emploi stable, soit deux fois moins que cinq ans plus tôt. Enfin, près de 30 % des bénéficiaires de contrats aidés dans le secteur public et près de 25 % de ceux employés dans le secteur privé se sont retrouvés de nouveau dans un dispositif d'aide à l'emploi un an plus tard.

La croissance du travail à temps partiel et du chômage partiel

Une autre stratégie développée par les employeurs est l'adaptation de la main-d'œuvre existante au sein de l'entreprise au volume de travail par le recours au travail à temps partiel et au chômage partiel, constituant ainsi une forme de « sous-emploi ». En 1996, l'emploi à temps partiel représentait plus de 3,2 millions de personnes, soit 15,8 % de l'emploi total et 16,5 % de l'emploi salarié. Si en 1994 le travail à temps partiel était librement choisi par une majorité, pour près de 40 % des personnes concernées, il s'agissait en revanche d'un temps partiel « subi » (Tableau XV). En 1996, qu'il soit « choisi » ou « subi » le temps partiel concernait à 85 % les femmes et au total plus d'une femme sur quatre travaille à temps partiel. Alternative possible au chômage, 50 %

des hommes et 54 % des femmes au chômage étaient prêts en 1993 à accepter un emploi à temps partiel.

Tableau XV
Évolution du nombre de personnes travaillant à temps partiel
en situation de sous-emploi (en milliers)

	mars 1991	mars 1992	mars 1993	mars 1994
Personnes travaillant à temps partiel et recherchant un emploi à temps complet ou partiel supplémentaire :				
- hommes	58	82	123	139
- femmes	232	269	336	386
Personnes travaillant à temps partiel, ne recherchant pas d'emploi mais souhaitant travailler davantage :				
- hommes	84	89	104	127
- femmes	388	401	486	560
TOTAL	762	841	1 049	1 212
% du total par rapport à l'ensemble des emplois à temps partiel	28,6	30,0	34,4	37,4

Source : Insee, Enquêtes « Emploi », *Insee première*, n° 330, juillet 1994.

Ce sont majoritairement les ouvrières et les employées, peu qualifiées, qui sont concernées par le temps partiel. Dans les hypermarchés par exemple, le temps partiel est devenu un mode de gestion de la main-d'œuvre qui permet de répondre à l'amplitude des horaires d'ouverture des magasins et à l'affluence variable des clients. Pour les postes de caissières, la durée du travail varie de 16 à 32 heures par semaine, 45 % d'entre elles ayant un contrat de 20 heures. Temps partiel et précarité d'emploi (contrat à durée limitée) tendent aussi à se cumuler en créant une nouvelle catégorie de « sous-emplois précaires ». Entre 1991 et 1992, les « sous-emplois précaires » ont augmenté de 21 % contre 7 % pour les « sous-emplois à durée indéterminée¹⁰⁷ ».

Depuis près de dix ans, on assiste à une augmentation du nombre de journées indemnisées au titre du chômage partiel. Ces journées d'indemnisation sont passées de 1,8 million en 1989 à 10,7 millions en 1992 (24 millions étaient prévues pour 1993). En 1992, le secteur industriel a représenté 84 % de l'ensemble des journées indemnisées, en particulier dans les secteurs regroupant le plus d'ouvriers : automobile, textile, construction mécanique. Les plus fortes augmentations de recours au chômage partiel indemnisé entre 1991 et 1992 ont eu lieu dans le BTP,

107. Bihl A., Pfefferkorn R., *Déchiffrer les inégalités*, Paris, Syros, 1995.

la production de matériaux de construction, les industries agro-alimentaires, et également dans le secteur tertiaire marchand.

Le développement de la sous-traitance

Selon le Conseil économique et social¹⁰⁸, la sous-traitance se définit comme « *L'opération par laquelle une entreprise confie à une autre le soin d'exécuter pour elle, selon un cahier des charges préétabli, une partie des actes de production ou de service dont elle conserve la responsabilité économique finale.* » Cette responsabilité économique n'implique malheureusement pas de responsabilité juridique – droit du travail – de l'entreprise donneuse d'ordre vis-à-vis des employés des entreprises sous-traitantes, alors même que c'est elle qui détermine les conditions de leur travail. Aujourd'hui, le recours à la sous-traitance dépasse très largement le cadre de la recherche d'une technicité ou d'une expertise inexistante dans l'entreprise principale. Elle tend à devenir un outil de la flexibilité par l'externalisation d'un nombre croissant d'activités à un moindre coût ainsi que par l'ajustement des effectifs en fonction des impératifs de production. Depuis 1975, le recours à la sous-traitance n'a cessé de se développer dans certaines entreprises¹⁰⁹. Par exemple, dans le secteur du bâtiment, elle a augmenté de 45 % depuis 1987¹¹⁰. Les travaux de maintenance et de nettoyage industriel (notamment dans l'industrie nucléaire où le nombre de travailleurs sous-traitants dans les zones sous irradiation est estimé entre 20 et 30 000) sont dans leur grande majorité sous-traités. L'appel à la sous-traitance favorise ainsi le transfert des travaux à risques professionnels les plus importants vers des entreprises extérieures et donc des tâches les plus pénibles et les plus dangereuses pour les travailleurs en sous-traitance.

Dépendantes des entreprises donneuses d'ordre, les entreprises sous-traitantes se voient contraintes de réduire au maximum le coût de leurs prestations afin de rester concurrentielles, et ce au détriment de leurs employés. Ainsi, se multiplient les embauches sous contrat à durée limitée, avec des niveaux de rémunération faibles, des règles de sécurité au travail qui ne sont le plus souvent pas respectées et où les nouveaux embauchés ne sont pas formés aux tâches qu'ils vont exécuter. La sous-traitance devient

108. *Les accidents du travail et les maladies professionnelles : analyse et prévention*, Rapport du Conseil économique et social, Direction des Journaux Officiels, 1994.

109. Il est en fait difficile d'obtenir des chiffres précis sur l'importance de la sous-traitance, ce « flou » quantitatif représentant d'une certaine manière un des « avantages » de la sous-traitance pour les entreprises.

110. Rapport du Conseil économique et social, *op. cit.*

ainsi facteur d'inégalités par la division qu'elle opère entre salariés sous-traitants et salariés du « noyau stable » de l'entreprise. De la même manière, elle empêche toute constitution de collectifs de travail, car elle bat en brèche la solidarité entre travailleurs. Enfin elle ne permet pas le suivi par l'entreprise donneuse d'ordre, où se situent les causes potentielles de dommages pour la santé des employés des entreprises sous-traitantes, lesquelles se réduisent bien souvent à un simple bureau.

Mais le « noyau stable » de l'entreprise n'est pas exclu lui non plus des processus de précarisation. L'activité de ces salariés s'articule désormais autour de la préparation, de la gestion, et du contrôle des tâches sous-traitées, les éloignant de plus en plus de la réalité du travail concret. Ils perdent ainsi peu à peu toute visibilité de leur travail. L'idée de participer à une production concrète s'estompe, érodant ainsi le sens même de l'activité laborieuse. Par ailleurs, leurs conditions de travail s'aggravent (augmentation de la productivité, menace de perte d'emploi) puisqu'elles sont soumises à la pression de cette main-d'œuvre externe de plus en plus nombreuse.

Au-delà de la précarité liée au statut contractuel de leur emploi et à leurs conditions de travail souvent très pénibles, les salariés des entreprises sous-traitantes ont de plus en plus de difficultés à faire valoir leurs droits individuels et collectifs, ce qui a des conséquences néfastes en termes de prévention des risques professionnels et conditions de travail. Ainsi, selon les termes d'un rapport du Conseil économique et social¹¹¹ « ... *On ne saurait s'étonner que la sous-traitance apparaisse comme une zone obscure du monde du travail où les entorses à la législation et à la réglementation sont nombreuses et particulièrement graves. Elle est couramment associée au développement de formes d'emplois illicites. Le prêt de main-d'œuvre à but lucratif, le marchandage et le recours aux faux artisans sont des pratiques qui, au sens du juge, caractérisent la fausse sous-traitance* » (...) « *Enfin, la fausse sous-traitance s'accompagne souvent d'un recours au travail clandestin, forme d'activité dans laquelle la protection de la santé et de la sécurité des salariés sont inexistantes.* »

Détérioration des conditions et de l'organisation du travail

Alors que les connaissances de l'impact des conditions de travail sur la santé ne cessent de progresser et permettent de mieux

111. *Ibid.*

mettre en évidence le lien causal de certaines pathologies, celles-ci continuent à se détériorer. En effet, et bien que le rapport du Plan de 1995 sur *Le travail dans vingt ans* n'y consacre que quelques lignes, différentes enquêtes statistiques font état de la persistance et de l'accroissement des pénibilités et des risques du travail (contraintes physiques, exposition à des agents nocifs¹¹²). Les nouvelles formes d'organisation du travail ont quant à elles entraîné des contraintes supplémentaires pour les travailleurs. Aux premiers rangs de ces contraintes, on trouve principalement l'allongement et la flexibilisation du temps de travail (temps partiel, horaires atypiques, heures supplémentaires), ainsi que l'intensification et la densification du travail générées par les méthodes de gestion dites à « flux tendus » et « à la volonté d'élimination de tout temps mort ». La tendance est donc bien à l'adaptation des travailleurs aux situations de travail, quels qu'en soient les risques, dangers et pénibilités, plutôt qu'un « assouplissement du travail en direction de ce que sont les hommes et les femmes ».

Les conditions de travail et les risques professionnels

L'enquête sur la surveillance médicale des risques (enquête SUMER) de 1987 et l'enquête complémentaire de 1994 font état des différentes expositions auxquelles sont soumis les salariés¹¹³ :

- *Les contraintes physiques* : 61 % des salariés déclarent des contraintes posturales (position debout, à genoux, accroupie), 42 % des contraintes visuelles (travail sur écran, avec des appareils optiques), 38 % font de la manutention de charges, 28 % subissent des contraintes articulaires (répétition d'un même geste à cadence élevée, position forcée d'une ou plusieurs articulations), 27 % sont exposés au bruit, 19 % aux nuisances thermiques (intempéries, froid, chaud, milieu humide), 9 % utilisent des machines-outils vibrantes, 2 à 3 % sont exposés aux radiations et rayonnements. Selon la catégorie socioprofessionnelle à laquelle ils appartiennent, les salariés peuvent cumuler plusieurs de ces expositions à des contraintes physiques. Ainsi, on considère qu'environ les trois quarts des ouvriers sont exposés à au moins trois de ces contraintes physiques et sont par ailleurs les plus fréquemment exposés à chaque type de contrainte

112. Enquêtes de la Dares sur les conditions, organisation du travail et nouvelles technologies en 1991 et sur la surveillance médicale des risques (SUMER), 1987 et 1994.

113. Enquête nationale SUMER 94. Premiers résultats, *Médecine du travail*, ministère du Travail et des Affaires sociales.

physique. La moitié des employés des professions intermédiaires et les deux tiers des cadres sont soumis à des contraintes visuelles.

- *L'exposition à des agents biologiques* concerne un peu plus de 1,2 million de salariés, la moitié d'entre eux travaillant dans le milieu de soins ou en laboratoire.
- *L'exposition à des agents chimiques* touche quant à elle près de 4 millions de salariés, 54 % des ouvriers étant exposés à ces produits.
- *L'exposition aux produits reconnus cancérogènes* pour l'homme concerne pour sa part un million de salariés, 84 % d'entre eux étant exposés à un seul produit et 12 % à deux produits.

L'organisation du travail

Les nouvelles formes d'organisation du travail, liées aux exigences de flexibilité des entreprises induisent un vaste éventail de contraintes pour les travailleurs : accentuation des horaires et des rythmes de travail atypiques, surcharges de travail, réduction des moyens de travail et des marges de manœuvre. Les principales contraintes organisationnelles sont les contraintes d'horaires et de rythme de travail¹¹⁴ :

- *Les contraintes d'horaires* : près de la moitié des salariés sont soumis dans leur travail à une contrainte d'horaire (travail posté, travail de nuit, travail en équipe de suppléance de fin de semaine, horaires irréguliers ou imprévisibles imposés par l'employeur, durée quotidienne du travail supérieure à 8 heures). Le travail posté touche respectivement un ouvrier sur cinq et le travail de nuit un ouvrier sur douze. Certains salariés, notamment ceux de l'hôtellerie/restauration, des transports, du commerce, des services aux entreprises, particuliers et collectivités cumulent horaires irréguliers, journées de travail supérieures à 8 heures et travail de nuit. Enfin, 35 % des ouvriers, 54 % des professions intermédiaires et 76 % des cadres cumulent horaires irréguliers et journées de travail de plus de 8 heures (Tableau XVI).

114. Enquête nationale SUMER 94, *op. cit.*

Tableau XVI
Exposition aux contraintes d'horaires selon la catégorie socioprofessionnelle

	Travail posté	Travail de nuit	Suppléance fin semaine	Horaires irréguliers	Durée travail > 8 heures/jour
Ensemble des salariés	11 %	5,1 %	5,2 %	16,9 %	38,7 %
Cadres et prof. intel. sup.	1 %	2,4 %	2,8 %	23,1 %	74,3 %
Professions intermédiaires	8,4 %	4,8 %	4,7 %	19,8 %	49,2 %
Employés	7,6 %	5,3 %	7,3 %	14,8 %	29,9 %
Ouvriers	18 %	6 %	4,5 %	15 %	29,1 %

Source : Enquête nationale SUMER 94, premiers résultats, ministère du Travail et des Affaires sociales.

- *Les contraintes de rythme* : respectivement 67 % des ouvriers, 50 % des professions intermédiaires et 40 % des employés ou cadres supérieurs sont soumis à des contraintes de production (travail à la chaîne, déplacement automatique d'un produit ou cadence automatique d'une machine, contraintes techniques, dépendance immédiate vis-à-vis du travail d'un ou plusieurs collègues, normes de production à respecter en une journée ou plus). Pour 79 % des cadres supérieurs, professions intermédiaires ou employés mais aussi pour un ouvrier sur deux, le rythme de travail est imposé par une demande extérieure obligeant à une réponse immédiate ou un cumul de tâches (Tableau XVII).

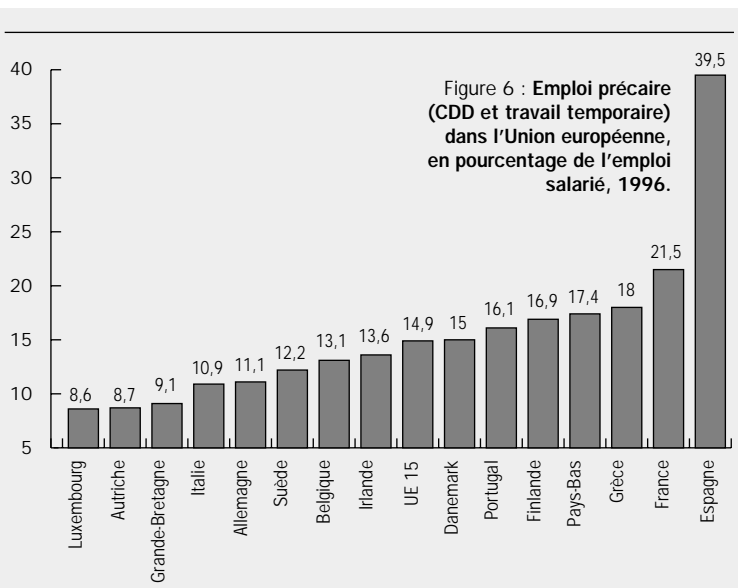
Tableau XVII
Exposition aux contraintes de rythme selon la catégorie socioprofessionnelle

	Travail à la chaîne	Déplacement automat. produit	Autres contraintes techniques	Dépend. des collègues	Normes product. journée	Réponse immédiate à demande	Plusieurs tâches à la fois
Ensemble des salariés	4,1 %	6,6 %	14,6 %	26,3 %	37,6 %	49,8 %	47,1 %
Cadres et prof. intel. sup.	0,2 %	0,2 %	9,1 %	22,6 %	25,2 %	64,5 %	72,1 %
Professions interméd.	0,6 %	1,7 %	15,9 %	26,7 %	36,4 %	60,5 %	60,2 %
Employés	1,1 %	1,4 %	7,9 %	21,6 %	25,3 %	64,2 %	52,4 %
Ouvriers	9,5 %	15,1 %	20,8 %	30,7 %	51,5 %	28,5 %	28,4 %

Source : Enquête nationale SUMER 94, premiers résultats, ministère du Travail et des Affaires sociales.

La précarisation de l'emploi et du travail en Europe, quelques chiffres...

Selon l'enquête européenne de 1996 sur les conditions de travail, l'emploi précaire, comprenant contrats à durée déterminée et travail temporaire, se développe. Il représente en moyenne 14,9 % de l'emploi salarié. La France pour sa part dépasse largement cette moyenne puisqu'elle affiche 21,5 %, contre 9,1 % pour la Grande-Bretagne et 11,1 % pour l'Allemagne (figure 6).



Source : Enquête européenne sur les conditions de travail (1996).

Cette même enquête confirme, sur la période 1991 à 1996, la persistance des contraintes et pénibilités des conditions de travail, alors même que la réduction des emplois agricoles et industriels, habituellement considérés comme les plus « pénibles » pouvaient laisser espérer une amélioration des conditions de travail. Près d'un tiers des salariés sont soumis à des bruits intenses et manipulent des charges lourdes et 40 % d'entre eux ont des positions de travail pénibles (Tableau XVIII).

Tableau XVIII
Pourcentage de salariés de l'Union européenne exposés à des nuisances professionnelles, 1991-1996.

Proportion de travailleurs exposés ¹ à :	Salariés et indépendants (1991)	Salariés et indépendants (1996)
Bruit intense	27	28
Vibrations	-	24
Air pollué	25	24
Manipulation de produits ou substances dangereux	16	15
Manipulation de charges lourdes	31	33
Postures douloureuses ou pénibles	43	45

1. Exposition supérieure ou égale à 25 % du temps de travail.

Source : Enquête européenne sur les conditions de travail (1991-1996).

Le chômage¹¹⁵

Les formes nouvelles de l'emploi, qui eussent été impensables, voire intolérables au début des années 1970, en période de pleine expansion, ne sont explicables qu'en raison des transformations des structures de production. Le chômage « frictionnel » et marginal – quelques centaines de milliers de personnes – des trente glorieuses, a fait place, pendant les « années piteuses¹¹⁶ » qui ont suivi, à l'apparition d'un chômage massif, dit de « conversion ». Un nombre de plus en plus grand d'entreprises, confrontées à une concurrence de plus en plus vive, réelle, potentielle, ou anticipée, ont supprimé un nombre très important et croissant d'emplois réputés stables.

Le chômage, vision statique

Quantitativement, le chômage s'est amplifié de façon rapide et inexorable. En 1981, on parlait déjà de 1 700 000 chômeurs, et ce chiffre a atteint puis dépassé 3 000 000 en 1996. Et les autorités politiques, malgré de nombreuses mesures et promesses, ont été incapables d'enrayer le processus. En fait, la mesure du chômage est difficile. En effet, la population d'un pays se répartit schématiquement en trois sous-ensembles, que nous supposons d'abord disjoints :

- (1) *les actifs qui disposent d'un emploi ;*
- (2) *les actifs demandeurs d'emploi, c'est-à-dire les chômeurs ;*
- (3) *les inactifs c'est-à-dire ceux qui ne demandent pas d'emploi : retraités, étudiants, personnes en formation, femme élevant ses enfants, etc.*

L'ensemble (1) + (2) + (3) constitue la « population disponible ».

L'ensemble (1) + (2) représente la « population active », c'est-à-dire le marché du travail.

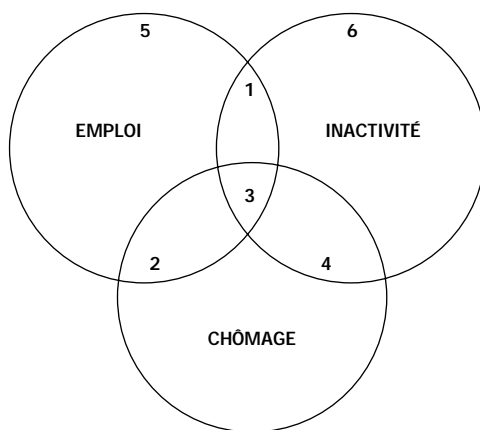
À partir de ces trois sous-ensembles, on peut définir et calculer différents taux :

- Le taux de chômage, soit le nombre de chômeurs/population active ;
- Le taux d'activité, soit population active/population disponible ;
- Le taux d'emploi, soit le nombre d'actifs qui dispose d'un emploi/population disponible.

115. Pour ce paragraphe, il a été largement fait appel au rapport *Chômage : le cas français, op. cit.*

116. Pour reprendre l'expression utilisée par N. Baverez, *Les Trente piteuses*, Paris, Flammarion, 1997.

Les proportions varient avec les classes d'âge et le sexe. Le groupe (2) – les chômeurs – est évidemment très labile, car défini par une démarche volontaire auprès de l'administration. Une personne, privée d'emploi depuis longtemps peut par découragement, renoncer à s'inscrire au chômage, puis s'y inscrire à nouveau si la conjoncture s'améliore. C'est pourquoi un certain nombre d'embauches ne se traduit pas nécessairement par une diminution équivalente des demandeurs d'emploi. De ce fait, le taux de chômage n'a que peu d'intérêt, sauf peut-être pour les hommes de 25 à 59 ans, où les inactifs sont en petit nombre. En fait, les trois sous-ensembles ne sont pas disjoints, mais se recourent, comme le montre la figure 7.



1. Temps réduit volontaire
2. Temps réduit involontaire
3. Travail clandestin
4. Formation. Cessation anticipée d'activité. Chômeurs découragés

Figure 7 :
Différentes catégories
d'emplois.

Source : Commissariat général du Plan, Paris, La Documentation Française, 1997.

Dans ce schéma, il est difficile de connaître les effectifs des six zones ainsi définies. En particulier le travail clandestin, sans doute une forme importante – et défensive – d'activité est par nature très difficile à estimer. On peut imaginer qu'il joue un rôle non négligeable pour comprendre les relations actuelles à l'emploi et au travail. Par rapport aux autres pays développés, la France occupe une place particulière. Le chômage y est globalement plus massif et les taux d'emploi et d'activité y sont faibles. C'est particulièrement vrai pour les jeunes et les jeunes adultes (notamment pour des raisons démographiques, la population disponible continue d'augmenter, contrairement à l'Allemagne par exemple). Ainsi le taux d'activité des 15-24 ans est-il de 32 %, contre 58 à 70 % pour le Royaume-Uni, les pays du Nord et l'Allemagne. Pour les

personnes âgées, 55 % des hommes de 55 à 64 ans sont inactifs. Ce chiffre est de 30 à 40 % dans les autres pays du G7 et descend même à 19 % au Japon.

De plus le chômage frappe inégalement selon l'âge, le sexe, le niveau de formation, la catégorie socioprofessionnelle et le pays d'origine. En mars 1996, le taux de chômage s'élevait à 12,1 %, soit respectivement 10,4 % pour les hommes et 14,2 % pour les femmes. Les femmes jeunes de 15 à 24 ans sont les plus touchées par le chômage, 31,9 % contre 22,1 % des hommes du même âge. Si le chômage de longue durée (un an et plus) est passé de 40 % en 1995 à 36,9 % en 1996, il affecte davantage les femmes (38,8 %) que les hommes (34,7 %) et plus particulièrement les 25-29 ans (40,6 % pour les femmes contre 34,9 % pour les hommes) et les 50 ans et plus (62,1 % pour les femmes contre 56,5 % pour les hommes). Le chômage est d'autant plus important que le niveau de formation est bas. En effet les détenteurs d'un diplôme supérieur sont touchés à 7,4 % par le chômage contre 17,2 % pour les non-diplômés. À tout âge, les femmes non diplômées sont plus fortement touchées par le chômage que les hommes (Tableau XIX).

Tableau XIX
Répartition des chômeurs n'ayant aucun diplôme, selon l'âge et le sexe, 1996.

15-24 ans		25-49 ans		50 ans et +	
hommes	femmes	hommes	femmes	hommes	femmes
30,9 %	45,5 %	15,3 %	21,1 %	9,9 %	10,3 %

Source : Insee, Enquête « Emploi » 1996.

Les catégories socioprofessionnelles les plus touchées par le chômage sont celles des employés (35,7 %) et des ouvriers (34,5 %), représentant à elles seules plus des deux tiers de la population au chômage. Si parmi les employés au chômage 53,7 % sont des femmes, 53,4 % des ouvriers au chômage sont des hommes. Cependant, en proportion de l'ensemble des actifs de la catégorie socioprofessionnelle, 20,4 % des ouvriers et 15,2 % des employés femmes sont au chômage, contre respectivement 14 % et 13,2 % des hommes. Enfin, 24,1 % de la population active étrangère est au chômage (32,3 % pour les étrangers hors UE), contre 11,3 % de la population active française.

La durée moyenne du chômage quant à elle ne cesse de progresser, passant de 12,4 mois en 1993 à 15 mois en mars 1997. L'ancienneté moyenne dans le chômage augmente également avec l'âge. En 1996 celle-ci était de 8,3 mois pour les 15-25 ans,

de 15,3 mois pour les 25-49 ans et de 24,8 mois pour les 50 ans et plus.

L'analyse des circonstances de recherche d'emploi fait apparaître qu'un fort pourcentage de demandes d'emploi fait suite à une fin d'emploi précaire. Excepté pour la tranche d'âge 25-49 ans, les femmes jeunes et de plus de 50 ans sont davantage touchées par la cessation d'activité suite à un emploi précaire (Tableau XX). Ainsi, les titulaires de CDD ou de contrats d'intérim ont en moyenne neuf fois plus de risque que les titulaires de CDI de se retrouver au chômage un an plus tard.

Tableau XX
Circonstances de recherche d'emploi selon l'âge et le sexe, 1996.

Type de cessation d'activité	15-24 ans		25-49 ans		50 ans et plus	
	hommes	femmes	hommes	femmes	hommes	femmes
• Fin d'emploi précaire	39,0	43,0	42,1	38,4	17,6	24,3
Total	41,1		40,1		20,7	
• Cessation d'activité ou jamais travaillé	5,4	8,4	3,5	17,2	3,5	10,5
Total	7,0		10,9		6,7	
• Démission	2,4	3,1	4,8	8,2	2,3	5,9
Total	2,7		6,6		3,9	

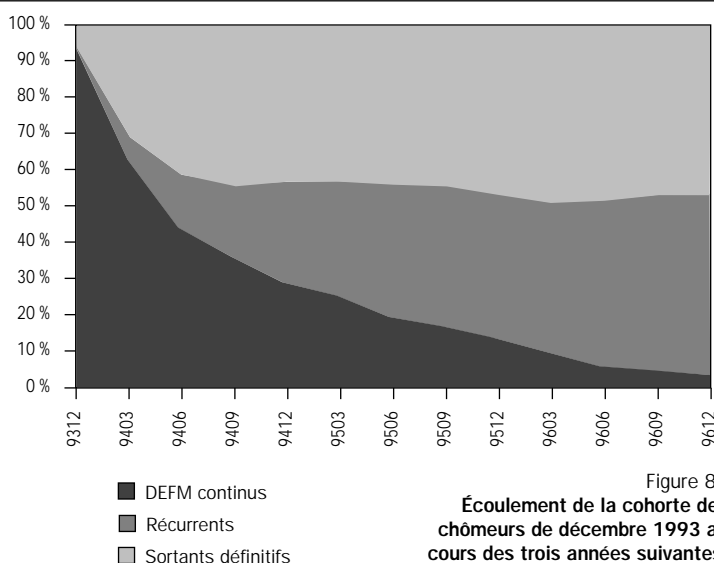
Source : Insee, Enquête « Emploi », 1996.

Le chômage, vision dynamique

Les chiffres précédents sont des chiffres transversaux et instantanés, des chiffres de « stocks », qui occultent la dynamique des « flux ». Ainsi, l'ANPE d'Ile-de-France a-t-elle pu créer un fichier « historique » de ses inscrits. Notamment, elle a pu suivre pendant trois ans la cohorte des personnes inscrites en décembre 1993. Trois ans après, seuls 4 % sont restées au chômage, 40 % sont sorties « définitivement ? » du fichier, (sans qu'on sache leur destination exacte : emploi, inactivité, invalidité, décès...), et 56 % ont connu un chômage récurrent, sans que soit précisé le nombre de ces récurrences. Chez les jeunes de moins de 25 ans la proportion de chômage récurrent s'élève à 62 %.

Ce fichier historique a ainsi l'intérêt de révéler que l'augmentation inexorable du chômage ne correspond pas à un stock permanent dont l'effectif monte progressivement, mais à un dynamisme qui fait – si on extrapole à la nation les chiffres précédents – que chaque année, quelque 6 à 6,5 millions de personnes passent par l'ANPE, d'où un brassage de **plus de 10 % de la population**

qui est touchée directement par le chômage (sans compter ceux qui sont frappés par la précarité de l'emploi sans être inscrits à l'ANPE). De même, le fichier historique montre que, de façon à peu près stable depuis 1981 les inscriptions à l'ANPE représentent pour 40 % la fin de CDD, pour 18 % un licenciement, économique ou autre et pour 42 % un autre motif. Les titulaires de CDI sont neuf fois moins exposés au risque de chômage que les CDD et les intérim. Quant aux temps partiels, ils encourent un risque nettement plus grand de devenir chômeurs que les temps pleins, en durée déterminée ou indéterminée.



Source : ANPE - Fichier historique.

Le chômage gangrène la société et induit une forte précarité des modes de vie

Il atteint de fait une population beaucoup plus importante que les 3,3 millions supposés en mesurer le niveau. Les résultats des enquêtes du Crédoc et de l'Insee font prendre conscience de l'étendue des conséquences du chômage. Alors que celui-ci ne touche « que » 12 % de la population, 32 % des Français de plus de 18 ans déclarent avoir été au chômage au cours des dix dernières années. Si au chômage, on ajoute l'expérience d'un emploi précaire, la proportion monte à un tiers des ménages français. Dans le même temps et depuis plusieurs années, les allocations d'assurance chômage ont progressivement diminué, entraînant pour une partie des chômeurs des situations de grande pauvreté.

Dans son rapport *Chômage : le cas français*, le Commissariat général du Plan¹¹⁷ fait état des différents effets, aussi bien économiques, sociaux que psychologiques du chômage. Il apparaît important d'en rappeler ici les principales conclusions.

Ainsi, « *La situation de près de sept millions de personnes est directement affectée, d'une façon ou d'une autre, plus ou moins gravement, par l'évolution de l'emploi.* » Parmi celles-ci, on peut compter :

- 350 000 personnes sans emploi qui suivent des stages de formation professionnelle ;
- plus de 1,5 million de personnes qui travaillent à temps réduit sans l'avoir choisi et qui souhaitent travailler davantage ;
- plus de 400 000 personnes qui occupent un emploi subventionné dans le secteur non marchand ;
- près de 250 000 chômeurs qui, découragés, ne cherchent plus de travail ;
- près de 300 000 personnes qui désirent travailler, mais ne peuvent pas chercher d'emploi du fait des circonstances ;
- plus de 460 000 personnes qui sortent de la population active par les dispositifs de cessation anticipée d'activité ;
- près de 1 000 000 de personnes subissent l'insécurité de l'emploi.

Le chômage entraîne un abaissement des revenus et du niveau de vie

D'abord parce que la rémunération habituelle est toujours supérieure au plafond des allocations, ensuite parce que la durée du chômage en se prolongeant provoque la dégressivité du montant de l'allocation, enfin parce que parfois la période de cotisation a été faible entraînant une baisse de l'allocation de base. À titre d'exemple, si le revenu moyen des ménages biactifs est de 100, celui des ménages sans chômeurs est de 106, celui des ménages où il y a un chômeur varie de 76 (conjoint) à 77 (personne de référence) et celui des ménages où il y a deux chômeurs est de 43. Le chômage est également une cause de surendettement. Ainsi, parmi les ménages surendettés (6 % de la population) 17 % sont affectés par le chômage. Ce surendettement concerne aux premiers rangs le non-paiement des impôts locaux, les loyers et les charges locatives.

117. Commissariat général du Plan, *op. cit.*

Le chômage peut également faire basculer dans la pauvreté. Si l'on considère les 10 % des ménages les plus pauvres, les chômeurs (hors femmes seules) en représentaient 19 % en 1980-1981 et 37 % en 1993-1994. Pour les femmes seules avec enfants, ces taux sont passés respectivement de 10 à 14 % pour les mêmes périodes. Si l'assurance chômage a joué un rôle essentiel pour limiter les ruptures de revenus, ce rôle a plutôt décliné depuis les années 1980 et le RMI se substitue de plus en plus à l'indemnisation du chômage. Le nombre de chômeurs non indemnisés a augmenté de 60 % depuis 1990, soit un taux de non-indemnisation de 46,4 % en 1995 contre 37,1 % en 1991.

Lorsqu'un emploi est retrouvé, la nouvelle rémunération est souvent plus faible que celle antérieure à la période de chômage (moins 20 % en moyenne), d'autant plus que la durée du chômage a été longue et que le niveau des diplômes est élevé. De manière générale, le chômage entraîne un ralentissement de la progression du pouvoir d'achat des salaires, et ce pour toutes les catégories socioprofessionnelles, de même qu'une baisse des salaires nets par l'augmentation des prélèvements obligatoires.

Pour ce qui est des jeunes, le chômage a des répercussions sur leur niveau de vie, entraînant pour certains une paupérisation, mais également sur leurs stratégies familiales et professionnelles. Ainsi, la proportion de ménages pauvres de moins de 30 ans est passée de 9,3 % en 1984 à 18,5 % en 1994¹¹⁸. Si l'on déduit la population étudiante, ces proportions passent de 6,5 % à 12,2 % pour les mêmes périodes. Les jeunes sont ainsi plus dépendants des aides apportées par leurs familles, que ce soit directement (aides financières) ou indirectement (hébergement), ces aides étant beaucoup plus importantes chez les familles aisées. Ils résident plus longtemps chez leurs parents (46 % des 20-24 ans en 1982 contre 54 % en 1995) et vivent moins en couple (31 % des 20-24 ans en 1982 contre 19 % en 1995). D'autre part, ils retardent leur entrée sur le marché du travail par un allongement de la durée de leurs études (entre 1975 et 1995, les taux de scolarité des 20-24 ans ont été multipliés par trois).

De ce fait, ils améliorent leur niveau de connaissance et acquièrent de meilleures qualifications : c'est un des rares effets positifs du contexte actuel de l'emploi. Par contre, malgré le renforcement des solidarités familiales, les jeunes sont souvent très touchés par la pauvreté. Ainsi en 1984, la proportion de

118. Enquête budget des familles, Insee, 1995.

ménages de moins de 30 ans parmi les ménages pauvres était de 9,3 %, il était de 18,5 % en 1994.

***Conséquences générales du chômage :
comment la société s'adapte-t-elle ?***

Outre le désarmement des conflits sociaux (plus de 4 000 000 de journées de grève en 1975, contre moins de 1 000 000 en 1994, suivies d'une remontée à près de 2 000 000 en 1995), le chômage entraîne une baisse puis une quasi-annulation de la progression du pouvoir d'achat des salaires (en ajustant sur la répartition des catégories sociales). Le chômage favorise le développement des circuits de l'économie parallèle, qu'il s'agisse du troc, des trafics divers ou du travail au noir. Les deux derniers aspects participent à l'économie souterraine et sont mal connus. De plus, ils ne concernent ni les mêmes personnes, ni les mêmes lieux. Le travail au noir nécessite une expertise professionnelle, il suppose donc une qualification ou une expérience ; cela favorise les chômeurs âgés, ex-salariés ou travailleurs indépendants, et exclut de fait les jeunes non qualifiés. Il a aussi peu de chances de se développer dans les quartiers pauvres, faute de demande solvable. Par contre, les trafics divers, et avant tout celui des drogues illicites, sont possibles en dehors de toute qualification, et sont favorisés par le cumul des handicaps économiques et sociaux. Ils fleurissent dans les quartiers « sensibles », et sont beaucoup le fait des jeunes. Ainsi, les répercussions du chômage s'étendent-elles à une population très vaste, très supérieure à celle qui est directement frappée par le non-emploi, les emplois précaires ou partiels non désirés.

Sans qu'il soit possible d'établir des liens de causalité indiscutables, certaines hypothèses relatives à l'impact psychologique des situations de chômage peuvent être soulevées. Ainsi, parallèlement à l'augmentation du chômage on peut observer une diminution du nombre des naissances qui pourrait en partie être liée à l'incertitude face à l'avenir, une augmentation de l'instabilité de la vie conjugale (l'indice d'instabilité passant de 22,4 pour ceux ayant un emploi stable non menacé à 38,7 pour ceux au chômage depuis plus de deux ans), ainsi qu'une augmentation du nombre de suicides. Sur ce dernier point, la mise en parallèle du taux de chômage des jeunes et du taux global de suicide montre une corrélation forte depuis les années soixante-dix, qui « *ne signifie pas que ce sont les jeunes chômeurs qui se suicident davantage* », mais révèle que « *l'angoisse collective est profonde et que cette angoisse a sans doute un rapport avec la situation économique et la situation de l'emploi* ».

L'emploi, le travail et la santé

« Le travail est la santé lorsqu'il est source de vie, vie collective, vie personnelle, accomplissement à la fois de pensée, de gestion, d'action, de relations et d'adaptation au milieu. (...) Mais le travail n'est plus la santé lorsque, au sens premier du mot travail, y dominent à la fois contraintes de toutes sortes et absence de marge de manœuvre, d'autonomie, d'expression, de décision. Le travail n'est plus la santé lorsqu'il assujettit l'homme ou la femme à un process, à une organisation, à un objectif, dont le sens ne peut plus être perçu, assimilé, lorsqu'il ne peut être assumé sans nuire à son intégrité physique ou mentale... bref lorsque le travail « torture » (tripalium)¹¹⁹. »

Les atteintes à la santé physique

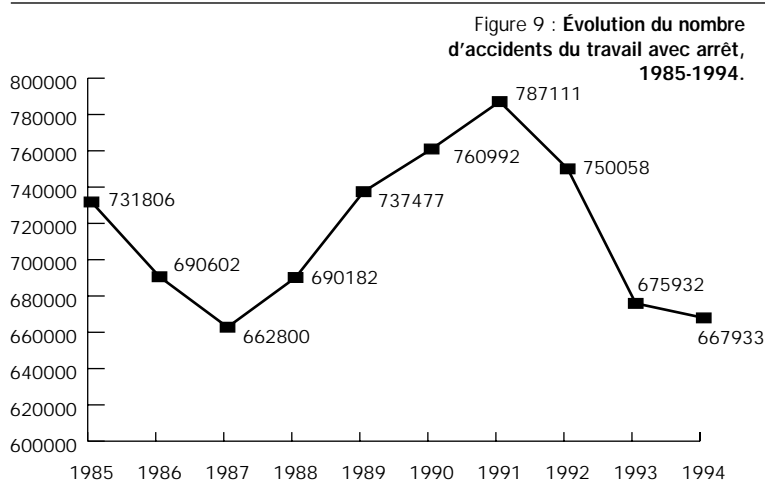
Quelle que soit la forme de précarisation de l'emploi ou de dégradation des conditions de travail, on observe que très rapidement la santé est l'un des premiers domaines dans lequel s'exprime la perte des sécurités. Les atteintes à la santé se produisent principalement dans trois domaines : (i) les accidents du travail parce que l'on a accepté un travail pour lequel on n'est pas qualifié, que les conditions de sécurité ne sont pas remplies ou que le stress a conduit à une perte de vigilance, (ii) les maladies professionnelles parce qu'on a accepté – sans le savoir ou même en le sachant – d'être exposé à un risque plus ou moins bien connu et (iii) la santé mentale.

Les accidents du travail

Les accidents du travail peuvent être considérés comme un indicateur de la précarisation du travail. Si « l'erreur humaine » – le non-respect de la consigne – est souvent mise en avant par les employeurs, la réalité est plus complexe. D'une part, le concepteur de la tâche ou du travail peut difficilement prévoir toutes les situations de « risque », il s'agit là de la distance entre le travail « prescrit » et le travail « réel ». D'autre part, et particulièrement dans les entreprises sous-traitantes où le taux d'accidents est le plus élevé, les réglementations en matière de sécurité et de protection ne sont souvent pas respectées par les employeurs et la formation des salariés aux consignes de sécurité peut être sommaire voire même inexistante. Enfin, la pression du chômage ainsi que les campagnes « zéro accident » menées dans certaines entreprises peuvent également entraîner les salariés soit à se mettre « en danger », soit à ne pas déclarer un accident du travail.

119. Cristofari M.-F., « Les accidents du travail : indicateurs de précarisation de la santé au travail », *Précarisation sociale, travail et santé*, IRESCO, 1997.

Selon les données de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés (Cnamts), après une augmentation constante entre 1987 et 1991, le nombre d'accidents du travail avec arrêt de travail, reconnus et indemnisés, enregistre une baisse sensible depuis 1992 (soit 119 178 de 1991 à 1994) et ce pour tous les secteurs d'activité. Il existe plusieurs interprétations contradictoires à cette diminution récente des accidents du travail. Sans vouloir trancher dans ce débat, il faut cependant observer que d'une part on ne peut sans doute pas l'expliquer par une simple réduction des risques et que d'autre part, de l'avis de beaucoup, la peur de perdre son emploi conduit vraisemblablement à une sous-déclaration des accidents peu graves, en accord – ou même quelquefois à la demande – des employeurs. Il reste qu'en 1994 (dernière année publiée), le nombre d'accidents (soit 667 933) reste à la hauteur de celui enregistré en 1987 (662 800) (figure 9).



Ces chiffres ne comprennent pas les accidents du travail relatifs aux sièges sociaux et bureaux et autres catégories forfaitaires, ni ceux relatifs aux Dom, qui au total s'élèvent pour l'année 1994 à 14 342, soit un total d'accidents du travail pour 1994 de 682 275. Pour cette même année, le nombre total d'accidents du trajet s'est élevé à 81 819, dont 642 accidents mortels.

Source : Statistiques nationales des accidents du travail, des accidents du trajet et des maladies professionnelles (années 1992-1993-1994), Cnamts, 1996.

Après avoir augmenté de façon régulière entre 1987 et 1990, le nombre de décès survenus à la suite d'un accident du travail est en diminution depuis 1991 où il représentait 1 082, pour s'élever à 806 en 1994. De la même manière, après avoir affiché une hausse constante entre 1987 et 1991, le nombre de journées perdues par incapacité temporaire suite à un accident du travail

est en diminution depuis 1992, bien qu'en 1994, il reste supérieur (25 498 288) à celui enregistré pour 1987 (21 989 000)¹²⁰. Quant au nombre d'accidents ayant entraîné une incapacité permanente, en baisse depuis 1992, il s'est élevé à 55 306 en 1994, contre 63 152 en 1987, même si l'on note une augmentation par rapport à 1993 (53 077). De plus, la durée moyenne des incapacités temporaires ne cesse de progresser depuis 1985 (29,9 jours) jusqu'à atteindre 38,2 jours en 1994. Les accidents du travail ne touchent pas les salariés de façon univoque. Selon une enquête réalisée par l'Inspection du travail, les ouvriers – et plus particulièrement les non qualifiés – représentent près de 80 % de l'ensemble des accidents du travail. Viennent ensuite les contremaîtres, agents de maîtrise, employés de commerce ou de services directs aux particuliers. Les jeunes de moins de 25 ans sont 2,5 fois plus accidentés que les plus de 25 ans et ce dans tous les secteurs. Les salariés sous contrat temporaire sont trois fois plus accidentés que ceux sous CDI. Enfin, les accidents sont plus fréquents chez les embauchés depuis moins de trois mois. En ce qui concerne la sous-traitance, l'absence de statistiques d'accidents du travail imputables aux entreprises donneuses d'ordre et sous-traitantes (l'accident étant enregistré dans le secteur d'activité de l'employeur et non dans celui de l'entreprise où travaille le salarié) ne peut permettre de rendre compte du rapport réel entre sous-traitance et accidents du travail.

Les maladies professionnelles

Par définition, les maladies professionnelles sont directement liées à un risque généré par le type de travail effectué ou l'environnement professionnel dans lequel le travail est réalisé, bien que trop souvent les salariés doivent affronter de multiples obstacles pour faire reconnaître ce lien. Elles peuvent relever soit d'une exposition à des agents nocifs, soit à un certain nombre de nuisances – le bruit notamment – soit encore à des contraintes physiques – manipulation de charges lourdes par exemple – ou gestes répétitifs, directement liées au mode d'organisation du travail. Selon les statistiques de la Cnamts, qui ne publie que les maladies professionnelles réglées¹²¹, les maladies professionnelles sont en augmentation régulière depuis 1988. En 1994

120. Ces chiffres ne comprennent pas les accidents du trajet, les accidents du travail relatifs aux sièges sociaux et bureaux et autres catégories forfaitaires, ni ceux relatifs aux Dom.

121. Ayant donné lieu au versement d'indemnités journalières pour incapacité temporaire ou de rente pour incapacité permanente.

(dernière année publiée), leur nombre s'élevait à 7 500, soit 902 de plus que l'année précédente ou encore un quasi doublement par rapport à 1988 (Tableau XXI).

Tableau XXI
Évolution des principales maladies professionnelles indemnisées par la Cnamts, 1985-1994.

	1985	1986	1987	1988	1989	1990	1991	1992	1993	1994
Nbre maladies réglées ^(a) suite des maladies :	4 611	4 085	3 531	3 972	4 032	4 417	5 080	6 533	6 598	7 500
<i>Nbre incapacités permanentes</i>	3 022	2 640	2 283	2 602	2 298	2 603	2 802	3 170	3 085	3 582
<i>Nbre journées perdues par incapacité temporaire</i>	30 623	30 922	27 718	29 261	33 227	36 038	44 102	62 958	70 814	82 418
<i>Nbre décès avant rente</i>	49	58	49	64	65	49	45	56	60	63
<i>Nbre décès après rente ^(b)</i>	138	127	133	125	106	124	119	187	190	193

(a) ayant donné lieu, pour la première fois, au versement d'indemnités journalières ou rentes dans l'année en cours.

(b) décès intervenus après attribution des rentes.

Ces chiffres correspondent aux maladies réglées dans le cadre d'un tableau de maladie professionnelle. Ils ne comprennent pas les maladies réglées dans le cadre du système complémentaire, ni les maladies dans les Dom.

Source : Statistiques nationales des accidents du travail, des accidents du trajet et des maladies professionnelles, Cnamts, 1996.

Si en 1994 un certain nombre de ces maladies professionnelles ont régressé (affections causées par les bruits, affections causées par les ciments, solvants organiques liquides, maladies provoquées par les résines époxydiques, hépatites virales), d'autres au contraire ne cessent de progresser depuis 1987. Il s'agit principalement des affections périarticulaires ou troubles musculo-squelettiques (TMS) et des affections provoquées par l'amiante, dont le nombre s'élevait respectivement à 3 963 et 727 en 1994 (figure 10). Les statistiques se faisant sur le nombre de maladies professionnelles réglées, il est facile de conclure que ces chiffres sont probablement sous-estimés par rapport à l'incidence réelle de ces maladies.

Ces chiffres ne rendent en effet pas compte de la réalité des maladies professionnelles en France. Tout d'abord ceux présentés ici ne concernent que les travailleurs salariés, limités aux maladies ayant été indemnisées. De plus, on constate une très nette sous-déclaration des maladies professionnelles. Enfin, les tableaux de maladies professionnelles actuellement en vigueur sont loin de couvrir toutes les pathologies induites par le travail.

Parce qu'elles constituent un véritable fléau et sont génératrices à terme de handicaps pour les premières, et parce que nous ne sommes qu'au tout début de la mesure des conséquences des

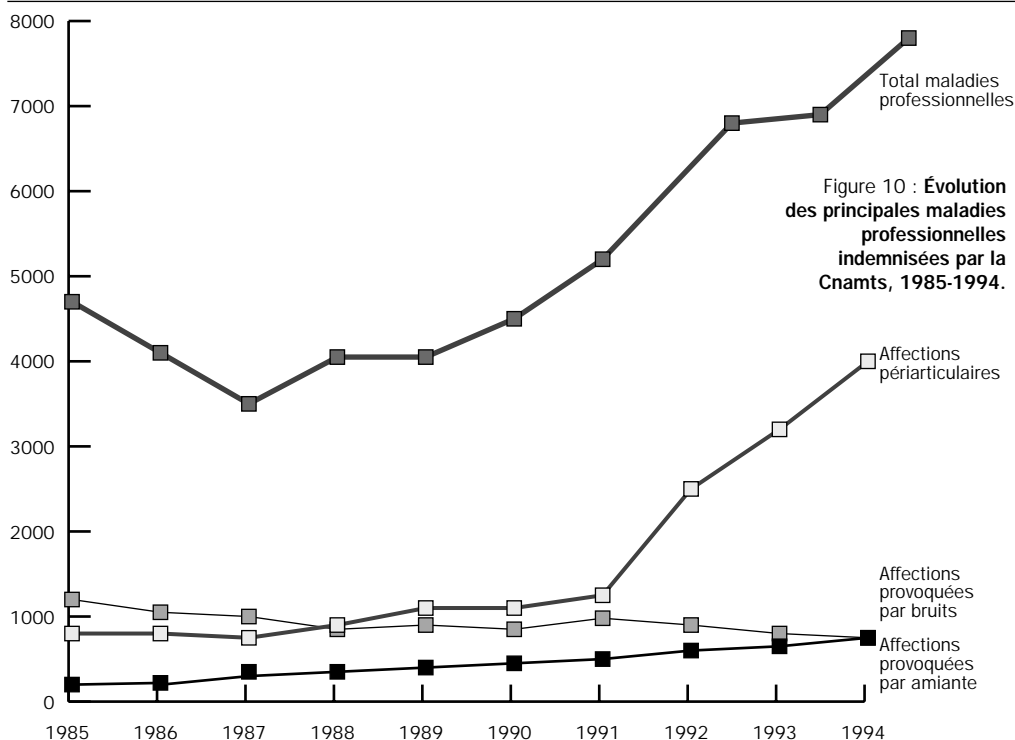


Figure 10 : Évolution des principales maladies professionnelles indemnisées par la Cnamts, 1985-1994.

Source : Statistiques nationales des accidents du travail, des accidents du trajet et des maladies professionnelles (années 1992-1993-1994), Cnamts, 1996.

secondes, il apparaît aujourd'hui important de prêter une attention particulière aux affections périarticulaires et aux affections provoquées par l'amiante.

- Les affections périarticulaires ou troubles musculo-squelettiques (TMS), représentaient, en 1994, 52,84 % de l'ensemble des maladies professionnelles indemnisées, contre 26,42 % en 1991. En 1994, leur nombre est près de six fois plus élevé (3 963) qu'en 1985 (673). Les affections de la main et du poignet – en particulier le syndrome du canal carpien – constituent près de 50 % des TMS. Celles-ci sont une des conséquences directes de l'organisation du travail comme le confirme notamment l'enquête *Affections périarticulaires des membres supérieurs et organisation du travail*¹²² réalisée auprès de 1 759 salariés ayant un

122. Enquête menée conjointement par l'Agence nationale pour l'amélioration des conditions de travail (ANACT), l'Unité 88 de l'Inserm, l'Institut national de recherche et de sécurité (INRS), l'Inspection médicale du travail, la Dares et la Mutualité sociale agricole (MSA).

travail répétitif dans différents secteurs professionnels (assemblage, montage, agro-alimentaire, confection, caissières de supermarché) et auprès d'un groupe de référence. Cette enquête a mis en évidence le rôle de l'organisation du travail dans l'apparition des affections périarticulaires. Les principaux facteurs de risque recensés sont : la durée du cycle de travail, les flux tendus, le « juste à temps », la dépendance organisationnelle et les contraintes extérieures pesant sur l'entreprise. D'autre part, une enquête épidémiologique réalisée en 1987-1988 auprès de 23 entreprises de l'industrie agro-alimentaire de la région Bretagne-Pays de la Loire montre l'influence des « pauses » et de la rotation des salariés sur les postes de travail dans la diminution de ces risques. Dans d'autres pays, ces pathologies sont d'ailleurs désignées comme « lésions pour efforts répétitifs sous fortes contraintes de temps ». Décelées et soignées à temps les TMS peuvent ne pas laisser de séquelles. En revanche elles deviennent invalidantes sur le plan social car les salariés concernés sont soumis à l'alternative suivante : ne pas reprendre leur poste, d'autant plus que celui-ci a peu de chances d'être réaménagé, ou bien le reprendre et voir se réinstaller la maladie, cette fois-ci de manière irréversible. Dans les deux cas, il risque de devenir à terme un « exclu » du marché du travail.

- *Les affections provoquées par l'amiante* : Les principales maladies provoquées par l'exposition aux poussières d'amiante sont les fibroses pulmonaires qui peuvent entraîner une réduction de la fonction respiratoire, des cancers broncho-pulmonaires, des cancers de la plèvre ou du péritoine (mésothéliome). Le nombre de ces affections déclarées et indemnisées par la Cnamts, est en constante augmentation depuis 1985. Elles sont en 1994 au nombre de 727, soit une augmentation de 183 par rapport à 1993 et 525 par rapport à 1985. En 1994, sur les 63 décès survenus à la suite de maladies professionnelles, avant attribution de rente, 33 sont dus à l'amiante, soit un taux de 52,38 % qui reste stable par rapport à 1991 (53,33 %). Mais ces chiffres sont largement sous-estimés, car – et ce de manière plus générale – la reconnaissance des cancers professionnels reste très limitée (environ 30 cancers broncho-pulmonaires et 60 mésothéliomes par an). Alors que, selon le rapport « Effets sur la santé des principaux types d'exposition à l'amiante », établi en 1996 par un groupe d'expertise collective de l'Inserm : *Le nombre global de décès attribuables à une exposition à l'amiante en France en 1996*

peut être estimé à 750 décès par mésothéliome et 1 200 décès par cancer du poumon. L'incidence du mésothéliome est en constante augmentation (pour les dernières années elle de 25 % tous les trois ans). Compte tenu du caractère largement différé dans le temps des risques de cancer liés aux expositions à l'amiante et des informations recueillies dans le cadre de nombreuses enquêtes épidémiologiques, l'immense majorité de ces décès s'explique, indiscutablement, par des circonstances d'exposition d'origine professionnelle ou para-professionnelle.

Les atteintes à la santé mentale

La qualité de la vie psychique au travail est également un enjeu essentiel pour la santé. Or l'évolution de l'organisation du travail non seulement accentue les contraintes mais ne permet que très rarement la reconnaissance du travail accompli – c'est-à-dire l'utilité de son rôle et la qualité de son travail – dont chaque individu a besoin pour donner un sens à sa vie professionnelle et donc à sa vie tout court. Sous la menace du chômage, les salariés et en particulier ceux qui sont les moins qualifiés, acceptent la multiplication de ces contraintes et des pénibilités de travail qui génèrent à terme des situations de « souffrance ». Mais cette souffrance a tendance à être passée sous silence, voire banalisée, non seulement par les employeurs mais par les salariés eux-mêmes parce qu'ils doivent « tenir à tout prix ». Le plus souvent, le terme même de souffrance, à connotation négative, est remplacé par celui de « stress » pouvant ainsi être associé aux valeurs positives que sont l'implication dans le travail et l'investissement dans l'entreprise.

Le « stress » provient du déséquilibre engendré entre les exigences requises par les situations de travail et les ressources disponibles pour y répondre (marge de manœuvre). Il représente l'ensemble des réponses d'un individu – physiologiques, comportementales, cognitives – face à un environnement de travail qui dépasse sa capacité à les gérer de façon adéquate. Après une phase de résistance pendant laquelle l'individu augmente ses défenses, survient une phase d'épuisement, celle où l'organisme ne peut plus s'adapter aux contraintes subies. Une étude sur les niveaux de « stress professionnel » de différentes catégories de salariés a mis en évidence une forte corrélation entre niveau de stress, contraintes organisationnelles et conditions de travail¹²³. Parmi les principaux

123. Vieugue-Bertolotti F., « Étude des niveaux de stress professionnel de différentes catégories de salariés », Camip, 1996-3.

facteurs de stress on peut citer : les surcharges de travail en temps limité ou au contraire les sous-charges de travail, l'ambiguïté du rôle du salarié, la sous- ou la surqualification, les situations d'incertitude, les conflits interpersonnels, le manque de participation aux décisions, l'instabilité organisationnelle, l'environnement physique pénible. Les effets néfastes de ces situations de souffrance sur l'individu s'expriment principalement par : une fatigue chronique, l'anxiété, la perte de confiance en soi, une morosité avec des comportements d'agressivité ou de repli sur soi, des difficultés de concentration et de mémorisation, etc. Dans le discours des salariés, le stress est directement lié à l'apparition de troubles fonctionnels et psychosomatiques : digestifs, dermatologiques, cardio-respiratoires, céphalées, troubles du comportement alimentaire, du sommeil, tabagisme, avec consommation accrue de psychotropes, mais la souffrance psychique qu'il occasionne est également un facteur d'accroissement de la vulnérabilité.

Pour l'employeur, il s'agit d'obtenir des salariés à la fois un investissement de plus en plus grand et une soumission aux nécessités économiques de l'entreprise sans leur laisser d'autres marges de manœuvre que celles liées aux objectifs prescrits. De plus, ils doivent souvent affronter la situation paradoxale de réaliser de plus en plus de tâches dans des délais de plus en plus courts tout en augmentant la qualité de leur travail. Ce surinvestissement dans le travail, s'il peut être vécu dans un premier temps comme source de plaisir devient vite chez les personnes peu ou non qualifiées, responsable d'épuisement et ainsi d'atteintes à la santé psychique, générant l'effet inverse à celui attendu, c'est-à-dire un désinvestissement et une démobilitation professionnels. Épuisement, baisse de performance, effets de l'usure au travail peuvent ainsi compromettre durablement le devenir professionnel et la santé de ceux qui ne peuvent plus « tenir », laissant la porte ouverte à l'exclusion du travail.

Organisation du travail et désorganisation de la vie sociale et familiale

Comme la vie professionnelle, la vie sociale et familiale est soumise aux contraintes de « l'urgence productive », réduisant pour une partie des salariés les possibilités d'organisation autonome de leur temps (horaires atypiques). De plus, la flexibilité interne et externe aux entreprises entraîne des parcours professionnels décousus où il devient bien difficile d'établir ou de suivre un plan de carrière, de même que des projets d'avenir personnel ou familial (contrats à durée déterminée, chômage). Cette désorganisation de la vie familiale touche particulièrement les femmes qui

doivent, dans des conditions de plus en plus difficiles, concilier leur vie professionnelle, l'éducation de leurs enfants et les tâches ménagères. Elle s'inscrit dans un contexte où justement les travailleurs – comme les chômeurs – ont de plus en plus besoin de leurs ressources personnelles et familiales pour « tenir le coup ». Deux exemples sont à cet effet significatifs :

- *La famille « postée »* : habituellement, la vie sociale et familiale s'organise en fonction des rythmes établis par les horaires ordinaires du travail de jour et de l'école des enfants. Celle des travailleurs postés (11 % des salariés soit 1,3 million de personnes) suit les exigences de flexibilité de leur entreprise (alternance d'horaires jour/nuit en 3 x 8, 5 x 8, 10 x 8 pour un même salarié), rendant difficilement compatible la vie professionnelle et la vie sociale et familiale. Des difficultés peuvent alors apparaître au sein du couple et/ou dans la relation avec les enfants (détérioration du rôle parental par exemple). Une étude française auprès de 800 infirmières montre que 60 % de celles qui ont un travail posté fixe de jour ou de nuit estimaient insuffisant le temps passé avec leur conjoint, ce pourcentage s'élevant à 85 % pour celles en horaires alternés matin/après-midi ou jour/nuit. Ce déficit quantitatif de temps est un obstacle à la réalisation d'activités en commun, pouvant entraîner des difficultés de communication et de compréhension mutuelle. D'autre part, en Allemagne, une étude chez les employés de services publics a montré que les enfants de travailleurs postés avaient moins de succès scolaire et moins de chances de poursuivre des études supérieures longues (ces résultats se vérifiant même en tenant compte des effets du niveau de qualification du père et de l'activité professionnelle de la mère).
- *La famille « nomade »* : les travailleurs du secteur de la maintenance dans l'industrie nucléaire – exemple de « nomadisme industriel » – subissent une alternance d'activité professionnelle (travail intermittent ou saisonnier allant de 10,3 mois par an pour les salariés sous CDI à 8 mois par an pour ceux en CDD et à 6,8 mois par an pour les intérimaires) et d'inactivité « forcée ». Les travaux de maintenance, réalisés pendant les temps d'arrêt de la production, sont encore trop souvent effectués par des salariés sous CDD ou en intérim qui « passent » d'une centrale à l'autre au gré des besoins de ces centrales. Leur mobilisation (de leur domicile à différents sites ou d'un site à l'autre) intervient le plus souvent sans préavis ni délais. Ces déplacements répétitifs

s'accompagnent de conditions de vie précaires (caravanes ou préfabriqués près des sites d'intervention). Dans cette configuration, les femmes doivent assumer seules la responsabilité des enfants. Elles doivent également choisir entre rester à leur domicile et attendre les périodes d'inactivité de leur mari ou bien partager avec lui une vie de « nomade ». Dans ce second cas, elles ne peuvent prétendre à aucune insertion personnelle – professionnelle et sociale – durable. Et que dire du parcours scolaire des enfants qui doivent continuellement changer d'école ?

**La santé
au travail :
une remise
en cause des
droits sociaux
et du droit
à la santé**

L'emploi et le chômage sont au cœur des préoccupations nationales. Au nom du réalisme économique et sous la pression des entreprises, les pouvoirs publics ont progressivement accepté – par leur introduction dans le Code du travail – les emplois précaires. Si cette adaptation de la législation permet, dans le texte, d'encadrer et de réguler le recours à ces nouvelles formes de statut d'emploi, elle ne permet pas de veiller à la garantie des droits sociaux pour certaines d'entre elles. De plus, au nom de la sauvegarde de l'emploi et de la lutte contre le chômage, la tendance générale, que ce soit de la part des pouvoirs publics mais également des représentants des salariés ou des médecins du travail, a été ces dernières années de passer sous silence la question de la dégradation des conditions de travail et de ses conséquences sur la santé, physique et psychique, des travailleurs. De la même manière, cette situation laisse au bon vouloir des employeurs la prise en compte de la prévention de la santé au travail dans les restructurations productives et l'introduction des nouvelles formes de management et d'organisation.

Face à cette précarisation de l'emploi et du travail, avec la menace grandissante de l'inaptitude et du chômage, les travailleurs eux-mêmes tendent à renoncer à faire valoir leurs droits, pourtant inscrits dans le Code du travail (droits individuels). Pour ceux qui sont déjà à la marge du droit, les travailleurs « précaires », l'éclatement de leurs situations empêche ou réduit les possibilités de résistance aux conditions qui leur sont ainsi faites (droits collectifs). Ainsi, de nombreux exemples montrent que certains travailleurs n'exercent plus leur droit de « retrait des situations dangereuses », de même que celui « d'expression sur le travail » et qu'ils acceptent aussi de renoncer à faire appliquer les mesures de protection et de sécurité.

Au-delà des conséquences néfastes sur la santé individuelle, on assiste à un recul du progrès social et à une fragilisation accrue

des travailleurs. Sans remettre en cause, sur le fond, la nécessaire évolution du statut contractuel de l'emploi, il semble aujourd'hui indispensable de trouver des « nouvelles formes de sécurité » pour les travailleurs *permettant que flexibilité et précarité ne puissent se confondre*. Ceci passe sans doute par une réforme de l'organisation du travail et la recherche de nouvelles contreparties de la « souplesse » demandée aux travailleurs, acteurs incontournables de l'économie productive.

La normalisation des emplois précaires

Depuis près de vingt ans, le travail précaire est entré dans le Code du travail. Le droit du travail a entériné les restructurations productives et en a légalisé les pratiques, permettant par là même leur extension. Ainsi, les mesures « pour l'emploi » mises en place par la loi quinquennale du 20 décembre 1993 ont légitimé les stratégies de flexibilisation du travail et de l'emploi, en autorisant l'annualisation de la durée du travail, la mise au chômage partiel jusqu'à 1 200 h/an, l'indemnisation des heures supplémentaires en récupération de jours de repos et non plus en salaire, l'extension des dérogations à la législation sur le repos dominical. Par cette même loi, les entreprises ont été incitées à créer des emplois à temps partiel, notamment par un abattement des cotisations sociales patronales. Ces mesures permettant « d'assouplir » les conditions d'embauche ont été renforcées par la suppression de l'autorisation administrative de licenciement. Mais les législations encadrant certains types d'emplois précaires (CDD, intérim) – même si le texte impose des restrictions à leur utilisation – ont permis de les institutionnaliser sans pour autant adapter en conséquence les garanties sociales (protection sociale, prévention des risques professionnels) attachées à la norme de référence du CDI. La sous-traitance quant à elle reste pour partie en dehors du champ d'application du droit du travail, puisqu'elle s'inscrit dans un rapport marchand entre deux entreprises, en lieu et place d'un rapport contractuel employeur/salarié.

Inadaptation/inapplication de la législation en matière de protection de la santé au travail

Bien qu'un certain nombre de mesures aient été prises par les pouvoirs publics pour enrayer les dérives les plus criantes – l'amiante notamment – la législation en matière de protection de la santé au travail reste en retard au regard des risques professionnels aujourd'hui reconnus. De plus, quand la législation existe, sa mise en application reste aléatoire, soumise à la bonne volonté des employeurs – qui ont pourtant la responsabilité de prévenir

dans leurs entreprises tout risque d'accident du travail et d'assurer le respect de la législation et de la réglementation en matière d'hygiène et de sécurité – et/ou à la pression d'une représentation salariale forte. À titre d'exemples :

- Alors que les effets cancérigènes de l'amiante sont connus depuis les années cinquante, son usage dans les constructions nouvelles n'a été interdit qu'en 1978. Indépendamment des valeurs limites d'exposition qui ont évolué au fil des années, il a fallu attendre 1977 pour que des dispositions soient prises – puis renforcées en 1996 – pour la protection des travailleurs contre les risques liés à l'inhalation des poussières d'amiante¹²⁴ et à l'interdiction d'emploi de salariés sous CDD ou intérimaires pour les activités de fabrication ou de transformation de l'amiante¹²⁵.
- La prévention du bruit sur les lieux de travail fait, depuis 1988, l'objet d'une réglementation précise. Pourtant, les affections causées par les bruits restent, depuis cette même année, à la troisième place des maladies professionnelles indemnisées par la Cnamts. Ceci peut en particulier s'expliquer par le fait que malgré la législation, plus de 1,5 million de travailleurs sont toujours exposés à plus de 85 décibels (valeur limite d'exposition autorisée). Le coût des mesures d'insonorisation est régulièrement mis en avant par les employeurs pour ne pas se conformer à cette réglementation.
- Les affections provoquées par les poussières de bois (notamment cancers de l'ethmoïde et des sinus) ont fait leur apparition dans les tableaux de maladies professionnelles en 1987, alors qu'en Angleterre elles y figuraient depuis 1947. Dans ce secteur, là encore, les réglementations en matière de dépoussiérage et de ventilation ne sont souvent pas respectées.

D'une manière générale, si des valeurs limites d'exposition aux produits cancérigènes et toxiques sont fixées par les pouvoirs publics, elles ne sont qu'indicatives et ne comportent pas de caractère contraignant (excepté pour l'amiante et les rayons ionisants). De la même manière, l'article L 4614 du Code de la Sécurité sociale donne obligation aux employeurs de déclarer tout produit ou procédé pouvant entraîner la survenue d'une maladie

124. Décret du 7 février 1996.

125. Arrêté du 4 avril 1996.

professionnelle. Cette déclaration qui doit être adressée aux Cram ne semble que très rarement remplie.

Comme le relevait le Conseil économique et social¹²⁶, en 1991, 947 303 infractions à la législation du travail ont été constatées, parmi lesquelles environ 42 % concernaient la réglementation relative à l'hygiène et à la sécurité. Seulement 7 869 de ces infractions en matière d'hygiène et de sécurité ont fait l'objet d'un procès-verbal.

Déficit de reconnaissance/réparation des atteintes à la santé au travail

Le déficit de reconnaissance des atteintes à la santé au travail se révèle principalement à deux niveaux : tout d'abord, par le décalage existant entre l'évolution de la connaissance en matière de risques professionnels et sa prise en compte dans la législation de la protection de la santé au travail, puis par le décalage existant entre la législation et son application. La reconnaissance – et la réparation – d'une maladie professionnelle est un parcours lent et difficile, voire quelquefois impossible pour la victime. La convergence de multiples obstacles aboutit ainsi à une sous-estimation des maladies professionnelles, qui sont parfois mortelles ou pour beaucoup invalidantes et peuvent donc générer à terme un handicap social par exclusion du marché du travail.

Les tableaux des maladies professionnelles évoluent difficilement et lentement et ne couvrent pas l'ensemble des pathologies d'origine professionnelle reconnues, notamment celles liées aux conditions d'organisation du travail. Pour exemple, il a fallu dix années pour que le syndrome du canal carpien soit inscrit au tableau des maladies professionnelles (1982). Les atteintes à la santé mentale ne sont toujours pas reconnues comme possibles maladies professionnelles. De plus, ces tableaux sont souvent inadaptés à la réalité de nombreuses pathologies professionnelles, ayant des causes multiples (cancers/allergies), et/ou n'apparaissant qu'après un temps de latence important (plusieurs dizaines d'années pour les pneumoconioses, cancers, maladies respiratoires liées à l'amiante). Enfin, la fréquence de changements de travail des salariés rend très difficile la mise en relation d'une exposition à un risque et l'apparition d'une maladie.

Les médecins du travail ne sont pas toujours bien informés sur les risques professionnels. Les caisses d'assurance maladie,

126. Les accidents du travail et les maladies professionnelles, *op. cit.*

quant à elles, ont trop souvent tendance à suivre les conclusions des employeurs par crainte de reconnaître une maladie qui ne serait pas liée au travail. Les exemples abondent qui montrent que lorsqu'un employeur déclare que le salarié n'a pas été exposé au risque mis en cause dans une déclaration de maladie professionnelle, la CPAM rejette presque systématiquement la demande d'indemnisation. De plus, et cette situation est de plus en plus fréquente dans certains secteurs, si l'entreprise a disparu au moment de la déclaration, il est difficile à la CPAM de conclure à une exposition au risque. En moyenne, six déclarations de maladie professionnelle sur dix seraient rejetées. Selon une étude menée en Rhône-Alpes sur 204 dossiers hospitaliers de mésothéliome : 44 certificats médicaux ont été retrouvés, soit un taux de déclaration de 21,5 % ; sur ces 44 dossiers, 42 procédures de reconnaissance ont été entamées : 24 ont été reconnus et 16 ont été rejetés. Par ailleurs 2 étaient encore en cours d'instruction au moment de l'enquête, respectivement 29 et 16 mois après la déclaration, alors que l'espérance de vie d'un malade victime de mésothéliome est d'environ deux ans. Il est difficilement acceptable d'observer que le temps d'instruction d'un dossier de maladie professionnelle prend entre 6 mois et 4 ans alors que tant que la maladie professionnelle n'a pas été reconnue, le salarié n'est pas à l'abri d'un licenciement.

De la même manière, il semble que les accidents du travail aient de plus en plus tendance à être contestés aussi bien par les employeurs, la faute étant imputée au travailleur (non-respect de la consigne ou de mesures de sécurité) que par les CPAM, sous la pression de la représentation patronale au sein de leurs conseils d'administration.

Il est important de rappeler que l'indemnisation des maladies professionnelles et accidents du travail est à la charge des entreprises. Ainsi, les travailleurs souffrant de maladies professionnelles ou ayant été victimes d'accidents du travail non reconnus sont pris en charge par l'assurance maladie.

Rôle des instances de recours et de prévention

Peu de place est aujourd'hui laissée à l'expression des travailleurs sur leurs conditions de travail, ce qui représente un handicap majeur pour l'identification et la réalisation d'actions de prévention dans le milieu du travail. De plus, si les dispositifs d'alerte, de prévention et de contrôle existent, ils ne bénéficient pas pour autant de tous les moyens nécessaires pour remplir leur mission. La médecine du travail pour sa part reste en marge de la santé

publique (elle dépend d'ailleurs du ministère du Travail et non du ministère de la Santé).

La représentation salariale

Au cours de ces vingt dernières années, la dérégulation du marché du travail a conduit les représentants des salariés à concentrer voire à limiter leurs actions autour de la sauvegarde des emplois, au détriment du maintien et de l'amélioration de la protection de la santé au travail. Face à la pression du chômage, toute « économie » réalisée en n'améliorant pas les conditions de travail était considérée comme pouvant épargner un emploi, dans la logique « qu'un emploi précaire vaut mieux qu'un licenciement ». Avaient-ils ou non le choix est une autre question qui dépasse le cadre de ce rapport. Si la flexibilisation a pu se généraliser sur la base d'une précarisation à la fois de l'emploi et du travail, ne serait-ce pas aussi parce qu'il n'y a eu que de faibles résistances face à la dégradation des conditions de travail ?

De même, l'atomisation du salariat a entraîné un éclatement des collectifs de travail rendant ainsi inexistantes et impossibles les mécanismes de protection informelle qui se construisaient habituellement dans des collectifs stables. Les Comités d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail (CHSCT), censés être le lieu d'expression des travailleurs sur les conditions de travail, n'existent que pour les grandes entreprises et les entreprises donneuses d'ordre. Les travailleurs précaires, notamment ceux des entreprises sous-traitantes, ne sont ainsi pas représentés alors qu'ils connaissent les conditions de travail les plus difficiles. La santé au travail ne peut se construire que par la réappropriation des travailleurs de leurs droits d'expression sur le travail.

Les institutions de prévention

L'inspection du travail a pour mission de contrôler l'application de la réglementation en matière d'embauche et de licenciement mais aussi en matière de protection de la santé au travail et de conseil en matière de diagnostic des risques professionnels. Dans les faits, sa mission porte principalement sur l'emploi et plus rarement sur les conditions de travail, par manque de moyens mais aussi sans doute par insuffisance de formation adéquate sur les conditions de travail et leurs conséquences sur la santé. Ainsi, par exemple, le nombre de mises en demeure des entreprises reste dérisoire au regard des contournements de la législation existante. Comme le relevait le Conseil économique et social¹²⁷ :

127. Les accidents du travail et les maladies professionnelles, *op. cit.*

« Dans un environnement productif dont la complexité est croissante, les instruments techniques dont disposent les inspecteurs ne paraissent pas toujours suffire pour apprécier la validité des mesures de sécurité prises dans les entreprises en application de la réglementation. »

Le service de prévention des Cram a pour sa part une mission plus technique consistant à évaluer l'existence des risques dans les entreprises et d'en définir les niveaux. Mais son rôle se limite trop souvent à conseiller les entreprises et non pas à les contrôler. Comme pour l'Inspection du travail, les services de prévention des Cram sont généralement insuffisamment formés à la connaissance des risques toxiques et des effets de la dérégulation du temps de travail sur la santé des travailleurs.

La médecine du travail

La médecine du travail vient de fêter ses cinquante années d'existence. Mais le bilan dressé à cette occasion, notamment par les principaux syndicats professionnels de médecins du travail, met en évidence les difficultés, voire l'impossibilité dans laquelle elle se trouve pour remplir l'objet même de sa mission « *éviter toute altération de la santé des travailleurs du fait de leur travail* » (loi de 1946). Cette mission implique une connaissance approfondie de l'environnement du travail et de son organisation dont le médecin peut se rendre compte par des visites sur les lieux de travail. Ainsi, et selon le décret de 1979 sur le tiers temps, le médecin du travail doit être « *non plus consulté mais associé à l'introduction de toute nouvelle méthode de production* ». Mais de fait, les logiques mêmes de production – et trop souvent la résistance des employeurs – réduisent leurs marges de manœuvre en termes de propositions sur l'amélioration des conditions de travail. Ainsi, certains médecins du travail se sont sensibilisés au discours entrepreneurial qui défend « *l'absence de contradiction entre santé et efficacité économique*¹²⁸ » et se sont donc engagés sur la voie de la « médecine d'entreprise » : aptitude plutôt que prévention, visite médicale plutôt que tiers temps, paramètres généraux de santé plutôt qu'atteintes spécifiques du travail. Cette médecine d'entreprise pose donc un double problème : « *Au plan individuel, elle limite la réflexion et entrave l'action et au plan collectif, en subordonnant les problèmes de santé aux intérêts des directions d'entreprise, elle sape les fondements même du métier*¹²⁹. »

128. Davezies P., « Une nouvelle médecine pour le travail : 50 ans, l'âge de l'indépendance », *Santé et Travail*, décembre 1996, n° 18.

129. *Ibid.*

De par la réglementation, tout médecin doit faire une déclaration s'il suspecte le caractère professionnel d'une maladie, même et surtout si celle-ci n'est pas inscrite dans un tableau de maladie professionnelle, et ce afin de permettre une évolution permanente du système. Dans les faits, ce sont le plus souvent les médecins généralistes (ville et hôpital), peu compétents en ce domaine, qui constatent la pathologie (notamment pour les maladies à effet différé) et remplissent la déclaration de maladie professionnelle, le médecin du travail n'en étant habituellement pas informé. Il est vrai qu'existent de nombreux obstacles structurels à l'exercice efficace de la médecine du travail, notamment dans les services inter-entreprises, mais il y a également un phénomène d'autocensure de certains médecins du travail qui aboutit parfois à la non-déclaration des maladies professionnelles par crainte de l'employeur (financeur et gestionnaire des services de médecine du travail). De la même manière certains médecins du travail limitent leur action sur le milieu du travail et se bornent à un rôle de délivrance de l'aptitude, qui dans le contexte actuel de précarisation du travail, devient davantage une évaluation d'aptitude à un risque plutôt qu'à un travail. La France est d'ailleurs l'un des rares pays européens où se pratique encore la visite médicale d'aptitude.

Il ne s'agit pas ici de dresser le procès de la médecine du travail, mais bien de montrer que les évolutions constantes du monde du travail rendent sa mission de plus en plus difficile, voire impossible. Il apparaît d'autant plus urgent d'inscrire la santé au travail dans le champ de la santé publique, comme cela se fait déjà dans d'autres pays européens comme la Suède, le Danemark, l'Italie ou bien encore au Québec, où les services de santé au travail sont de véritables organes de santé publique, pluridisciplinaires.

Travail et situations de vulnérabilité

Précarité de l'emploi et du travail et populations peu ou pas qualifiées

Les populations peu qualifiées sont durement frappées à la fois par le chômage, l'exposition aux risques professionnels et l'aggravation des conditions de travail contre lesquelles elles sont particulièrement démunies compte tenu de la crainte permanente de perdre leur emploi. Moins le (la) salarié (e) est qualifié (e), plus il est facile de le (la) remplacer et moins celui-ci (celle-ci) a de chance de retrouver du travail. On conçoit facilement que placé devant le choix du travail ou de sa santé, beaucoup choisissent le travail quel que soit le prix.

La population ouvrière

En 1996, selon l'Insee, la catégorie socioprofessionnelle « ouvriers » représentait 5 909 873 personnes soit 26,27 % du total de la

population active occupée et les « ouvriers non qualifiés » étaient 1 763 196 soit 7,83 % du total de la population active occupée¹³⁰. De par le type même de leur travail, les ouvriers sont non seulement les plus soumis aux contraintes physiques (travail à la chaîne, gestes répétitifs), temporelles (délais à respecter), mais aussi à l'exposition à des agents nocifs, qui souvent se cumulent. Cependant, certaines nuisances sont spécifiques à cette catégorie socio-professionnelle : risques de blessures sur machines, environnement bruyant, impossibilité de quitter le travail des yeux, etc.

Ainsi, il n'est pas surprenant d'observer que le taux de fréquence des accidents du travail est plus important chez les ouvriers que dans les autres catégories socioprofessionnelles. Selon les chiffres de la Cnamts, pour l'année 1994, il était en effet le double (50,5 %) que pour l'ensemble des salariés (25,6 %) que pour l'ensemble des salariés (25,6 %). Si les apprentis, ouvriers non qualifiés, ouvriers qualifiés représentent 36 % des salariés, ils représentent aussi 77,2 % du total des accidents du travail (cf. figure 11).

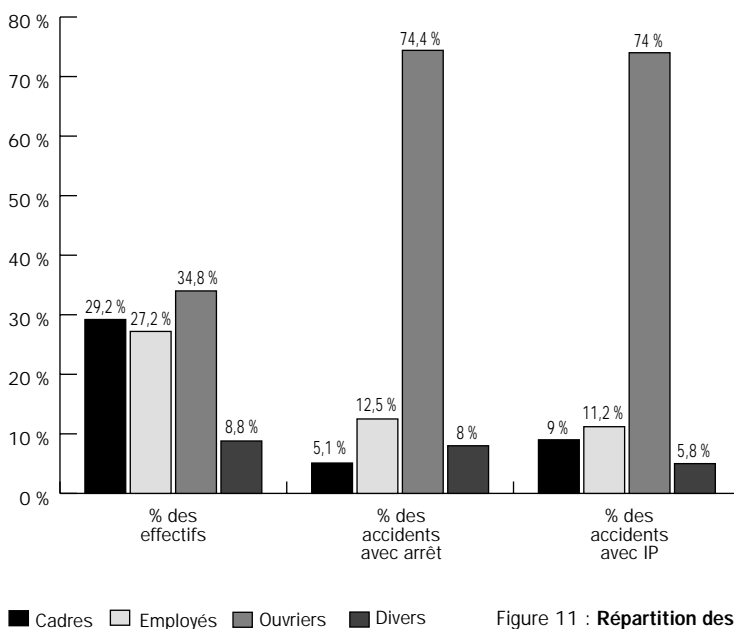


Figure 11 : Répartition des accidents du travail selon la qualification professionnelle, 1994.

Source : Statistiques technologiques des accidents du travail (remarques), année 1994, Cnamts, 1996.

130. Enquête sur l'emploi de 1996, résultats détaillés, Insee.

Les salariés à statut précaire

Le recours aux contrats à durée déterminée (CDD), à l'intérim ou à la sous-traitance engendre des inégalités profondes entre les salariés « stables » ayant un statut permanent et ceux qui ne sont que des temporaires dans les mêmes entreprises, notamment en ce qui concerne l'exposition aux risques professionnels – principalement les accidents du travail – comme ont pu le mettre en évidence les enquêtes réalisées en 1989 par la Cnamts et le ministère du Travail et en 1991 par l'Observatoire des risques professionnels¹³¹. Ainsi, en 1991, 20 % de tous les accidents du travail se sont produits chez des titulaires de CDD et des intérimaires. De plus cette suraccidentabilité touche en priorité les jeunes et les travailleurs étrangers.

Au sein même des emplois précaires se dessinent encore d'autres inégalités qui s'expriment par le fait que les accidents du travail ont une fréquence et une gravité supérieure chez les titulaires de contrats d'intérim par rapport aux titulaires de contrats à durée déterminée. En 1986, le taux de fréquence des accidents avec arrêt de travail était de 121 pour mille pour les travailleurs intérimaires contre 52 pour mille pour l'ensemble des salariés. De la même manière, en 1984, les accidents graves avec incapacité permanente s'élevaient à 11,5 pour mille chez les travailleurs intérimaires contre 5,9 pour mille pour les autres salariés¹³².

Si cette vulnérabilité des travailleurs intérimaires aux risques professionnels s'explique pour partie par la structure même de l'emploi précaire, il reste cependant que certains facteurs de risque sont directement liés à la précarité de l'emploi et du statut et qu'ils représentent une suraccidentabilité estimée à 50 %¹³³. Parmi les facteurs de risque les plus fréquemment en cause on peut citer : l'isolement des travailleurs intérimaires au sein de l'entreprise d'accueil, le non-respect des réglementations en matière de sécurité, l'affectation d'intérimaires sur des postes pour lesquels ils ne sont pas suffisamment qualifiés, le manque de formation à la sécurité et d'information sur les consignes de sécurité à respecter, etc.

131. Les accidents du travail en 1992. Résultats de l'Observatoire des risques professionnels, Dares 94.03, *Premières synthèses*, n° 38, 13 janvier 1994.

132. *Ibid.*

133. *Ibid.*

La santé, facteur de sélection et d'exclusion du marché du travail

En théorie et selon les termes de la loi¹³⁴ : « *Aucune personne ne peut être écartée d'une procédure de recrutement, aucun salarié ne peut être sanctionné ou licencié en raison de son origine, de son sexe, de ses mœurs, de sa situation de famille, de son appartenance à une ethnie, une nation ou une race, de ses opinions politiques, de ses activités syndicales ou mutualistes, de ses convictions religieuses ou, sauf inaptitude constatée par le médecin du travail (...), en raison de son état de santé ou de son handicap.* » En pratique, il en va autrement. Les impératifs de croissance et de compétitivité ont modelé les formes actuelles d'organisation du travail et avec elles de nouvelles « normes de la santé » au travail. Ces normes conduisent ainsi tout naturellement à un double processus de sélection et d'exclusion de l'emploi et du travail par la santé. Les salariés ont à ce point intégré cette nouvelle « donne » que certains n'hésitent pas – quand ils en ont encore la capacité – à mettre leur santé en danger pour pouvoir sauvegarder leur emploi. L'incapacité physique et/ou mentale à supporter certaines situations de travail se transforme ainsi en « inaptitude » – souvent légitimée par un certificat médical – qui entraîne les individus concernés sur la voie de l'exclusion du monde du travail.

Quand ce n'est pas la santé qui est en cause, c'est la capacité des individus à s'adapter aux évolutions du travail et à en accepter les contraintes. Là encore, des « normes de conformité au système productif » apparaissent, qui agissent comme autant de facteurs discriminatoires à l'entrée et/ou à la sortie du marché du travail. Aujourd'hui – que ce soit du fait de leur santé et/ou de leur conformité au système productif – certaines catégories de travailleurs se trouvent en situation d'exclusion de l'emploi et du travail. Ainsi, les travailleurs vieillissants perdent peu à peu leurs capacités physiques à supporter des contraintes de travail difficiles. Ils sont de plus considérés comme moins « souples » pour s'adapter aux changements, souvent brutaux, qui interviennent dans l'entreprise. Les impératifs de « juste à temps », « flux tendus » rendent de plus en plus difficile l'intégration des personnes handicapées sur le marché du travail. La charge de famille des femmes est considérée comme un obstacle à une disponibilité permanente pour l'entreprise.

De plus, les restructurations productives ont entraîné la disparition ou le transfert à l'extérieur des entreprises d'un certain nombre

134. Loi 92-1446 du 31 décembre 1992 (art. L 122-45).

de fonctions et travaux réputés « doux », ne permettant plus que rarement aux entreprises d'opérer des réaménagements de postes ou le reclassement des travailleurs en fonction de leurs capacités.

Les jeunes

Les jeunes sont de moins en moins présents sur le marché du travail. En 1995, près de 40 % des jeunes de 15 à 29 ans occupaient un emploi, contre 57 % en 1975 (Tableau XXII). Cette baisse d'activité s'explique à la fois par l'allongement de la scolarité mais aussi par l'augmentation du taux de chômage des jeunes (19,5 % en 1995 contre 5,8 % en 1975) qui en 1995 était le double du taux de chômage des adultes de 30 à 49 ans. Le taux de chômage des jeunes varie selon le diplôme et l'ancienneté sur le marché du travail. Bien que le risque de chômage s'accroisse depuis vingt ans, quel que soit le diplôme, les jeunes non diplômés accusaient en 1995 un taux de chômage de 31 %, contre 17 % pour les diplômés du secondaire et 12 % pour ceux ayant un diplôme supérieur¹³⁵. Le chômage des jeunes augmente également en fonction du temps écoulé depuis la fin des études : il touche 40 % des jeunes ayant terminé leurs études depuis un an, contre 30 % de ceux les ayant terminées depuis deux ans et 15 % depuis dix ans.

Plus que les autres, les jeunes intègrent le marché du travail par la voie de CDD, contrats d'intérim, contrats aidés. Ainsi, la part des jeunes de 15 à 29 ans occupant un emploi sous forme de stage, contrat aidé, apprentissage, CDD, ou intérim était de plus de 20 % en 1995, alors qu'elle ne représentait que 8 % en 1982. De la même manière, le temps partiel s'est également développé chez les 15-29 ans, passant de 7 % en 1982 à 17 % en 1995 (soit 9 % des hommes de 15 à 29 ans contre 29 % des femmes au même âge). Ce temps partiel des jeunes est largement subi puisqu'en 1995, 64 % de ceux occupant un emploi à temps partiel déclaraient souhaiter travailler davantage.

Tableau XXII
Évolution de la situation des jeunes de 15 à 29 ans, 1975 et 1995.

en milliers et en %	1975			1995		
	Ensemble	Hommes	Femmes	Ensemble	Hommes	Femmes
Nbre de jeunes	12 513	6 325	6 188	12 066	6 082	5 985
% d'étudiants	29,6	29,2	30,0	45,7	44,4	47,0
% d'actifs	60,7	69,3	51,9	49,2	53,3	45,0
% actifs occupés	57,1	66,4	47,7	39,6	44,6	34,5
% chômeurs	3,5	2,9	4,2	9,6	8,7	10,5
Taux de chômage	5,8	4,2	8,0	19,5	16,3	23,4

Source : *Données sociales 1996*, Insee.

135. Meron M., Minni C., « L'emploi des jeunes : plus tardif et plus instable qu'il y a vingt ans », Insee, *Données sociales, 1996*.

Le fort taux de chômage des jeunes les conduit à occuper des postes de travail qui souvent ne correspondent pas à leur formation initiale et dont ils ne connaissent véritablement ni les risques ni les consignes de sécurité. Les changements d'emploi fréquents, le manque de formation et d'expérience nécessaire à la bonne adaptation aux situations de travail, les rendent ainsi plus vulnérables aux risques d'accidents. Les jeunes sont ainsi particulièrement touchés par les accidents du travail. Selon une enquête de l'Observatoire des risques professionnels¹³⁶, en 1992, un accidenté sur 2 a moins de 35 ans et un sur 4 a moins de 25 ans ; le taux de fréquence des accidents des moins de 25 ans est 2,5 fois plus élevé que celui des plus de 25 ans. Concernant les accidents des moins de 25 ans : 29 % sont de nouveaux embauchés (contre 9 % des 25 ans et plus) et 45 % sont dans des statuts précaires (contre 14 % des 25 ans et plus)¹³⁷.

Les travailleurs vieillissants

Les travailleurs vieillissants sont confrontés à un double phénomène de précarisation du fait de leur âge. Ainsi, si l'avancée en âge influe bien évidemment sur leurs capacités à faire face aux exigences de leur poste de travail, les contraintes et nuisances liées à leur travail peuvent également entraîner un « vieillissement prématuré » (usure précoce). On assiste ainsi à un cumul des effets de l'âge et des effets d'exposition professionnelle. Certaines facultés de l'organisme diminuent avec l'avancée en âge : baisse des capacités de l'appareil locomoteur, apparition de troubles sensoriels – notamment la vue –, baisse de la durée et de la qualité du sommeil. Du fait de leur âge et d'éventuels antécédents médicaux, les travailleurs vieillissants ont de plus en plus de mal à supporter les contraintes horaires (horaires décalés, notamment le travail de nuit) et les contraintes de temps rigides liées au travail à la chaîne¹³⁸. Les résultats de l'enquête ESTEV (santé, travail et vieillissement) réalisée en 1990 par un collectif de 400 médecins et chercheurs auprès de 21 378 salariés montrent que les conditions de travail, et notamment le cumul de contraintes physiques et temporelles, avaient un effet sur la santé, s'accroissant avec l'âge. Ainsi les horaires décalés entraînent notamment une augmentation des troubles du sommeil entre 37 et 52 ans allant de 36 à 56 % chez les femmes et de 35 à 49 %

136. Les accidents du travail en 1992, *op. cit.*

137. La construction sociale de l'accident du travail chez les jeunes. Commissions professionnelles consultatives, 95/1, ministère de l'Éducation nationale.

138. Cassou B., Davezies P., Laville A., « Les effets du vieillissement sur l'activité de travail et réciproquement », *Santé et Travail*.

chez les hommes, ces troubles persistant même après un retour à des horaires normaux. De la même manière, la prévalence des douleurs ostéo-articulaires passe, aux mêmes tranches d'âge, de 42 à 57 % chez les femmes et de 37 à 47 % chez les hommes¹³⁹.

Cependant, les caractéristiques de l'organisation du travail et du mode de gestion de la main-d'œuvre font qu'aujourd'hui il devient de plus en plus difficile pour ces travailleurs vieillissants de développer les stratégies habituellement mises en œuvre pour faire face aux difficultés survenant avec l'âge¹⁴⁰. D'autre part, ces mêmes caractéristiques réduisent les possibilités de « reclassement » ou de « réaffectation » de ces travailleurs par les entreprises : augmentation des horaires atypiques et du travail de nuit, diminution des postes de travail « hors chaîne », généralisation de l'informatisation des activités de service. Il est d'autant plus important de s'attacher aux problèmes de santé au travail des travailleurs vieillissants que la population active vieillit, tendance qui va se poursuivre durant les vingt prochaines années. En effet, selon les projections démographiques de l'Insee, la part des hommes et des femmes de 45 ans et plus au sein de la population active sera respectivement de 37 % et 38 % en 2010 (contre 29 et 27 % en 1990).

Les femmes

Si depuis près de quarante ans, la part des femmes dans l'emploi n'a cessé d'augmenter, elles subissent aujourd'hui plus fortement que les hommes la pression du chômage. Ainsi, à tout âge, leur taux de chômage est supérieur à celui des hommes et sa durée est plus élevée. Plus de la moitié des chômeurs (51 %) sont des femmes, alors qu'elles représentent moins de la moitié de la population active (45 %). De plus, elles sont particulièrement touchées par le sous-emploi, par le biais du travail à temps partiel. Ce phénomène n'est pas spécifique à la France, mais se retrouve, à des degrés divers, dans tous les pays de l'Union européenne. La part des femmes travaillant à temps partiel représente en Europe entre 76 et 90 % de l'emploi à temps partiel total, il est de 85 % en France.

Alors que l'entrée et la progression des femmes sur le marché du travail ont permis – en des temps où elle était nécessaire – la croissance de la population active totale, elles font maintenant

139. Résultats de l'enquête ESTEV, *Revue de Médecine du travail*, vol. 21, n° 1, 1994.

140. Volkoff S., « Âge, travail et santé : les marges de manœuvre pour une prévention de l'exclusion », *Précarisation sociale, travail et santé*, IRESCO, 1997.

davantage que les hommes les frais de la pénurie d'emploi et des restructurations productives. Ainsi, et malgré des avancées évidentes en matière de reconnaissance de l'emploi féminin, celui-ci reste plus largement dépendant que l'emploi masculin aux variations de l'activité économique, les femmes constituant par là même un volant de main-d'œuvre permettant de gérer l'accroissement ou la pénurie d'emplois. Leur maintien dans l'emploi passe ainsi par un durcissement de leurs conditions d'embauche et de travail. Les évolutions de l'activité économique ont ainsi restreint considérablement les possibilités de « choix » des femmes : au choix entre travail et famille, s'est substitué depuis les années quatre-vingt-dix, le cumul de la charge de famille – qui leur reste majoritairement dévolue – et du travail dans des conditions de plus en plus difficiles. Aujourd'hui, elles se voient contraintes d'accepter le sous-emploi (temps partiel) devenu souvent la seule alternative au licenciement ou au chômage.

Il existe peu de données spécifiques sur les atteintes de la santé au travail des femmes, les statistiques de la Cnamts ne recensant pas pour leur part les maladies professionnelles selon le sexe. On sait cependant qu'elles sont plus touchées que les hommes par les affections périarticulaires, étant plus nombreuses à occuper des postes à gestes répétitifs. Une enquête menée auprès de femmes chômeuses de longue durée montre par ailleurs qu'elles cumulent atteintes à la santé du fait du travail – le plus souvent non reconnues et donc non indemnisées – et surcharge de travail familial et domestique¹⁴¹. Ainsi, sur 55 femmes de l'étude ayant occupé un emploi avant leur chômage, 22 d'entre elles ont eu un accident du travail ou une maladie professionnelle qui a fait l'objet d'une déclaration, mais pour 11 d'entre elles l'accident du travail ou la maladie professionnelle n'a pas été déclaré. Pour beaucoup de ces femmes, le chômage est intervenu au terme d'un processus de sélection par la santé.

Les personnes handicapées

Les progrès enregistrés en matière de connaissance du handicap, de rééducation et réadaptation fonctionnelle, ainsi que d'outils techniques permettant la compensation des déficiences fonctionnelles rendent possible aujourd'hui l'intégration ou le reclassement en milieu professionnel d'un nombre de plus en plus

141. Frigul N., *Penser le rapport au travail pour comprendre le chômage*. Une analyse de la construction sociale de la précarisation du travail et de la santé à partir d'une enquête menée auprès d'une population féminine en chômage de longue durée. Thèse de doctorat en sciences sociales, Université René-Descartes, Paris V, mars 1997.

important de personnes porteuses d'un handicap. Mais, dans le contexte général de précarisation de l'emploi et de chômage, ces possibilités d'insertion professionnelle sont d'autant plus difficiles que les personnes handicapées font les frais des logiques d'organisation du travail qui tendent à exclure ceux qui ne répondent pas aux normes de la productivité. De plus, les réactions de méfiance et de rejet d'une partie des autres salariés constituent un obstacle supplémentaire à leur accueil dans les entreprises. Enfin, si 35 % des entreprises soumises à l'obligation d'emploi choisissent d'employer directement des personnes handicapées, 39 % d'entre elles préfèrent s'acquitter de cette obligation en payant uniquement leur cotisation à l'AGEFIPH.

Selon l'enquête du ministère du Travail et des Affaires sociales – Dares¹⁴², les 86 170 établissements du secteur privé assujettis à l'obligation d'emploi pour l'exercice 1995 emploient près de 266 000 handicapés. Parmi eux, près de 79 % sont des hommes et 71 % ont plus de 40 ans. La moitié des salariés handicapés le sont à la suite d'un accident du travail ou une maladie professionnelle, 89 % d'entre eux étant des hommes. Pour les femmes, 54 % d'entre elles sont des handicapées reconnues par la Cotorep. Le niveau moyen de qualification des salariés handicapés est plus bas que celui de l'ensemble des salariés. Ainsi, 55 % d'entre eux sont des ouvriers qualifiés et non qualifiés. Pour 34 % d'entre eux, les salariés handicapés ayant 1 à 2 ans d'ancienneté dans l'entreprise travaillent à temps partiel. En 1995, 88 % des nouvelles embauches concernaient des handicapés Cotorep.

Aucune personne n'est à l'abri du risque de handicap, que celui-ci soit lié à l'activité professionnelle (accident du travail, maladie professionnelle, usure au travail) ou quotidienne (accident de la route ou domestique). Ainsi, il est important de veiller à ce que les handicaps de situation ne puissent être considérés comme un facteur d'exclusion sociale, et pour cela que le système de production ne tende pas à exclure systématiquement ceux considérés comme les moins performants.

Les chômeurs et les Rmistes

Chômage, santé et inemployabilité

Si aujourd'hui, plus aucune catégorie socioprofessionnelle n'est épargnée par le chômage, il touche plus fortement certaines popu-

142. L'insertion professionnelle des travailleurs handicapés dans les établissements assujettis à l'obligation d'emploi en 1995. *Premières informations et premières synthèses*. Ministère de l'Emploi et de la Solidarité, Dares, 97.04, N° 17-1.

lations, que ce soit de par leur âge, leur sexe, leur niveau de qualification, leur origine géographique, mais aussi leurs capacités physiques et mentales à faire face aux situations de travail. Ainsi, les nouvelles normes de la santé au travail entraînent des populations sur la voie de l'inaptitude ou de l'inadaptation au système productif. Dans le contexte actuel de pénurie d'emploi, la santé devient un facteur supplémentaire de sélectivité face à l'emploi, inscrivant durablement les travailleurs devenus « non conformes » dans le chômage, bien que ce phénomène soit le plus souvent peu pris en compte dans les études réalisées sur les déterminants du chômage. Ainsi, au-delà de la question – légitime – des effets du chômage sur la santé, il est important de repenser le chômage comme pouvant être également la résultante d'un processus de sélection par la santé, ce qui aurait pour conséquence de déterminer une population plus vulnérable au chômage.

De fait, les normes de la santé au travail et les effets de sélection/exclusion qu'elles génèrent favorisent l'apparition de populations plus vulnérables au chômage, c'est-à-dire dont la probabilité d'entrer « en chômage » pendant une période donnée est plus importante. De plus, l'employabilité – c'est-à-dire la probabilité au sein d'une population de chômeurs de trouver un emploi pendant une période donnée – diminue avec l'âge du chômeur (en fonction des critères de sélection des employeurs, notamment de « l'adaptabilité » aux postes de travail) d'autant plus fortement que la durée du chômage est importante, celle-ci étant souvent interprétée par les employeurs comme un « indicateur négatif » de l'aptitude des travailleurs. On peut en conclure que les tensions qui se sont produites sur le marché du travail et dans l'entreprise ont conduit à défavoriser ceux qui sont handicapés ou dont la santé avait été fragilisée par leurs conditions de travail et de vie. **En devenant un critère de sélection pour l'emploi, la santé est bien un déterminant de la précarité qui elle-même va alors contribuer à la dégradation de l'état de santé, réalisant une boucle de précarisation.**

Des diverses études réalisées sur le lien entre chômage et santé, il ressort en premier lieu une difficulté à établir et à mesurer des effets spécifiques du chômage sur la santé. Le chômage serait tout à la fois bénéfique – mise à l'écart des risques professionnels et des contraintes de travail – et facteur aggravant de l'état de santé – dégradation des conditions d'existence, perte du statut social, baisse de la protection sociale, dégradation de l'image de soi, etc. Comment d'autre part déterminer des effets spécifiques du chômage sur la santé, sans remettre en perspective état de santé, parcours professionnel et conditions de travail anté-

rieures au chômage. De par les processus de sélection/exclusion du travail par la santé « healthy worker effect », une partie des populations au chômage le serait du fait de leur état de santé, ce qui rend particulièrement difficile toute comparaison entre populations de chômeurs et d'actifs. Ainsi, si certaines études ont mis en évidence une surmortalité des chômeurs, celle-ci ne peut être attribuée spécifiquement à un effet pathogène du chômage.

L'étude « De l'influence du chômage sur l'état de santé¹⁴³ » réalisée à partir des données Insee issues de l'enquête « étude des conditions de vie, 1986-1987 », conclut à une « forte corrélation entre précarité professionnelle et précarité sanitaire, qui fait qu'à âge égal un individu d'état plus fragile a plus de chances d'être en situation de rupture professionnelle ». Ainsi, l'interrogation des chômeurs de cette étude sur leurs parcours professionnels montre, comparativement à une population d'actifs occupés, qu'ils ont plus souvent exercé des emplois peu qualifiés, qu'ils ont connu des changements d'emploi plus fréquents, en alternance avec des périodes de chômage. Ces chômeurs font davantage état de la pénibilité de leur travail antérieur et déclarent plus souvent qu'un problème de santé a été à l'origine d'au moins un changement d'emploi.

Cette étude met en évidence un certain nombre de différences entre chômeurs et actifs occupés portant notamment sur la perception de l'état de santé et la consommation de soins sans pour autant révéler de différences de morbidité significatives. Ainsi, les chômeurs sont plus nombreux que les travailleurs à déclarer tout à la fois une meilleure santé mais aussi un état de santé dégradé caractérisé par une polypathologie (12,3 % des chômeurs et 9,2 % des travailleurs déclarent souffrir de trois maladies et plus) et une plurisymptomatologie. D'une part, les différences de pathologies déclarées portent sur l'asthme et la dépression pour les chômeurs, l'arthrose ou les rhumatismes pour les actifs ; d'autre part si les actifs occupés déclarent plus de douleurs de dos et de reins et de fatigue intense, les chômeurs déclarent plus de symptômes de mal-être (nervosité, anxiété, angoisse, céphalées, insomnies, vertiges...). Les chômeurs évoquent également plus fréquemment la perte de confiance en soi, un état dépressif, des brûlures d'estomac, des essoufflements, des démangeaisons. Cependant, si les déclarations de « malaise » des chômeurs sont significativement plus importantes que celles des actifs occupés, ces derniers sont

143. Bungener M., Pierret J., « De l'influence du chômage sur l'état de santé », in Bouchayer F. (dir.), *Trajectoires sociales et inégalités : recherches sur les conditions de vie*, Ramonville-Saint-Agne : Erès, 1994, Insee, Mire.

eux aussi largement touchés. Le recours aux soins en médecine de ville ou à l'hôpital (exception faite pour la dépression), est plus important chez les chômeurs que chez les travailleurs. De même que la consommation régulière de médicaments : 43,2 % pour les chômeurs contre 37,4 % pour les actifs occupés. Concernant le recours à l'hospitalisation (respectivement 14,1 % des chômeurs et 9,4 % des actifs occupés ont été hospitalisés au moins une nuit dans l'année précédant l'enquête), l'étude souligne une vulnérabilité plus importante des chômeurs liée à leurs antécédents médicaux : ils sont en effet plus nombreux à avoir subi des interventions chirurgicales depuis leur naissance comme avoir eu un accident grave dans leur vie. Enfin, les chômeurs ont une perception moins bonne de leur état de santé que les actifs occupés.

La réinterrogation, un an plus tard, d'une partie de la population de l'étude a permis de confirmer l'association entre l'état de chômage et la déclaration d'un état de malaise ainsi qu'une augmentation du recours aux soins et de la consommation pharmaceutique (notamment les analgésiques, sédatifs, laxatifs) chez les chômeurs. **Cet accroissement de la consommation de médicaments intervient alors même que le pourcentage de chômeurs non couverts par l'assurance maladie a été multiplié par deux depuis la première enquête.** Si le nombre de chômeurs déclarant une pluri-symptomatologie est en légère diminution, 11 % d'entre eux déclarent la survenue d'une nouvelle pathologie depuis un an, contre 8,6 % pour les actifs occupés. Les chômeurs déclarent souffrir davantage que les travailleurs de douleurs de cou, vertiges, nausées, états dépressifs, palpitations, essoufflements, insomnies, nervosité, angoisse... Les actifs quant à eux déclarent de façon plus significative une fatigue intense, liée à l'occupation d'emplois particulièrement durs. Lors de la réinterrogation, 72 % des chômeurs ont déclaré avoir connu des moments dépressifs d'au moins deux semaines alors qu'ils étaient au chômage, les rendant inquiets pour 38 % d'entre eux sur leurs capacités à occuper un travail. Si les signes d'un état dépressif évoqués par les chômeurs et les actifs sont globalement identiques, un certain nombre d'entre eux affectent cependant plus fréquemment les chômeurs : perte d'appétit, troubles du sommeil, sentiment d'être coupable et sans valeur, absence d'envie de vivre, difficultés à réfléchir ou à se concentrer, sentiment de parler ou de bouger plus lentement que d'habitude, amenant les auteurs de l'étude à conclure que « *la dépression grave contribue au maintien au chômage et se réactive lors de la perte de l'emploi* ». Enfin, les résultats de la réinterrogation mettent en avant l'impact de la survenue

du chômage sur la santé de l'entourage des chômeurs présentant eux aussi des signes pathologiques liés à l'angoisse.

Si l'étude permet de mettre en évidence le « malaise » des chômeurs, elle conclut qu'il n'est pas pour autant possible d'imputer ce malaise au chômage plutôt qu'à la précarité professionnelle : *« La fréquence du chômage s'est accrue et la précarité de l'emploi touche toutes les catégories et toutes les branches professionnelles. Mais surtout une part importante de la population, notamment parmi les jeunes, voit sa vie professionnelle – ou un moment de celle-ci – marquée par la succession et l'alternance d'emplois précaires ou à durée limitée et de chômage. Cette situation rend difficile toute caractérisation comme chômeur ou comme actif pourvu d'un emploi en dehors du moment précis d'une enquête, et de ce fait tout apport d'une approche comparative en l'absence de connaissance de l'ensemble de la vie professionnelle paraît illusoire. Le malaise perceptible en particulier parmi les jeunes pourvus d'un emploi au moment de la réinterrogation, mais qui vivent au sein d'une famille touchée par le chômage et dont la situation un an avant était pour beaucoup précaire, le suggère : le risque pathogène pourrait être déjà engendré par la précarité professionnelle et la prise de conscience de sa propre vulnérabilité vis-à-vis du marché de l'emploi, vulnérabilité inégalement ressentie, mais aussi inégalement répartie selon les individus et les groupes professionnels. Avoir soi-même connu une ou plusieurs périodes de chômage augmente de fait cette vulnérabilité. Être issu d'une famille de chômeurs ou ayant souffert du chômage semble avoir également une traduction en termes de vulnérabilité professionnelle et d'état de santé ressenti. »*

RMI et santé

Dernier « filet de sécurité » d'un processus de précarisation et d'exclusion, le Revenu minimum d'insertion (RMI) a vocation à assurer à ses bénéficiaires des conditions d'existence minimales dans un objectif d'insertion – ou de réinsertion – dans la vie sociale, par la voie de l'accès à la formation et à l'emploi, l'accès au logement, l'accès aux soins. Par l'affiliation automatique à l'assurance personnelle et donc aux prestations de l'assurance maladie-maternité, la gratuité totale des soins sans avance des frais, le RMI a permis d'inscrire les soins comme un enjeu fondamental du maintien ou de la restauration des capacités à participer à la vie sociale. Pour autant, situation économique précaire et conditions de vie difficiles ont un impact sur l'état de santé des bénéficiaires du RMI, même si, comme pour les chômeurs, il est nécessaire de s'interroger sur l'état de santé antérieur de cette population (notam-

ment ceux pour qui le RMI fait suite à un chômage de longue durée), lié à leur parcours professionnel et conditions de travail.

Selon une enquête du Crédoc réalisée en 1996 auprès d'un échantillon de 900 personnes « entrées » au RMI au premier semestre 1995, le chômage et la précarité d'emploi sont les principales causes d'intégration au dispositif RMI (seulement 11 % des entrants n'ont jamais travaillé ; 15 % sont passés par l'allocation de solidarité spécifique). Si la proportion hommes/femmes est sensiblement proche (respectivement 47,5 et 52,5 %), il apparaît que près d'une femme sur deux parmi les entrantes au RMI a touché une allocation parent isolé. La population des RMIstes est jeune : 37 % ont entre 25 et 29 ans ; 6 % ont moins de 25 ans. La part des jeunes parmi les allocataires du RMI est stable depuis 1989, cette stabilité s'explique par le fait que les jeunes sont ceux qui sortent le plus rapidement du dispositif RMI. Au 30 juin 1996, si 29,8 % des allocataires étaient dans le dispositif depuis moins de 6 mois à 1 an, 16,8 % y étaient depuis 3 à 5 ans et 17,8 % depuis plus de 5 ans¹⁴⁴. Bien que la part des diplômés soit en augmentation, cette population reste majoritairement sans ou dotée de faibles diplômes. Les deux principales motivations de demande du RMI sont les ressources procurées (72 % des cas) et le remboursement des dépenses de santé (12 % des cas). Mais l'entrée dans le dispositif RMI n'est pas une démarche « simple » à plusieurs niveaux : si 36 % des RMIstes de l'enquête indiquent n'avoir pas su pendant plusieurs mois qu'ils y avaient droit, 20 % précisent qu'ils ont « *volontairement retardé leur demande de RMI (...) par fierté, par amour propre ou parce qu'ils espéraient trouver rapidement un emploi* ». Ainsi, les entrants de l'enquête n'en ont pas parlé à leurs parents (19 %), à leurs enfants mineurs (44 %) ou majeurs (31 %), ou à leurs autres parents (36 %). Si la solidarité familiale joue un rôle important pour les RMIstes (28 % des entrants sont hébergés par leur famille, 3 % par des amis), la cohabitation n'est pas aisée (40 % des RMIstes hébergés n'ont pas de chambre individuelle) et va jusqu'à poser des problèmes relationnels dans 1 cas sur 4, allant jusqu'à la rupture dans 1 cas sur 10.

Que sait-on de l'état de santé des bénéficiaires du RMI ? Selon une étude synthétique des données existantes réalisée en 1991¹⁴⁵, l'état de santé des RMIstes ne présente pas de spécificités même si l'on observe pour certaines pathologies une fréquence plus

144. Le revenu minimum d'insertion, in « Pauvreté et exclusion », *Solidarité Santé*, n° 1, janvier-mars 1997.

145. Schaetzel F., Quérouil O., *État de santé des bénéficiaires du RMI : synthèse des données existantes*, Délégation interministérielle au RMI, 1991.

importante que dans la population générale. Des constatations établies par des médecins lors de bilans de santé, il ressort que les RMIstes présentent un plus grand nombre de troubles que les patients de mêmes catégories socioprofessionnelles vus en médecine générale. Les principales pathologies rencontrées étant : les troubles dentaires, les problèmes de santé mentale, les pathologies ostéo-articulaires, les troubles cardio-vasculaires, les pathologies digestives. Pour l'ensemble de ces pathologies, il est à noter que les hommes sont plus largement atteints que les femmes (excepté pour les affections ostéo-articulaires pour lesquelles les pourcentages sont proches). Les problèmes d'ordre psychologique (angoisse, dépression) relevés chez un consultant sur quatre sont, de même manière que pour les chômeurs – notamment de longue durée – liés aux conditions de vie précaires et à l'incertitude par rapport à l'avenir.

Un des principaux points soulignés dans cette étude est la relation santé-travail. Sur un effectif de 1 105 RMIstes vus en consultation, les médecins ont relevé des inaptitudes professionnelles partielles et totales pour respectivement 30 % et 21 % des consultants. Si une inaptitude totale est reconnue pour 14 % des personnes de moins de 40 ans (31 % d'inaptitude partielle), ce pourcentage s'élève à 65 % pour les plus de 60 ans (33 % d'inaptitude partielle). Sur 100 personnes pour lesquelles une inaptitude partielle ou totale a été relevée, 41 % présentent des troubles d'ordre psychique (bien que l'on ne puisse en conclure pour autant qu'ils sont la cause première de la réduction de la capacité de travail), 22 % des affections ostéo-articulaires, 14 % des troubles cardio-vasculaires. Concernant les affections ostéo-articulaires constatées, et bien que l'étude n'ait pas porté sur cet aspect, il serait nécessaire de s'interroger sur le lien entre leur survenue et les éventuelles situations antérieures de travail. De manière plus générale, l'importance des inaptitudes professionnelles constatées (si elles étaient confirmées) soulève deux principales questions : d'une part, dans l'hypothèse de pathologies découlant de conditions de travail avant l'entrée au RMI, celle de la non-déclaration et/ou reconnaissance de maladies professionnelles – voire de handicaps – et donc d'un déficit de prise en charge et d'indemnisation ; d'autre part celle de la capacité (chance ?) « réelle » de réinsertion dans un monde du travail, à la fois « producteur » de normes de santé et « générateur » de handicaps. Là encore, il y a lieu d'être vigilant afin que la santé ne devienne pas pour ces personnes un alibi d'exclusion du travail.

Ces données de santé, établies sur la base de diagnostics médicaux, sont à rapprocher de l'état de santé déclaré par les

allocataires du RMI¹⁴⁶. La mise en relation des résultats de six études¹⁴⁷ permet ainsi de dégager trois principales tendances. En premier lieu, la santé semble être une préoccupation grandissante chez les allocataires du RMI ; l'amélioration de l'accès aux soins par le biais du dispositif pouvant agir ici comme un révélateur. D'autre part, le sentiment d'une dégradation de l'état de santé augmente chez les allocataires les « *plus proches du marché du travail*¹⁴⁸ » ; on peut ici émettre l'hypothèse, comme pour les chômeurs, de la sensibilité et/ou du vécu de ces personnes aux effets de sélection-exclusion du travail par la santé. Enfin, venant renforcer ce second point, la perception accrue pour ces mêmes personnes des incidences professionnelles liées à leur état de santé. Les pathologies les plus fréquemment déclarées par les RMIstes sont les problèmes dentaires, les troubles audiovisuels, les rhumatismes, les troubles respiratoires. Concernant les troubles d'ordre psychique, les femmes sont plus nombreuses que les hommes à déclarer en souffrir, alors que selon les diagnostics médicaux ces problèmes sont plus fréquents chez les hommes. Les troubles évoqués sont la nervosité, les maux de tête, les insomnies, la dépression.

Les études du Cerc¹⁴⁹ et du Crédoc¹⁵⁰ font état de l'impact de la morbidité ressentie par les allocataires du RMI sur la perception de leurs capacités professionnelles. Ainsi, 26 % des personnes interrogées par le Cerc pensent que leurs problèmes de santé ont une incidence sur leur aptitude professionnelle ; 17,7 % des personnes enquêtées par le Crédoc estiment être inaptes au travail. Les déclarations d'aptitude professionnelle varient selon l'âge et la durée d'inactivité : les personnes âgées de plus de 50 ans sont les plus nombreuses à déclarer ne pas pouvoir travailler ; une personne sur cinq en inactivité depuis moins de deux ans et une sur trois en inactivité depuis plus de cinq ans déclare une inaptitude professionnelle partielle ou totale.

146. *Ibid.*

147. Cerc national, Cerc Côtes-d'Armor, Crédoc, *Santé et Communication*, Creai, ORS Bretagne.

148. Type 1 du Cerc : l'étude du Cerc distingue en effet trois types d'allocataires : type 1 : allocataires disposant de quelques atouts professionnels mais dont les liens sociaux sont fragiles ; type 2 : allocataires dont les possibilités d'emploi sont plus faibles mais dont les liens sociaux demeurent développés (chargés de familles, personnes âgées) ; type 3 : allocataires en profonde désocialisation et cumulant des handicaps professionnels et sociaux.

149. Atouts et difficultés des allocataires du revenu minimum d'insertion, Documents du Cerc, 1991.

150. Crouette P., Iliakopoulos A., Legros M., Panel RMI/ Crédoc. Points de départ : présentation des résultats de la première vague d'enquête auprès d'un échantillon représentatif des allocataires du revenu minimum d'insertion. Rapports du Crédoc, 1991.

En permettant à ses bénéficiaires un accès sans limites financières ou juridiques aux dispositifs sanitaires, le RMI contribue incontestablement à la protection de la santé. Pour ceux – la majorité – qui ne bénéficient de ce dispositif que pendant une période allant de quelques mois à quelques années, il permet dans ce laps de temps une prise en charge complète de leur santé et peut être l'occasion de soins qui n'avaient pu se faire auparavant. Le problème reste pour cette population qui alterne travail, chômage, RMI, celui d'une couverture assurance maladie moins bonne lorsqu'ils travaillent où qu'ils sont au chômage que lorsqu'ils sont au RMI. Il s'agit là d'une question de fond, propre au système français d'assurance maladie, qui devrait conduire à envisager que l'exonération du ticket modérateur ne soit plus donnée en fonction du dispositif dont on bénéficie mais au-dessous d'un certain niveau de ressources, calculées sur une base au moins annuelle.

Remarques générales sur l'emploi et le chômage

Le présent rapport ne peut évidemment pas apporter de solutions en matière d'emploi et de travail, ni donner l'exacte mesure de l'incidence des mutations en cours sur les processus de précarisation. Les experts en débattent et il faut à cette occasion regretter que le travail, réalité de plus en plus complexe dans son organisation, dans ses finalités, dans ses contraintes et dans les réactions que celles-ci entraînent chez les travailleurs et les candidats à l'emploi, soit l'objet de si peu d'études. En revanche, il peut essayer de relever, du point de vue des déterminants de la santé publique, les enjeux que soulèvent ces évolutions.

L'exemple de l'Asie montre que les conditions de l'emploi et du travail sont de plus en plus liées aux « incertitudes des marchés financiers ». Les bénéfices que réalisent ces derniers sont souvent beaucoup plus importants que ceux que procure la production. Il en résulte une volonté de réduire « les risques des capitaux engagés dans la production » qui prime toute considération, d'où l'exigence des « flux tendus », de la « production juste à temps », et des « zéro stock ». Ce pouvoir absolu des marchés financiers conduit à une nécessaire adaptation de la main-d'œuvre et se traduit par une flexibilité maximale des relations employeurs-employés qui augmente les contraintes et la pénibilité dans le travail. Ainsi, la nouvelle logique financière entraîne-t-elle une logique de « l'homme kleenex » – l'homme jetable en fonction des besoins – en parfaite contradiction avec la Charte universelle des droits de l'homme. Paradoxalement, à ces travailleurs de moins en moins acteurs, de moins en moins autonomes dans leur emploi du temps et l'organisation de leur travail, on demande d'être de mieux en

mieux formés, ce qui réduit d'autant les chances d'insertion dans le système de ceux que le système éducatif a laissés sur le bord de la route.

Par ailleurs, les frontières de l'entreprise s'estompent. Le développement de la sous-traitance, l'externalisation de certaines fonctions autrefois intégrées dans les unités de production, la multiplication des filiales, l'éclatement des grandes entreprises en dizaines de micro-entreprises ont un double effet (i) d'une part ils donnent au droit commercial une place prépondérante – c'est l'exigence de la prestation commandée qui entraîne en cascade des contraintes sur l'ensemble des acteurs – qui compromet le droit du travail ; (ii) d'autre part, la notion même de processus de production et son vécu se diluent. La continuité de la production n'est plus visible car parcellisée, la notion de produit fini – objet possible d'une fierté au moins collective – s'effiloche et les travailleurs risquent de s'engager dans une spirale de démotivation, par perte de sens. L'impact de ce nouvel environnement de travail sur la santé est considérable et accroît la vulnérabilité des individus, privés du sens de leur vie professionnelle.

Les phénomènes de précarisation ne sont pas systématiquement irréversibles. La majorité de ceux qui se retrouvent dans cette situation rebondissent. Les taux de renouvellement des RMIstes et des inscriptions à l'ANPE en témoignent. Cependant, on dispose de peu d'études longitudinales qui permettraient de chiffrer ces évolutions diverses. Mais il reste un noyau dur qui va en augmentant, formé essentiellement des plus vulnérables, qui risquent plus que les autres un enlèvement définitif dans le chômage, l'assistance ou au mieux le travail dans sa forme la plus précaire. Des règles nouvelles sont donc à inventer, de nouvelles organisations, de nouvelles significations. Il faut qu'un débat national s'organise autour de la place du travail salarié, des nouvelles formes d'activité, de la place de la production vis-à-vis des services qui facilitent la vie en société, de l'opportunité d'un revenu universel garanti, de nouveaux modes de protection du travail, etc.

Si le Haut Comité de la santé publique n'a pas à s'engager en tant que tel sur les solutions à apporter, il ne sort pas de sa mission en insistant sur l'urgence qu'il y a à mener ce *débat démocratique*. En attendant, il semble que des mesures telles que : (i) le renforcement du droit du travail et des moyens de le contrôler, y compris dans les formes de travail précaire ; (ii) l'inversion de la charge de la preuve pour les maladies professionnelles, au même titre que pour les accidents du travail ; (iii) le transfert de la responsabilité en matière de santé au travail sur les entreprises com-

manditaires en cas de sous-traitance quand le travail est effectué dans ses locaux ; (iv) la complète indépendance des médecins du travail par rapport aux entreprises, et leur implication dans la santé au travail ; (v) le suivi personnalisé, sanitaire et social, des travailleurs, puissent contribuer à diminuer fortement les risques de santé encourus par les travailleurs.

La précarisation de l'habitat et le cadre de vie

Ainsi qu'il a déjà été souligné dans d'autres chapitres de ce rapport, l'image médiatique du lien entre logement et précarité conduit presque systématiquement à construire la figure symbolique du SDF, situation extrême qui occulte la dégradation réelle des conditions de logement d'une fraction beaucoup plus large de la population et en particulier des jeunes. Ainsi, en matière de logement, il existe en France deux problèmes fondamentaux qui concernent un nombre croissant de personnes :

- **le problème du logement**, c'est-à-dire la grande difficulté voire parfois la quasi-impossibilité, pour de nombreuses familles, d'accéder à un logement décent ;
- **le problème de l'habitat**, c'est-à-dire celui de **l'environnement urbain et social** dans lequel sont situés les logements et que l'on désigne habituellement par « le quartier » ou « la ville ».

La précarisation du logement en France

Les données actualisées concernant le logement sont rares, mais toutes les sources disponibles s'accordent pour estimer qu'en France, **quatre à cinq millions de personnes doivent aujourd'hui être considérées comme mal logées**. Selon ces estimations, issues à la fois du monde associatif¹⁵¹ et du Haut Comité pour le logement des personnes défavorisées¹⁵², il y avait en France, en 1997 :

- entre 200 000 et 400 000 personnes ne disposant d'aucun abri. Ce nombre représente un flux permanent, le nombre total de personnes se trouvant sans domicile fixe au cours d'une année étant bien entendu supérieur, mais difficile à évaluer.

151. Site Internet de l'association « Droit au logement » : <http://alter.org/dal/criselog.html>

152. « Lever les obstacles au logement des personnes défavorisées », 4^e rapport du Haut Comité pour le logement des personnes défavorisées, Paris, juillet 1997.

-
- environ 2,6 millions de personnes sont « sans logis », c'est-à-dire qu'elles sont hébergées soit chez d'autres personnes, soit dans des structures d'accueil, hôtels ou meublés, et se trouvent de ce fait dans une situation extrêmement précaire.
 - environ 1,6 million de personnes sont « mal logées », c'est-à-dire installées dans un logement trop petit, insalubre, etc.

Une offre qui se réduit

Par ailleurs, ces chiffres suivent l'évolution générale de l'offre de logement qui tend, comme le souligne le dernier rapport du Haut Comité pour le logement des personnes défavorisées, à une réduction régulière de l'offre locative à bas loyer :

- disparition massive du « parc social de fait » sous l'effet de la spéculation immobilière, principalement dans les grandes villes ;
- renforcement de la ségrégation financière dans l'accès au logement social (relèvement de 20 à 40 % du plafond d'accès aux HLM en 1994, progression constante du nombre de demandeurs de HLM) ;
- augmentation des loyers de 39 % en francs constants entre 1984 et 1992 (enquête logement de l'Insee) et réduction des aides publiques au logement ;
- progression du nombre de logements et de bureaux vacants. En France, il y avait en 1990 près de 2 millions de logements vacants (soit 7 % du parc total) contre 854 000 en 1962 ;
- déficit structurel permanent de la construction de logements sociaux. Globalement en termes courants, les loyers ont augmenté en huit années de 78 % et les HLM de 72 % alors que pour la même période, la hausse des prix n'a été que de 28 %.

Une accessibilité aux logements sociaux qui diminue

L'enquête « Logement » réalisée par l'Insee en 1996 montre que l'accessibilité au parc HLM est difficile. Celui-ci compte aujourd'hui 3,7 millions de logements contre 4,4 millions dans le secteur privé. Parmi les 2,2 millions de ménages qui désiraient déménager, seuls 630 000 avaient déposé une demande d'HLM au cours des 12 mois précédents alors que 1,6 million de ces ménages (soit 73 %) avaient un revenu leur permettant d'avoir droit à un logement HLM. 14 % des demandes d'HLM enregistrées datent de plus de trois ans. L'enquête de l'Insee montrait également que la

mobilité vers le parc privé était beaucoup plus importante que vers le parc HLM puisque avec une offre à peine supérieure (+ 19 %) le secteur privé recevait 1,7 million de nouveaux ménages contre environ un million pour le parc HLM (soit + 70 %). Enfin, les sorties du parc des logements sociaux se sont ralenties et l'ancienneté moyenne dans le logement augmente : huit ans et demi pour les HLM contre quatre ans et sept mois dans le secteur privé. Cette absence de capacité de mobilité du logement social est évidemment un problème considérable quand on assiste parallèlement à la précarisation croissante du marché du travail. Il n'est dès lors pas étonnant d'assister à une évolution des publics en difficulté de logement.

Une demande plus fragile

On assiste à une augmentation de la demande non satisfaite de logement en particulier dans les groupes sociaux particulièrement vulnérables que sont les familles monoparentales, les populations d'origine étrangère ou étrangères, les familles nombreuses et les jeunes¹⁵³.

- *Les familles monoparentales.* Elles rencontrent, en matière de logement, deux types de problèmes : le maintien dans le logement après la rupture de la vie commune et l'accès au logement avec des revenus devenus plus modestes. S'agissant dans la plupart des cas de femmes élevant seules leur(s) enfant(s), celles-ci peuvent se retrouver dans des situations dramatiques lorsqu'elles ne bénéficient pas d'un soutien familial. Les ménages monoparentaux ont un revenu moyen inférieur d'un tiers à celui des autres foyers avec enfant(s). D'autres facteurs, souvent ignorés, font qu'à revenus égaux, ces familles éprouvent plus de difficultés pour faire face au quotidien. Il n'est dès lors pas étonnant de les retrouver en nombre croissant dans les structures d'accueil associatives.
- *Les populations d'origine étrangère et les étrangers.* Différentes enquêtes confirment que les personnes issues de l'immigration – qu'elles soient ou non de nationalité française – sont plus fréquemment que d'autres soumises aux difficultés de logement en particulier du fait de comportements administratifs aux conséquences graves. « *Aujourd'hui, la triste réalité du marché locatif fait que le patronyme est*

¹⁵³. Ce chapitre est largement inspiré du rapport : *L'état de mal logement en France*. Fondation Abbé Pierre pour le logement des défavorisés, 1997.

encore un élément clé de l'accès au logement. Les intervenants participant aux commissions locales de préattribution des logements en font périodiquement l'amère constatation. Être étranger ou d'origine étrangère pose problème : le « syndrome des boîtes aux lettres » est une réalité imposée par les bailleurs craignant des difficultés de mise en location de leurs programmes, par certains élus sensibles aux pressions de leurs concitoyens « bien intentionnés » au travers d'associations de locataires ou d'habitants inquiets de l'arrivée hypothétique dans leur quartier de familles étrangères venues d'un ailleurs qui est le plus souvent la rue voisine¹⁵⁴. »

- *Les familles nombreuses.* Dans ce domaine, l'offre est loin de correspondre à la demande et les problèmes de suroccupation demeurent aussi bien dans le secteur privé que dans les HLM. Les conditions de vie très difficiles dans lesquelles vivent de nombreuses familles nombreuses aux revenus modestes ont un impact majeur sur la santé et l'éducation des enfants.
- *Les jeunes.* Le logement des jeunes est devenu un problème capital qui est encore trop sous-estimé. S'il existe des jeunes en difficulté, des jeunes en errance ou des jeunes désocialisés, la majorité d'entre eux n'ont d'autres difficultés que d'être dans une situation précaire, un stage d'insertion, un CES ou un contrat à durée déterminée. Cette situation n'est pas étonnante quand un jeune actif sur quatre est sans emploi et que trois emplois sur quatre offerts aux jeunes sont des emplois précaires. Dans ces conditions, qui réclament souvent de la mobilité et alors que les revenus sont modestes, les jeunes éprouvent des difficultés considérables pour obtenir un logement décent.

Des logements instables

D'après les estimations de l'association Droit au logement et sur la base de données émanant du ministère de la Justice, plus de 110 000 ménages, soit plus de 250 000 personnes ont été expulsées en 1993 à la suite d'une décision rendue par les tribunaux. Ces chiffres ne tiennent pas compte des expulsions survenues avant décision du tribunal (qui pourraient, selon l'association Droit au logement, représenter de 50 000 à 100 000 foyers

154. L'état de mal logement en France, *op. cit.*

supplémentaires). Globalement, près de 80 % de ces expulsions ont pour motif des loyers impayés qui ne le sont bien sûr pas tous pour des raisons économiques.

Plus grave encore, en considérant trois critères (absence de sanitaires particuliers, absence de chauffage central et surpeuplement du logement), on constate que trois ménages sur dix vivent en France dans une situation d'inconfort. De même, deux ménages sur cinq se plaignent du bruit dans leur résidence principale¹⁵⁵. Le surpeuplement du logement est en lui seul un facteur d'une extrême gravité qui devant les difficultés à se loger est trop souvent passé sous silence. Le surpeuplement, c'est en effet la promiscuité qui interdit aux enfants tout travail en dehors de l'école, qui condamne les parents, s'ils souhaitent un tant soit peu d'intimité, à laisser les enfants jouer dehors, qui engendre des conflits familiaux et des violences ou qui plonge dans des attitudes de désespoir, qui parfois étonnent et inquiètent les plus favorisés.

Dans certains cas, notamment en région parisienne, la vétusté des logements avec la présence de plomb dans les peintures et dans les tuyauteries déclenche la réapparition du saturnisme qui semblait avoir complètement disparu. Face à ces situations, la médecine ne peut offrir qu'un traitement curatif, par ailleurs efficace, avant que les enfants ne retournent dans leur logement pathogène.

Une politique publique peu adaptée

La politique du logement de la France représente pour les pouvoirs publics un effort qui n'est pas contestable. Les aides à la pierre, aides à la personne et aides fiscales représentent plus de 130 milliards de francs chaque année¹⁵⁶. Mais ces aides ne sont pas, loin s'en faut, destinées aux plus démunis et s'avèrent de ce fait très mal ciblées. Tous les analystes convergent en effet pour signaler, malgré un dispositif théoriquement très complet, l'écrasante difficulté qu'éprouvent de nombreuses familles pour faire valoir leurs droits en matière de logement. Contrairement à de nombreux autres dispositifs, cette difficulté ne résulte d'ailleurs pas de la méconnaissance des droits (seuls 10 % des ayants droit n'ayant pas réussi à faire valoir leurs droits invoquent le manque d'information comme explication¹⁵⁷), mais à des déficits chro-

155. Clanché F., « Le confort des logements dessine aussi l'espace social », *Économie et statistique*, n° 288-289, 1995, 8/9.

156. « L'évolution des aides au logement », Rapport Geindre, XI^e Plan, 1993.

157. Gille-Simon M.-O. et Legros M., Les politiques sociales du point de vue des populations pauvres, *Économie et statistique*, n° 303, 1997-3.

niques de l'offre : insuffisance de l'offre en logements sociaux, délais de réponse, etc. Quand il est possible, l'exercice des droits conduit par ailleurs à un interminable « jeu de l'oie ¹⁵⁸ », pouvant conduire la personne de l'asile de nuit au centre d'hébergement d'urgence puis au Centre d'hébergement et de réadaptation sociale, à une résidence sociale, à un centre d'insertion, etc. À chacune de ces étapes, la lourdeur et la complexité des statuts juridiques (contrats d'hébergement, résidences sociales, réquisitions, etc.) ou des types d'intermédiation (mandat de gestion, sous-location, caution, etc.), accentuent encore la vulnérabilité des personnes ainsi prises en charge ¹⁵⁹.

Cet état des lieux suffit à lui seul à évaluer l'ampleur des effets de long terme sur la santé des millions de personnes ne disposant pas d'un logement décent et des millions d'autres qui ne disposent que d'un logement insatisfaisant. Absence de logement, précarité du logement ou insuffisance du logement sont à l'évidence à l'origine d'agressions physiques (troubles du sommeil, absence de chauffage) et psychologiques (bruit, promiscuité, stress, angoisse, culpabilité) et sont donc des déterminants de la santé dont les effets se feront sentir pendant une longue période même si la situation vient à s'améliorer.

L'habitat et l'environnement comme déterminants des trajectoires sociales

Malgré son importance, le problème de l'offre ne résume pas à lui seul les difficultés que rencontrent les personnes qui cherchent à se loger alors qu'elles sont dans des situations précaires. Car le problème du logement recouvre largement celui de l'habitat. Force est de constater aujourd'hui que les inégalités de la société française s'inscrivent désormais dans l'espace, pour aboutir à une distribution géographique de la souffrance. Certains quartiers, certaines régions, concentrent les populations en difficulté et les problèmes d'environnement aboutissant à la création de nouvelles boucles de précarité. Cet état de fait s'explique en partie par une tendance spontanée à une ségrégation des individus en fonction de leur statut social, renforcée par des politiques tarifaires.

Or ces quartiers de concentration des plus précaires sont également ceux qui subissent les effets de choix idéologiques en matière d'urbanisme. Et ces choix ont été tels que l'on est parfois obligé d'accepter les points de vue de ceux qui les qualifient volontiers

158. Hardy J.-P., « Accès au logement des plus démunis : le jeu de l'oie », *Fondations*, n° 2, 1995, pp. 129-138.

159. « De l'hébergé au locataire. Les différents modes d'occupation d'un logement », *Les Cahiers de l'UNIOPSS*, n° 6, juillet 1996.

de « délirants ». Que penser en effet du devenir d'une cité dont le concepteur pouvait écrire « *la ville est un lieu dédaléen d'essence poétique ; comme au labyrinthe, le principe doit être secret, oublié* ». Moins de trente ans après la construction de cette cité « *Il est bien difficile de trouver un endroit pour s'isoler dans ces places, lorsque le moindre mètre carré est occupé par le jeu des enfants de 2 à 4 ans tandis qu'assis sur un banc ou réfugiés dans une cage d'escalier, les adolescents passent leur temps à discuter ou s'affairent à réparer une mobylette. (...) Quelle prétention de parler d'architecture permettant le rêve quand votre espace de jeux se limite à un étang de sable pollué par tous les chiens et chats du voisinage qui viennent y faire leurs besoins (l'hygiène des bacs à sable est souvent détestable, étang dominé par un mur de béton (du béton, toujours du béton...)) ! Le sentiment dominant qui est alors éprouvé, c'est celui de l'enfermement : « Y en a marre de cette cité pourrie. »*

C'est dans les mêmes quartiers que sont accumulés l'ensemble des déterminants de la précarité et donc de la santé identifiés dans ce rapport : chômage (avec des quartiers où le taux de chômage est supérieur à 40 %), immigration récente ou mal insérée, familles très nombreuses ou familles monoparentales isolées, emploi non qualifié et pénible, échec scolaire programmé, protection insuffisante contre la violence, difficultés insurmontables des travailleurs sociaux, limites de l'offre sanitaire, dégradation de l'image de soi (face à la stigmatisation, au racisme et à la méfiance des institutions), mais aussi, comme l'ont montré des événements récents, défaillance des services publics : coût exorbitant du chauffage électrique, dégradation du transport, etc.

Du point de vue de l'environnement général, ces quartiers concentrent également les difficultés : bruit et autres agressions, pollution (l'habitat sub-urbain connaît classiquement une ségrégation liée à l'orientation des vents dominants, la proximité d'incinérateurs, de décharges publiques et d'usines), aggravant encore la dégradation de l'état de santé de populations déjà vulnérables à ces agressions. Malheureusement, les études concernant l'environnement, y compris urbain, ne fournissent encore que peu de données précises sur les effets de ces pollutions sur l'état de santé.

Le logement, pivot de la précarisation

Incontestablement, le logement et l'habitat apparaissent aujourd'hui comme des pivots majeurs des processus de précarisation. La précarité du logement et la migration vers des quartiers « excluants » sont l'un des tout premiers effets des processus

de précarisation. C'est ainsi que dans une enquête Crédoc-Ces sur la pauvreté (1995), plus de 56 % des personnes en situation de pauvreté souffrent de l'absence de logement stable¹⁶⁰. Cette forme de cumul des handicaps impose aux individus vulnérables des conditions de vie qui contribueront à la dégradation de leur capital-santé.

Par ailleurs, la situation du logement et du quartier au regard du reste de la ville devient l'un des plus puissants facteurs de stigmatisation. Si l'absence d'adresse fixe interdit quasiment toute recherche d'emploi et devient l'un des facteurs les plus lourds limitant la possibilité d'accès au droit, le fait d'habiter dans un quartier « défavorisé » interdit nombre d'emplois par le simple fait de la stigmatisation que représente l'adresse. Elle limite également l'accès à de nombreux dispositifs sociaux (ne serait-ce simplement que par la durée du transport pour gagner les lieux de l'offre de culture, d'aide, de soins ou de travail). Comme le souligne le ministre de l'Emploi et de la Solidarité : « *Les villes ont perdu leurs facultés d'intégration, de création, de mélange et de brassage social. Les villes sont devenues des machines à exclure*¹⁶¹. » Ainsi, la question du logement et de sa structuration dans la ville est indéniablement l'un des plus puissants leviers d'une politique sociale qui entendrait prévenir des effets de dégradation de l'état de santé de la population.

La vulnérabilité des familles monoparentales

La figure de la femme seule, isolée, contrainte de travailler, d'entretenir sa maison et d'élever ses enfants avec un budget très serré est largement répandue. Malheureusement elle est juste et constitue à elle seule une catégorie sociale en augmentation continue. Lorsqu'on parle de familles monoparentales, c'est souvent la définition de l'Insee qui est prise en compte. Il s'agit alors « *d'une personne de référence, sans conjoint, dont 85 % sont des femmes, qui vit avec un ou plusieurs enfants* ». En 1990, 1 602 000 familles étaient dans cette situation dont 1 175 000 familles en charge de 1 898 000 de jeunes de moins de 25 ans. 61 % d'entre elles étaient composées d'un parent et d'un enfant, 27 % comprenaient deux enfants, 11 % avaient trois enfants. Ces chiffres étant en

160. Gille-Simon M.-O. et Legros M., *op. cit.*

161. Aubry M., « Vivre mieux dans la ville », *Le Monde*, 13 janvier 1998.

augmentation régulière, c'est probablement près de deux millions de jeunes qui aujourd'hui vivent dans ce type de ménage.

L'histoire contemporaine de ces situations particulièrement vulnérables est très différente de celle des années soixante. En 1968, 54 % d'entre elles résultaient de la mort du conjoint, 21 % étaient encore mariés mais ne partageaient plus le domicile avec l'autre parent, 8 % étaient célibataires et 17 % étaient divorcés. En 1990, respectivement, les veufs-veuves ne représentaient plus que 20 %, 16 % étaient encore mariés, alors que 21 % étaient célibataires et 43 % divorcés.

Les familles monoparentales ont fait l'objet d'une succession de regards et d'attentions qui les ont constituées en problème social. Dans l'imaginaire de notre société, les familles monoparentales sont perçues au travers d'une succession de difficultés : solitude, isolement parental face aux tâches éducatives, enfance difficile, pauvreté et fragilité des ressources. Parallèlement à la mise en place de l'Allocation parent isolé (API), c'est la parole et les dires des services sociaux qui dans les derniers temps ont dominé la perception de ces familles. La figure dominante est alors une vision de la femme seule avec enfants ayant très peu de moyens de préserver son autonomie et son indépendance.

De ce fait, les familles monoparentales sont constituées en une population stéréotypée de la montée des processus de précarisation. Or s'il est vrai que ces familles témoignent de l'existence de divers processus de fragilisation (précarisation salariale et emploi des femmes, fragilités des solidarités conjugales non nécessairement liées aux solidarités parentales, liens distendus dans le cadre des familles élargies, etc.) il n'y a aucun déterminisme en la matière. Nombre d'entre elles ne représentent qu'une étape dans le parcours conjugal des femmes et des hommes. La difficulté provient de l'absence d'outils d'observation permettant d'analyser l'articulation des diverses étapes d'un parcours conjugal et parental. Les données recueillies actuellement privilégient les observations de divers statuts familiaux plutôt que les trajectoires conjugales où les successions de statut s'emboîtent les uns aux autres.

Il n'en reste pas moins que toutes les observations suivies sur des cohortes de familles démontrent que les cumuls de processus de précarisation ont des effets multiplicateurs et stigmatisants. Si les trajectoires ne sont pas les mêmes entre la jeune femme isolée avec un enfant en bas âge à la suite d'un concubinage ou d'un mariage, rapidement divorcée et la femme mature ayant eu plusieurs enfants, ayant « cessé de travailler pour les

élever » et qui vient de divorcer, le maintien de l'intégration sociale varie selon le niveau des diplômes ou des qualifications disponibles, les solidarités avec la famille d'origine, le maintien des relations avec l'ancien conjoint parent, l'usage des droits issus du divorce, la solidité du capital-santé et les solidarités relationnelles.

On peut distinguer plusieurs trajectoires types dans la désunion conjugale selon diverses variables : les mères seules actives qui bénéficient d'une autonomie relative mais précieuse, les mères salariées précaires, faiblement diplômées et dépendantes des systèmes sociaux, les divorcées de la cinquantaine qui évoluent entre l'isolement et l'intégration, les divorcées devenues veuves, sans réseau, les jeunes mères faiblement diplômées, isolées et dépendantes et les jeunes adultes qui recomposent rapidement une nouvelle famille. Cette typologie est constituée de groupes de tailles très inégales. Mais l'enjeu semble d'abord être celui de l'indépendance. Bien que la frontière entre indépendance et solitude soit ténue, à choisir.

Les familles les plus fragiles sont celles où les femmes en charge d'enfant(s) ont un plus grand nombre de handicaps et n'arrivent pas à construire une stratégie d'autonomie. Moins diplômées que l'ensemble des femmes, les mères isolées sont plus souvent employées et ouvrières. Leur taux d'activité est de 81 % contre 68 % pour les femmes vivant en couple. De même, elles ne sont que 18 % à travailler à temps partiel contre 29 % pour les femmes vivant en couple. Cependant les femmes isolées en charge d'un enfant de moins de 3 ans ne sont que 68 % à travailler, alors que ce pourcentage est de 74 % pour les femmes vivant en couple. Il faut voir là l'influence de la prise en charge de l'Allocation de parent isolé, minimum social créé en 1976.

Si toutes les familles monoparentales ne sont pas fragilisées – à titre d'exemple en 1992, 136 400 d'entre elles recevaient l'API et 137 900 bénéficiaient en 1993 du RMI – elles sont proportionnellement plus représentées dans la population ayant de très bas revenus. Si l'on retient comme seuil de pauvreté la moitié du revenu médian par unité de consommation, 10,3 % des ménages étaient en dessous de ce seuil en 1989 contre 18,9 % des familles monoparentales de mères avec enfants. De ce fait, l'ensemble des familles monoparentales ne sont que 37 % à être propriétaires de leur logement contre 61 % des couples avec enfants. Dès lors, il n'est pas étonnant que l'on retrouve ces familles fortement représentées dans les banlieues et les quartiers suivis par la politique de la ville. Ces quartiers souffrent d'un manque d'équipements

collectifs, sont faiblement équipés en crèches et garderies, ce qui accroît les difficultés des femmes isolées pour accéder à l'emploi, base nécessaire de l'autonomie. Par ailleurs, 20 % des familles monoparentales n'ont pas de couverture sociale complémentaire (contre 10 % des couples avec enfants).

Ce sont les femmes isolées qui n'arrivent pas à reconstruire un couple qui subissent le plus l'isolement et la solitude. En revanche, rien ne prouve que les enfants appartenant à ces familles subissent un handicap spécifique au-delà de ceux représentés par les difficultés socio-économiques. Si l'absence d'un des parents amoindrit les possibilités d'encadrement du travail périscolaire, les hypothèses sur les risques de déséquilibres éducatifs n'ont pu être prouvées par des études.

Étrangers et Français d'origine étrangère

Une réalité mal connue et peu étudiée

La santé des étrangers et des Français dits de première génération constitue une réalité mal connue et peu étudiée. Les critères de nationalité et d'origine sont rarement inclus dans les données sanitaires produites en routine et exceptionnellement pris en compte dans les enquêtes épidémiologiques spécifiques. *A fortiori* les distinctions de nature culturelle ou ethnique au sein de la population française ne sont pratiquement jamais considérées. Cette situation diffère de celle qui prévaut dans d'autres pays où les travaux sur les inégalités sociales de santé mettent en avant les disparités en rapport avec ces variables. Pour s'en tenir à deux exemples parmi bien d'autres, on peut citer des études américaines (*racial studies*) portant sur les différences entre Noirs et Blancs, et incluant souvent également les latino-américains, ou des études britanniques (*ethnic studies*) intégrant les différences entre les populations autochtones et les populations originaires de l'ancien empire. À cet égard, l'exception française est manifeste, à la relative rareté des travaux sur les inégalités sociales en général s'ajoute l'absence quasi totale de données et d'enquêtes sur les réalités particulières des populations étrangères et immigrées.

Les *arguments* avancés pour ne pas produire d'informations sur la santé de ces catégories sont principalement de deux ordres. *Argument politique*, d'abord. Le thème apparaît comme sensible, risquant notamment de favoriser un discours xénophobe sur le « danger » que représenteraient ces populations (cas de la tuberculose, du sida et des pathologies infectieuses pour lesquelles

certaines catégories d'étrangers et d'immigrés présentent des taux plus élevés d'incidence) et sur le « coût » qu'elles induiraient en termes de soins (ce que certains pourraient présenter comme illégitime, même si les statistiques montrent globalement une sous-consommation médicale). L'identification de problèmes de santé qui leur seraient spécifiques – qualitativement ou quantitativement – aurait donc comme effet possible une stigmatisation de ces catégories. *Argument scientifique*, ensuite. Distinguer les Français et les étrangers ou les autochtones et les immigrés revient à supposer une valeur intrinsèquement explicative à ces deux variables, alors que l'on peut supposer que, pour beaucoup, les variables de nationalité et d'origine interviennent à travers des variables intermédiaires, essentiellement socio-économiques (pour ce qui est des performances scolaires, par exemple, on a clairement établi que, pour une même catégorie professionnelle des parents, les différences entre les enfants étrangers et français disparaissent quasiment). Au-delà de ces deux argumentaires, et les englobant en quelque sorte, il y a une dimension idéologique et morale plus générale, qui trouve son origine dans des éléments historiques de l'histoire nationale, consistant à ne pas vouloir prendre en considération, dans les dispositifs statistiques, certaines caractéristiques des individus soit qu'elles paraissent menacer la liberté individuelle (religion, parti, syndicat), soit qu'elles mettent en cause la commune citoyenneté (race, nation).

S'il est possible de trouver des raisons pour justifier cette absence de données et d'enquêtes, il faut aussi reconnaître que, tout simplement, cette réalité sociale *n'intéresse guère* les scientifiques concernés, au premier rang desquels les épidémiologistes, mais aussi les démographes et les médecins, et que, même lorsqu'elle est étudiée par certains, elle demeure étonnamment mal identifiée. L'atteste le fait que les rares travaux français intégrant une différenciation selon la nationalité ou l'origine font fréquemment une confusion entre étrangers et immigrés, ou bien assimilent explicitement les premiers aux seconds. Il importe donc de préciser ici que les étrangers sont les personnes résidant en France et n'ayant pas la nationalité française, alors que les immigrés sont les personnes nées en dehors de la France quelle que soit leur nationalité actuelle, que la population de la France comptait, au recensement de 1990, 51 760 000 Français nés en France et 2 840 000 étrangers immigrés, mais également 1 290 000 Français immigrés et 740 000 étrangers nés en France. On est donc loin d'avoir une superposition de ces deux catégories. Le plus souvent, lorsqu'il est question de la santé des immigrés, c'est en fait la variable nationalité que l'on utilise et il faudrait donc dire, dans

ce cas, la santé des étrangers. La différence, on la verra, n'est pas purement nominale. Par rapport à la santé, certains éléments sont propres à l'origine et d'autres à la nationalité.

Quelles qu'en soient donc les raisons, l'absence quasi totale de production de données et d'enquêtes sur la santé des étrangers conduit à une *invisibilité* de ce qu'elle est et, par-là même, à sa non-prise en compte dans le débat et dans l'action publics. Les arguments avancés en faveur de cette situation peuvent à cet égard être retournés. Sur le plan politique, on se rend compte que le déficit statistique, d'une part, favorise l'émergence de rumeurs difficilement contestables faute précisément d'informations adéquates à leur opposer, et d'autre part, occulte les inégalités dont souffrent les immigrés et les étrangers en matière de santé. Sur le plan scientifique, s'il est vrai que les facteurs socio-économiques rendent compte d'une partie des disparités observées entre Français et étrangers, ne pas chercher à spécifier ces inégalités conduit, d'une part, à méconnaître la fréquence beaucoup plus importante des facteurs socio-économiques défavorables parmi les étrangers, et d'autre part, à négliger les éléments qui leur sont propres. C'est ce que l'on va s'efforcer ici de mettre en évidence.

Des phénomènes de précarisation à la fois généraux et spécifiques

En règle générale, on peut dire que les étrangers et les immigrés partagent le lot commun de la population française en matière de précarisation, mais qu'ils en sont particulièrement affectés à la fois quantitativement, en étant proportionnellement plus touchés, et qualitativement, en subissant des situations qui leur sont spécifiques.

D'une part, en effet, les difficultés économiques, en particulier sur le marché du *travail*, que connaît la société française touchent beaucoup plus fortement les étrangers que les Français. Le fait est particulièrement vérifié en ce qui concerne le chômage, les étrangers ayant payé le plus lourd tribut aux grandes restructurations, notamment dans l'industrie et le bâtiment. On constate là encore, la manifestation d'un effet de structure, puisque ce sont les emplois les moins qualifiés qui ont été les plus supprimés et que les étrangers y sont surreprésentés. Mais également la manifestation d'un phénomène de discrimination, puisque, dans les mêmes emplois non qualifiés, ils ont très souvent été les premiers à se trouver au chômage. Aujourd'hui, **le taux de chômage des étrangers hors Union européenne est près de trois fois supérieur à celui des Français**, affectant une personne sur quatre à 50 ans et un sur deux parmi les jeunes. À cela, s'ajoutent les multiples formes de précarisation dans l'emploi, à travers les contrats

à durée déterminée, le travail illégal, la sous-traitance, tous phénomènes économiques qui ne concernent pas seulement les étrangers, mais par rapport auxquels ils se trouvent en situation de particulière vulnérabilité. Certains secteurs d'activité, comme le bâtiment et les travaux publics, la confection et la restauration, fonctionnent de manière très structurée sur ces bases d'utilisation de la main-d'œuvre étrangère.

La situation sur le marché du travail n'est toutefois que l'un des aspects de la précarisation des étrangers. On peut aussi évoquer la situation du *logement*. Une proportion importante de la population étrangère, travailleurs principalement africains (du nord et du sud du Sahara), vit dans des foyers dont beaucoup sont constitués de chambres collectives suroccupées, la surface effective par personne pouvant se trouver inférieure à trois mètres carrés. Par ailleurs, l'accès au logement social se fait, dans de très nombreuses villes, sur la base d'une discrimination à l'encontre des étrangers explicitement formulée dans les commissions d'attribution, ce qui, compte tenu de leurs ressources, a pour effet de les maintenir dans des logements vétustes, parfois même dans des locaux squattés. En Seine-Saint-Denis, par exemple, la proportion de résidences sans baignoires, ni douches, ni WC est quatre fois supérieure parmi les étrangers que parmi les Français, selon les chiffres du recensement. Ce type d'habitat correspond également à la plupart des situations de coupures d'eau pour les habitants d'un immeuble à la suite de factures impayées par l'un des locataires et à la totalité des cas de contamination de l'environnement microlocal par les peintures au plomb.

D'autre part, certains phénomènes de précarisation sont particuliers aux étrangers. Il s'agit d'abord évidemment de ce qui touche à leur *statut juridique*. La situation la plus extrême concerne les personnes sans titre de séjour. Loin d'être le seul fait des travailleurs entrés illégalement sur le territoire français, elle tend à être souvent la conséquence de lois de plus en plus restrictives et de modalités d'application de plus en plus contraignantes : conjoints et enfants venus en dehors des règles du regroupement familial, lesquelles ont été plusieurs fois modifiées, toujours dans le sens de plus grandes difficultés ; étudiants ou travailleurs dont les cartes ne sont pas renouvelées, les uns parce qu'ils ont échoué à leurs examens, les autres parce qu'ils se voient opposer la situation locale de l'emploi ; jeunes devant bénéficier de droit d'une carte de résident, mais ayant commis un délit ; ou encore demandeurs d'asile déboutés, pour s'en tenir à quelques catégories particulièrement touchées par le durcissement de l'appareil administrativo-policié. Le problème dépasse ainsi largement la

question de l'immigration dite clandestine, puisque l'on a ici affaire à une production d'irrégularité par le système législatif et répressif. Dès lors, il touche potentiellement l'ensemble des étrangers résidant en France, comme le montre la multiplication des titres précaires, de type autorisation provisoire de séjour ou encore asile territorial, et les menaces que l'on fait régulièrement peser sur le renouvellement automatique des cartes de dix ans, non seulement en cas de troubles à l'ordre public, mais aussi parfois en cas de chômage prolongé. Qu'il s'agisse donc d'exclusion ou de précarisation juridique, ces phénomènes ont des répercussions sur la santé physique et surtout psychique que l'on commence à identifier : sentiments de peur, d'indignité, de culpabilité, de frustration, de négation de soi qui donnent lieu à des souffrances psychiques et parfois à des troubles mentaux.

La spécificité de la situation des étrangers et des immigrés ne tient toutefois pas seulement des questions de droit. Elle concerne aussi, et plus globalement, le monde social par l'existence de *pratiques discriminatoires* et parfois xénophobes. On l'a vu pour l'emploi et le logement, où la préférence nationale se trouve appliquée de fait dans nombre de cas. Mais ces pratiques sont bien plus générales. On les voit à l'œuvre dans les administrations ou dans les écoles, à travers des énoncés d'hommes politiques comme à travers des actes quotidiens de la vie des cités. Fait remarquable, *ces comportements et ces attitudes n'affectent pas les seuls étrangers ou immigrés, ils visent aussi ceux qui sont présumés tels pour leur apparence ou leur patronyme*. Des Français de parents étrangers deviennent ainsi les victimes de pratiques qui les font paraître illégitimes, aussi bien dans la recherche d'un emploi ou d'un logement que dans les contacts avec les institutions ou les rapports sociaux ordinaires. Sans sous-estimer les phénomènes qui, dans le même temps, traduisent la réalité de l'intégration d'une proportion croissante d'immigrés dans la société française, il s'agit ici de prendre la mesure de faits socio-politiques qui agissent en sens inverse et ont des conséquences néfastes sur leur état de santé.

**Une
vulnérabilité
certaine
face à la santé
et aux soins**

De ce qui vient d'être dit de ces déterminants de la santé, on voit combien les modèles simples qui servaient autrefois à classer la santé des étrangers et des immigrés en pathologie d'importation, pathologie d'acquisition et pathologie d'adaptation rendent mal compte de la réalité. L'analyse doit aujourd'hui mieux prendre en considération les logiques universelles des problèmes auxquels ils sont confrontés et les spécificités notamment socio-écono-

miques et socio-politiques de leur situation. Elle peut s'appuyer, pour ce faire, sur les données concernant l'état de santé, d'une part, l'accès aux soins, d'autre part.

Parmi les très rares données disponibles permettant de mesurer l'état de santé des étrangers et des immigrés, celles du Crédes sur un échantillon national de 35 000 assurés sociaux, apportent des résultats paradoxaux, ou au moins inattendus, puisqu'elles révèlent une situation favorable des étrangers par rapport aux Français sur les deux indicateurs construits autour de l'invalidité et du « pronostic vital », et ce, même après standardisation sur l'âge. Des phénomènes d'autosélection et parfois d'hétérosélection des candidats à l'immigration et, bien sûr, des bénéficiaires de la Sécurité sociale pourraient être à l'origine de cette situation. Ce constat est important, car s'il se confirmait sur d'autres enquêtes, il signifierait qu'un meilleur recueil des informations sanitaires ne mettrait probablement pas en évidence de disparités en défaveur des étrangers, alors même que des indices partiels existent d'une situation sanitaire plus dégradée que celle des Français. C'est ce qu'indiquent en particulier les taux d'incidence de la tuberculose, dont la remontée au début des années quatre-vingt-dix en France concerne pour une large part les étrangers, ce que l'on explique principalement par leurs conditions de vie défavorables. C'est ce que montre également la fréquence deux fois plus élevée de complications de la grossesse chez les femmes étrangères par rapport aux femmes françaises dans l'enquête sur les centres de soins gratuits. C'est ce que révèlent encore les données de prévalence de la carie dentaire nettement plus forte chez les enfants étrangers que chez les enfants français dans les travaux épidémiologiques réalisés en Seine-Saint-Denis. Quant au saturnisme infantile, on sait qu'il n'affecte pratiquement que les enfants d'origine étrangère, principalement africaine, vivant dans un habitat vétuste et insalubre.

Pour ce qui est de l'accès aux soins, il importe de distinguer le droit, tel qu'il est défini dans les textes législatifs et administratifs, et les faits, tels qu'ils apparaissent dans les enquêtes. Si, dans le droit, le système de protection sociale (Sécurité et Aide sociales) permet que puisse être soignée toute personne malade, fut-elle étrangère ou immigrée, même en situation irrégulière, sous certaines conditions (l'aide médicale, pour une personne étrangère sans titre de séjour résidant depuis moins de trois ans en France, est uniquement hospitalière), les faits viennent pourtant relativiser ce constat. Tout d'abord, les étrangers constituent le plus fort contingent des utilisateurs des centres de soins gratuits : alors qu'ils représentent 6,3 % de la population française, ils sont

62 % des consultants de ces centres ; parmi ceux-ci, 77 % des étrangers sont sans aucune protection maladie, soit près de deux fois plus souvent que les Français. Ensuite, d'après les statistiques de la Sécurité sociale, parmi ceux qui bénéficient de l'assurance maladie, ils sont beaucoup moins nombreux à disposer d'une assurance complémentaire, dont on sait qu'elle est devenue en France l'un des éléments les plus décisifs de l'inégalité de recours aux soins, compte tenu de la baisse des niveaux de remboursement par le régime général. Enfin, les enquêtes de L'Insee comme celles du Crédes montrent une consommation médicale nettement plus faible que pour le reste de la population, aussi bien pour les soins généraux que pour les soins particuliers, notamment dentaires. Cette sous-consommation manifeste et ce recours préférentiel dans les structures gratuites, lorsqu'elles existent, ne s'expliquent pas seulement par une moins bonne couverture sociale, mais aussi par un rapport parfois difficile aux institutions socio-sanitaires, par une crainte ou une méfiance souvent exprimées, *a fortiori* lorsque l'on a affaire à des personnes sans titre de séjour, dont on sait qu'il est arrivé que leur recours à ces institutions soit l'occasion d'un signalement aux autorités préfectorales.

Au-delà des soins, il faudrait aussi évoquer les difficultés d'accès au *dépistage* et à la *prévention*. L'information sur le dépistage leur est relativement mal connue et peu disponible. Les modèles de prévention sont souvent mal adaptés aux conditions matérielles et culturelles, et par conséquent mal suivis. L'exemple du sida est révélateur non seulement de cet état de fait, mais aussi de la manière dont des statistiques utiles pourraient être produites sur les étrangers. On sait qu'il existe en France une réticence compréhensible à produire des chiffres sur le sida des étrangers, compte tenu à la fois de la prévalence élevée de l'infection dans certaines populations africaines, des représentations qui entourent la maladie et des usages qui pourraient être faits des informations dans ce domaine. L'évitement de cette question a toutefois pour effet de masquer des phénomènes qui devraient être pris en compte dans les politiques de prévention et qui permettraient de mettre en avant non pas des populations dites à risque pour des raisons d'origine ou de culture, mais des catégories socialement fragilisées au sein du système de santé. Une enquête du Réseau national de santé publique (RNSP) a en effet établi notamment que les étrangers, quelle que soit leur nationalité, découvrent beaucoup plus tardivement que les Français leur séropositivité, souvent au moment des premiers symptômes, ce qui conduit à une mise sous traitement plus tardive et donc à une

péjoration du pronostic vital. De tels travaux, aujourd'hui exceptionnels, devraient être favorisés en ce qu'ils induisent moins des attitudes de stigmatisation que des indications précieuses pour la mise en œuvre de politiques de santé publique.

Conduites à risque et conduites de consommation

En toute rigueur, ce rapport aurait dû consacrer une large place aux conduites à risque et aux conduites de consommation dont on sait qu'elles sont plus fréquentes dans les milieux défavorisés. La question de savoir si ces conduites sont la conséquence d'un état de précarité ou bien si elles en sont la cause ne peut être envisagée que sous l'angle du développement des processus de précarisation et de l'interaction entre les déterminants de la santé. Le groupe de travail n'a pas eu les moyens d'explorer en détail les multiples aspects de cette question. Aussi, c'est à titre d'exemples et en sachant que ceux-ci ne représentent qu'une vision très partielle de la réalité, que sont exposés quelques-uns des nombreux problèmes que pose le rapport entre pauvreté/précarité et conduites à risque et de consommation. Compte tenu du lien causal qui existe entre ces conduites et la mortalité prématurée dont on connaît la fréquence dans les catégories sociales défavorisées, ce rapport suggère que ce sujet fasse l'objet d'un travail de recherche approfondi.

L'utilisation des produits toxiques ne semble pas avoir fait l'objet d'étude systématique dans les milieux frappés par la précarité. Cependant, certaines enquêtes en population générale donnent malgré tout des informations intéressantes, quand des questions ont été posées sur le statut par rapport au travail. Ainsi par exemple, l'enquête décennale Insee-Sesi-Crédes indique que les sans-emploi fument deux fois plus que la population générale. On peut également citer à nouveau l'enquête de M. Choquet sur les jeunes en insertion, qui montre qu'à âge égal, les jeunes en difficulté fument beaucoup plus que les jeunes scolarisés (50 % de fumeurs quotidiens contre 30 %). Par contre, cette enquête ne montre pas de différence significative pour la consommation d'alcool, de drogues illicites et des médicaments psychotropes.

En fait, les informations portent essentiellement sur deux populations pour lesquelles on dispose soit d'enquêtes, soit de témoignages d'hommes de terrain. Il s'agit : (i) de l'alcoolisme chez les exclus sans-abri et (ii) de la consommation et le trafic de drogues pour les jeunes des quartiers « sensibles ».

L'alcoolisme Tous les témoignages et enquêtes insistent sur le caractère massif de l'alcoolisme dans les populations défavorisées et particulièrement chez les exclus et personnes sans domicile fixe. Même si les échantillons sont vraisemblablement biaisés, les chiffres parlent d'eux-mêmes. Ainsi deux enquêtes faites à Nanterre en 1995 et 1996 montrent l'une une consommation moyenne quotidienne de 6 litres de vin rouge, l'autre que 94 % des sans-abri sont manifestement victimes d'un alcoolisme chronique.

En 1997, une enquête de l'Association Vie Libre, faite auprès de 266 personnes sans-abri, par des enquêteurs anciens buveurs redevenus abstinents est très parlante à cet égard. Dans cette enquête :

Le profil des personnes interrogées est le suivant :

- Hommes : 87,6 % ; femmes : 12,4 %.
- Répartition en âge :

- 16-39 ans	22,2 %
- 40-44 ans	20,7 %
- 45-49 ans	12,4 %
- 50 et plus	44,7 %
- Célibataires : 43,8 %, divorcés ou séparés : 41,9 %
- 69 % sont à la rue depuis une période comprise entre un et cinq ans.
- 64,8 % dorment dans un centre d'hébergement, 22,3 % dans la rue.
- 78,9 % avaient une profession avant d'être à la rue. 30 % étaient ouvriers et 17,9 % employés de commerce.
- 26,4 % des personnes interrogées sont à la rue à cause d'un problème avec l'alcool.

La consommation de boissons alcoolisées est très importante :

- 80,1 % déclarent boire de l'alcool, la moyenne est de 3,7 litres/jour (en équivalent vin), tout alcool confondu.
- 69 % déclarent boire de l'alcool tous les jours, la moyenne est alors de 4,3 litres/jour, tout alcool confondu.
- 76,5 % boivent du vin et 83,6 % de la bière. Cette dernière boisson est plus consommée par les jeunes.

À la question : « boire pour rechercher quoi ? » :

- 52,8 % des personnes boivent pour oublier leurs problèmes, 35,8 % pour le plaisir et 34,4 % pour se sentir moins seules.
- 52,1 % déclarent que lorsqu'elles ne boivent pas c'est parce qu'elles n'en ont pas envie, 40,3 % parce qu'elles n'ont plus assez d'argent et 14,2 % parce qu'elles essaient d'arrêter de boire.

Quels sont les revenus et les dépenses :

- 51,9 % touchent le RMI, 15,1 % les Assedic, 5,7 % les AAH et 13,7 % les revenus d'un emploi ou d'un stage. Les bénéficiaires du RMI sont surtout âgés entre 40 et 49 ans.

<ul style="list-style-type: none"> • 26,4 % font la manche et gagnent en moyenne 126 F par jour. Ce sont surtout les personnes âgées entre 40 et 44 ans et qui sont à la rue depuis plus d'un an qui tendent la main. • La dépense moyenne pour l'achat d'alcool est de 68,80 F par jour. Celle-ci varie selon les sources de revenu : les bénéficiaires du RMI dépensent 50,70 F par jour, ceux qui touchent les revenus d'un emploi ou d'un stage dépensent 131 F par jour et ceux qui font la mendicité dépensent 80,60 F par jour.
<p>L'accès aux soins :</p> <ul style="list-style-type: none"> • 39,2 % ne bénéficient pas de l'aide médicale. • La dernière visite médicale date, en moyenne, de dix-huit mois avant le jour de l'enquête. • Pour se soigner, les personnes interrogées vont en majorité dans les hôpitaux (47,7 %). • 64,6 % déclarent être très bien ou assez bien informées des dangers de l'alcool. <p>La consommation de vin des personnes qui s'estiment très bien ou assez bien informées est en moyenne de 1,4 litre/jour, alors que celle des personnes qui s'estiment pas assez bien ou pas du tout informées est de 2,5 litres/jour.</p>
<p>Les problèmes de communication :</p> <ul style="list-style-type: none"> • 81,7 % déclarent ne pas avoir de problème pour communiquer avec les autres sans-abri lorsqu'ils sont alcoolisés. Ils sont 78,5 % à répondre ainsi à l'égard des gens en général. • 31,8 % se sentent très souvent ou souvent rejetées lorsqu'elles ont trop bu.
<p>La dépendance :</p> <ul style="list-style-type: none"> • 34,7 % pensent qu'elles sont très ou assez dépendantes de l'alcool. • 62,7 % souhaitent arrêter de boire. 20,6 % pensent ne pas pouvoir arrêter pendant une semaine. • 45,8 % pensent qu'elles ont besoin de l'aide de quelqu'un pour s'arrêter. • 36,5 % ont les mains qui tremblent avant de boire et 28,2 % ont envie de boire une boisson alcoolisée dès le réveil.
<p>La polytoxicomanie :</p> <ul style="list-style-type: none"> • 22,4 % associent alcool et médicaments ou drogues. La substance la plus citée est le cannabis. • 31,9 % des polytoxicomanes sont âgés de 25 à 29 ans. • 42,1 % des femmes prennent des drogues ou des médicaments contre 20,4 % des hommes.

Aux résultats bruts de cette enquête, on peut rajouter les commentaires suivants :

- Il s'agit d'un échantillon de personnes qui ont volontairement accepté de répondre (80 % des personnes contactées), d'où des biais de recrutement possibles. Il existe par ailleurs une tendance récente à la féminisation et au rajeunissement des populations de SDF qui se manifeste quand on examine les personnes à la rue depuis moins de un an. Ils analysent eux-mêmes les causes de leur situation d'exclusion actuelle par :

- la perte d'emploi (50 %)
 - la perte de logement (44 %)
 - un divorce ou une séparation (38 %)
 - un problème d'alcool (30 %).
- Ainsi donc l'alcoolisme apparaît-il comme une *cause* importante de leur précarité actuelle. Selon cette enquête, la consommation antérieure d'alcool à leur condition de SDF était en moyenne de 2,5 litres par jour. Cette consommation s'accroît de façon importante quand ils deviennent sans abri. Ainsi *l'exclusion aggrave l'alcoolisation*.
 - Les raisons de leur conduite alcoolique s'inscrivent autour d'une certaine recherche du bonheur :
 - oublier leur misère actuelle
 - être moins seuls et mieux communiquer avec les autres
 - goûter le plaisir de boire.
 - L'association de l'alcoolisme à la consommation de drogues illicites (essentiellement le cannabis) ou de médicaments est fréquente, mais nettement minoritaire. Elle concerne essentiellement les plus jeunes parmi les SDF.
 - La dépendance par rapport à l'alcool est importante, 35 % des interrogés le reconnaissent, mais il y a sans doute bien davantage de sujets objectivement dépendants.
 - La consommation d'alcool est onéreuse, très souvent la moitié ou les trois quarts des revenus passe dans la consommation alcoolique. En moyenne, les personnes interrogées dépensent pour l'achat d'alcool 68,80 F par jour, ce qui représente un budget mensuel de plus de 2 000 F (qui peut être supérieur pour certains). Il y a donc toute une *économie de l'alcool* autour des sans abri.
 - Près des 2/3 affirment *vouloir arrêter de boire* tout en considérant que l'alcool facilite leur communication avec les autres. Ils s'affirment convaincus que la guérison de leur maladie alcoolique est une étape obligée du processus de réinsertion. Ils pensent aussi qu'ils n'y arriveront pas seuls et qu'ils ont besoin d'une aide qu'ils ne trouvent pas (il conviendrait pour interpréter toutes ces réponses de savoir comment les questions ont été posées, car les enquêteurs sont des militants de la lutte contre l'alcoolisme).

À la suite de la présentation des résultats de cette enquête, l'association Vie libre a interrogé un groupe d'acteurs médicaux inter-

venant dans des structures d'aide aux personnes précaires. Leurs propositions d'actions sont les suivantes :

- Considérer l'intoxication alcoolique comme une *maladie* importante et rompre avec la quasi-indifférence ou le silence vis-à-vis de cette forme d'intoxication.
- Créer une chaîne médicale pour permettre un suivi régulier.
- Augmenter le nombre de structures d'aide sociale et d'hébergement à long terme ainsi que les places en postcure et le nombre de centres d'hygiène alimentaire.
- Créer des lieux spécialisés pour prévenir et soigner la maladie alcoolique des personnes en grande précarité.

Au total, cette étude bien que limitée à un échantillon de population vivant dans une situation extrême, met en évidence l'importance des associations entre grande précarité et alcoolisme. Sans extrapoler ces résultats à l'ensemble des personnes défavorisées, elle pose cependant le problème de l'alcoolisme comme facteur de désinsertion sociale et donc celui d'une action spécifique dans le cadre de la réinsertion.

La consommation et le commerce des drogues illicites chez les jeunes des quartiers sensibles

La consommation de drogue et son commerce chez les jeunes sont actuellement considérés comme un problème de plus en plus préoccupant dans tous les pays industrialisés. Peu d'études ont été conduites en France sur ce problème en ce qui concerne les jeunes en situation précaire. On fera donc appel essentiellement aux « témoignages » d'acteurs de terrain et aux résultats d'analyses qualitatives, qui permettent de souligner les éléments suivants :

- L'adolescence en général est un terrain particulièrement exposé :
 - Recherche d'identité, anxiété, fragilité face aux pressions des camarades. Le risque est augmenté de façon importante chez les adolescents précaires par leurs conditions de vie : désœuvrement, vie dans la rue, en bandes plus ou moins organisées, existence d'une culture commune d'échanges, de troc et d'entraide, favorable à la constitution d'une *économie parallèle*.
 - Il ne faut pas confondre les *utilisateurs occasionnels*, les *consommateurs avérés* et les *dealers*. Ce n'est pas tant l'utilisation de la drogue, que la place qu'elle prend dans la vie de l'adolescent qui constitue l'indicateur de gravité.

- Le processus – non irréversible – est schématiquement le suivant : consommation d'essais — > consommation occasionnelle — > addiction — > besoin d'argent — > délinquance et trafic — > dealers.
- En amont, plus que le cannabis, ce sont le tabac, l'alcool et les médicaments psychotropes qui annoncent le passage à la consommation de drogues dures (en cela les jeunes précaires ne sont pas différents des autres).
- Drame individuel, la toxicomanie est aussi un drame social. Selon M. Olivenstein « *La toxicomanie est la rencontre d'un produit, d'un individu à un moment culturel donné. Un fait social en plus d'un drame individuel, qui s'enracinent dans cette période instable de tiraillement, de repli sur soi et de besoin des autres qu'est l'adolescence, qui surgissent aussi dans l'histoire souvent douloureuse et chaotique d'une famille : la toxicomanie est tout cela à la fois. Voilà ce qui rend son approche difficile, et pourquoi on ne voit pas bien par quel bout démêler l'écheveau.* » Ainsi les drogues ne sont qu'un symptôme, au même titre que la délinquance, de multiples causes entremêlées.

Mais dans ce cas, contrairement à l'alcool, où le marché ne vit qu'au détriment des consommateurs qui se « ruinent » pour l'acheter, se constitue un marché de la drogue dont certains tirent profit à court terme, car il s'agit pour bien des jeunes d'un débouché économique. Ce marché étant illicite et le prix des drogues interdites étant élevé, des sommes considérables sont en jeu. « *L'approche des pratiques toxicomaniaques, sous l'angle de l'organisation des échanges et des interactions marchandes, apparaît comme d'autant plus intéressante que l'économie finit ici par développer et imposer sa logique propre, imprégnant et modelant le style de vie des toxicomanes*¹⁶². »

Le trafic s'intègre assez souvent dans les familles en difficulté, permettant parfois de doubler, tripler et même d'avantage leurs revenus. « *Autant dire que la toxicomanie a profondément bouleversé les rapports sociaux, et que la lutte contre ce fléau est confrontée à des difficultés particulières engendrées par cet ancrage local du marché et des intérêts qu'il sous-tend (...). La dimension relationnelle engendrée par la circulation des produits illicites*

162. Bouhnik P., Joubert M., « Économie des pratiques toxicomaniaques et lien social », *Dépendances*, décembre 1992.

renvoie directement à la place de l'argent dans l'économie générale de la vie des jeunes des cités¹⁶³. »

Bien que le nombre de consommateurs de drogues illicites ne soit pas connu, on sait d'une part qu'il est important et d'autre part qu'il est croissant. Sans tomber dans l'image caricaturale que certains veulent donner de la jeunesse, on est cependant fondé à s'inquiéter de la progression de la consommation de drogues illicites et en particulier des drogues dures qui ont des effets avérés – directs et indirects – sur l'état de santé. C'est l'occasion de rappeler que devant la complexité d'un débat qui ne puise pas toujours ses arguments dans l'objectivité, un fait demeure du point de vue de la santé publique : une politique nationale de réduction des risques doit être l'un des piliers de toute politique de prévention à l'égard des adolescents et des jeunes.

Les sorties de la vie active et les entrées dans la vieillesse

Quand on aborde la question des personnes âgées, on ne peut le faire sans préciser le groupe dont on veut parler et l'objectif que l'on poursuit. En effet, vouloir étudier par exemple un groupe d'âge tels que « les plus de 60 ans » correspondrait à fondre dans une même catégorie des personnes d'âges extrêmement différents (de 60 à plus de 100 ans) dont les trajectoires de vie personnelle et professionnelle se sont inscrites dans des époques historiques et dans des environnements totalement différents. Ceux qui aujourd'hui sont âgés de plus de 80 ans sont nés avant ou pendant la Première Guerre mondiale, ont grandi entre les deux guerres, sont en très grande majorité des femmes seules et sont à la retraite depuis souvent plus de vingt ans. Alors que ceux qui entrent en retraite aujourd'hui sont nés dans les années trente et ont bénéficié dans leur majorité d'une protection sociale forte même si les enquêtes montrent qu'il y a eu également dans ce domaine de profondes inégalités. Parler globalement des personnes âgées donnerait la même vision grossière que si l'on parlait de groupes aussi hétérogènes que les 20-60 ans ou les moins de 40 ans. Dans le cadre d'un rapport consacré aux effets de la précarité sur la santé, il apparaît donc d'emblée indispensable de tenter de constituer des groupes plus homogènes et pour cela de ne pas uniquement se référer à des catégories d'âges mais également

163. Bouhnik P., Joubert M., *op. cit.*

de prendre en considération la combinaison d'éléments socio-économiques et d'éléments liés à l'environnement.

Les personnes âgées : quelques aspects différentiels *Une typologie basée sur des critères socio-démographiques*

Pour appréhender le problème de la précarité chez les personnes âgées, une première approche peut être faite selon une typologie des ménages dans lesquels ces personnes vivent. Bien qu'il existe de nombreuses situations différentes, on peut distinguer trois groupes principaux¹⁶⁴ :

- *Les ménages « jeunes »*, essentiellement constitués de couples dont l'un des membres est encore actif ou qui sont depuis peu à la retraite. Ces ménages ont en général des revenus relativement élevés par rapport à la moyenne des retraités et possèdent souvent un patrimoine. N'ayant habituellement plus d'enfants à charge, leur niveau de vie est peu différent de celui qu'ils avaient avant de quitter la vie active. Ce type de ménage représente un peu plus de 10 % de l'ensemble des ménages de plus de 60 ans.
- *Les ménages « intermédiaires »*, qui représentent plus de la moitié des ménages de personnes âgées. Couples de retraités ou personnes seules, ils ont des revenus proches de la moyenne des revenus des retraités. On peut distinguer ceux qui sont d'origine rurale et ont des retraites parfois modestes mais qui reviennent vivre dans un environnement où ils sont connus, ce qui peut constituer un avantage, et ceux qui sont plutôt des urbains et qui sans avoir de patrimoine important ont des ressources convenables qui leur permettent de vivre dans un environnement urbain source de dépenses plus importantes qu'en milieu rural.
- *Les ménages « âgés »* qui sont en majorité des personnes vivant seules et chez lesquels on peut distinguer trois sous-groupes : (i) les personnes vivant seules dans des agglomérations urbaines, en majorité des veuves, qui se trouvent souvent dans un grand isolement affectif et social et ont des ressources très limitées ; (ii) les personnes qui vivent dans leur famille dans un milieu rural traditionnel qui permet d'améliorer les conditions d'existence même si les revenus sont faibles et (iii) les personnes qui vivent dans des institutions pour personnes âgées. C'est en majorité le premier sous-groupe qui vit en situation de grande précarité.

164. David M.-G. et Starzec C., « Conditions de vie des personnes de 60 ans et plus », *Insee résultats*, n° 486-487, septembre 1996.

Une distribution inégale des revenus

Une autre façon de présenter les personnes âgées consiste à les classer par niveau de revenu du ménage dans lequel elles vivent. Ainsi peut-on remarquer que si la retraite est généralement la principale source de revenu, elle est loin d'être la seule pour une majorité de ménages de retraités. Globalement, plus de huit millions de ménages bénéficiaient en 1993 de retraites qui représentaient environ 68 % de leurs revenus et un montant moyen de 96 700 F, et environ 10,3 millions de personnes percevaient un avantage de droit direct ou de réversion pour un montant mensuel moyen de 6 130 F¹⁶⁵. En moyenne, l'ensemble des ménages bénéficiaires de retraites a un niveau de vie équivalent à celui de l'ensemble des ménages et les générations les plus récentes disposent de retraites plus élevées que les générations précédentes.

Cependant, d'importantes inégalités existent puisque 8,1 % des ménages retraités ont un niveau de vie inférieur au premier décile de niveau de vie, la majorité d'entre eux étant des femmes seules veuves qui ne perçoivent essentiellement que des pensions de réversion. Près d'un million de personnes déclarent uniquement des pensions de réversion et en moyenne leur avantage vieillesse s'élevait en 1993 à 3 960 F mensuels. Par ailleurs, les anciens agriculteurs qui représentent un effectif de plus d'un million de personnes ont eux aussi une retraite très modeste puisqu'en moyenne celle-ci était en 1993 de 3 012 F par mois. Cependant ces chiffres ne tiennent pas compte des revenus de leur patrimoine qui sont significativement plus élevés que pour les anciens salariés (cette part est de 6 % chez les anciens salariés contre plus de 20 % chez les anciens indépendants). Enfin, et bien que supérieure à ces chiffres, la retraite moyenne mensuelle d'anciens actifs appartenant à d'autres catégories socioprofessionnelles reste malgré tout peu élevée puisqu'en 1995, celle des anciens employés (qui représentaient 2 200 000 personnes) était de 4 934 F et celle des anciens ouvriers (qui représentaient 2 601 000 personnes) de 5 374 F.

Au total, bien que leur situation se soit largement améliorée au cours des vingt dernières années, il persiste chez les personnes âgées une proportion non négligeable de ménages vivant dans une situation de grande précarité (23,9 % des ménages ont une retraite inférieure au premier quartile des retraites) dont plus de

165. Saunier J.-M., « Les retraites : des retraites individuelles au revenu des ménages ». *Solidarité Santé*, n° 3, 1996.

40 % sont des femmes seules. Enfin, environ 15 % des ménages de personnes âgées de plus de 75 ans ont un revenu voisin du minimum vieillesse (son montant mensuel était en 1997 de 3 433 F pour une personne seule et de 6 159 F pour deux personnes)¹⁶⁶. Toutefois, l'évaluation des revenus sur la base des ressources monétaires sans autres considérations telles que l'état de santé, les handicaps ou le degré d'isolement ne rend qu'imparfaitement compte de la réalité de la situation des personnes âgées.

Niveau de santé et handicaps

Dans ce domaine comme dans d'autres, on manque en France de données précises sur la santé des personnes âgées. Il n'y a en particulier pas d'enquête nationale recherchant la fréquence des incapacités et des désavantages¹⁶⁷. Cependant, les données recueillies permettent d'estimer aujourd'hui que plus de 40 % des personnes âgées de 75 ans et plus déclarent une déficience contre moins de 25 % dans le groupe des 65-74 ans. De plus, 14,2 % des personnes âgées de plus de 65 ans déclarent être confinées au domicile, 2,7 % au lit et/ou dans un fauteuil. Ces pourcentages augmentent bien entendu avec l'âge puisqu'à 80 ans et plus, 15 % des hommes et 30 % des femmes estiment être dans cette situation. Les résultats d'une autre enquête montrent que près de 40 % des personnes de 80 ans et plus déclarent ne pas sortir de chez elles¹⁶⁸. En appliquant les pourcentages observés dans différentes enquêtes régionales et de l'Insee, on peut estimer qu'environ 205 000 personnes (2,4 %) sont confinées au lit ou dans un fauteuil, 264 000 (3,1 %) auraient besoin d'un tiers pour la toilette et l'habillement et 1 057 000 auraient besoin d'un tiers pour sortir de leur domicile. D'autres enfin estiment que le nombre des personnes âgées de plus de 65 ans qui souffrent d'incapacité et sont dépendantes d'un tiers pour les actes de la vie courante était de l'ordre de 700 000 personnes en 1995. Les auteurs d'hypothèses moyennes s'accordent pour une augmentation de 150 000 personnes dépendantes d'ici 2010-2020¹⁶⁹.

166. Hourriez J.-M et Legris B., « Le niveau relatif des personnes âgées », *Économie et statistique*, 1995, n° 283-284, pp. 137-158.

167. Henrard J.-C. « La santé au grand âge », in « Santé publique et grand âge », Haut Comité de la santé publique, *Actualité et dossier en santé publique*, n° 20, septembre 1997.

168. « Revenus et conditions d'existence des personnes de plus de 60 ans : les revenus », Cerc, Paris, La Documentation française, 1993.

169. Lebeauapin A. et Nortier F., « Les personnes âgées dépendantes : situation actuelle et perspective d'avenir », *Données sociales 1996*, Insee, pp. 468-473.

Les déterminants de la santé au grand âge

Les conditions de vie (logement, sociabilité, réseau familial) et les biographies des personnes âgées qui au cours de leur vie ont accumulé un capital culturel, psychologique, professionnel et économique plus ou moins important, corrigent ou aggravent les incapacités et influencent la morbidité. Elles déterminent par ailleurs l'espace des choix de vie et des aides auxquelles les personnes pourraient recourir. Les conséquences de modes de vie et d'habitudes acquises au moment de la retraite engendrent des comportements différents selon les cas et la liberté de choix de ces modes de vie (domicile, aides institutionnelles, hébergement, etc.) est très vite limitée par le faible espace des alternatives disponibles pour les plus isolé(e)s, ceux dont les revenus sont faibles et les malades. Si le revenu est un déterminant majeur de la santé à tout âge, l'environnement physique et social joue un rôle considérable pour les personnes qui avancent en âge. En effet, le confort du logement est un déterminant important de la qualité de la vie et de l'autonomie des personnes âgées en particulier lorsqu'elles sont atteintes d'incapacités. Par ailleurs, l'inadaptation de l'environnement urbain (en particulier l'accessibilité aux transports, l'absence de commerces ou l'insécurité réelle ou ressentie) peut être responsable d'un confinement au domicile. En milieu rural, l'isolement peut rendre difficile les achats indispensables¹⁷⁰. D'autres facteurs peuvent également être considérés comme des déterminants majeurs, telle l'absence de soutien affectif ou de lien social.

Au total, en 1991, l'espérance de vie à 65 ans était respectivement de 15,7 ans pour les hommes et de 20 ans pour les femmes et à 85 ans, de 5 ans pour les hommes et 6,2 ans pour les femmes. Si l'on considère l'espérance de vie sans incapacité, elle est à 65 ans de 12 ans pour les femmes contre seulement 10 pour les hommes. Entre 1981 et 1991, *l'espérance de vie sans incapacité à 65 ans a augmenté plus rapidement que l'espérance de vie elle-même et celle de l'homme un peu plus vite que celle de la femme*. Cependant, plusieurs travaux montrent que les écarts de santé augmentent avec l'âge et sont dépendants du statut socio-économique et ce, jusqu'à un âge avancé¹⁷¹ et que si les femmes vivent plus longtemps que les hommes, elles ne sont pas à âge égal en meilleure santé.

170. Henrard J.-C., *op. cit.*

171. Desplanques G., « L'inégalité sociale devant la mort » in « La Société française », *Données sociales 1993*, Paris, Insee, pp. 251-258.

Les dispositifs d'aide aux personnes âgées

L'aide familiale

Il existe de nombreux dispositifs institutionnels de prise en charge des personnes âgées en situation de santé fragilisée, mais dans la majorité des cas, les prises en charge restent fortement informelles et familiales reposant sur une aide directe et gratuite par des conjoints, des proches ou des enfants adultes voire retraités (des épouses/époux soignant leur partenaire, des voisins assurant quotidiennement une visite, des enfants à l'âge de la retraite soignant leurs parents de plus de 85 ans sont des exemples représentatifs). Une telle prise en charge a bien évidemment des répercussions sur les familles ou personnes aidantes. En effet, certaines générations aidantes (les 40-65 ans) doivent parfois faire des arbitrages de temps, d'espaces et de moyens financiers car elles sont aujourd'hui contraintes à plusieurs niveaux d'aide : elles sont tout à la fois sollicitées comme parents – de générations (16-30 ans) généralement dépendantes sur le plan économique et parfois en situation de précarité – mais aussi comme enfants de générations plus âgées et fragilisées¹⁷².

Le dispositif institutionnel

Le dispositif institutionnel comprend essentiellement : (i) les services d'aide ménagère (en 1990 près de 500 000 personnes bénéficiaient de l'aide ménagère financée selon le revenu par l'aide sociale départementale ou le système assurantiel personnel), (ii) les services de soins infirmiers à domicile, (iii) l'aide à l'aménagement de l'habitat, (iv) des structures intermédiaires à mi-chemin entre le domicile et l'hébergement collectif, (v) les établissements d'hébergement pour personnes âgées, et enfin (vi) les établissements de santé. Il n'existe pas en France de données précises sur les revenus des personnes qui bénéficient des différents types d'aide aux personnes âgées. On peut cependant observer que le revenu joue un rôle très important dans les capacités d'un ménage ou surtout d'une personne seule à rester autonome. En fait, l'aide à domicile dépend du statut des bénéficiaires durant leur vie active. Et on constate qu'elle est d'importance et de qualité très différente selon les organismes qui financent. Prise en charge par plusieurs milliers d'institutions, cette aide à domicile est fragmentée et l'absence d'analyse et de données à l'échelle du pays participe à un manque de lisibilité très marqué de l'ensemble du recours à une aide. Les services de soins infirmiers à domicile et les infirmiers libéraux ont souvent leurs

172. Attias-Donfut C., *Les solidarités entre générations. Vieillesse, familles. État*, Paris, Nathan, 1995, 352 p.

quotas de places saturés, voire dépassés et ne parviennent pas à répondre à toutes les prescriptions de soins dans certaines régions comme la région parisienne. Leur dysfonctionnement (insuffisances de places de soins infirmiers, de places médicalisées) conduit de fait souvent à l'hébergement collectif.

L'accès aux soins

De nombreux facteurs de type médicaux peuvent contribuer à accroître la précarité des personnes âgées :

- Les états de santé très dégradés qui réclament une prise en charge importante pouvant conduire à l'épuisement de l'environnement socio-familial : soit des personnes très âgées et fortement dépendantes qui vivent avec un conjoint ou une personne plus jeune qui ne peut plus faire face à la situation, soit encore une population féminine très âgée et isolée (en ville ou à la campagne) confinée à son domicile avec une aide ménagère et des soins infirmiers, ou encore des hommes plus jeunes isolés (souvent veufs), moyennement dépendants, mais difficilement adaptables à la vie domestique que doit assumer une personne vivant seule.
- Les problèmes de prise en charge peuvent être aggravés par la survenue de maladies organiques ou de pathologies mentales (de types démences) ainsi que par des ruptures biographiques : décès d'un proche, chômage, migration d'un aidant, etc.
- Les conditions matérielles et affectives de l'entrée en retraite : l'isolement (célibat, séparation conjugale, veuvage), le manque de soutien affectif, d'activités sociales sont associées à des taux de mortalité plus élevés. La faiblesse des ressources financières participe à la difficulté de recours aux soins. Le niveau des pensions de retraite de personnes en chômage de longue durée, d'adultes invalides va compliquer la prise en charge de ceux qui atteignent leur soixantième anniversaire avec un revenu minimum d'existence ou de survie.

La prestation spécifique dépendance

Depuis les années soixante et la publication du rapport Laroque, la finalité de la politique sociale en direction des personnes vieillissantes ayant des difficultés pour mener seules leur vie quotidienne a été de leur permettre de choisir le mode de vie qu'elles souhaitaient et notamment celui de continuer à vivre à leur domicile dans la continuité de leurs habitudes de vie et dans le voisinage des autres habitants du quartier ou du village. La politique de main-

tien à domicile était donc d'abord une vision éthique de la vie en société des personnes âgées : **faire en sorte que nul ne soit exclu de la communauté dans laquelle il vit du fait de son âge ou de ses capacités physiques**. La loi du 24 janvier 1997 instituant une prestation spécifique dépendance (PSD) vise à créer un dispositif permettant de mieux prendre en charge la dépendance chez les personnes âgées. Ce dispositif devrait concerner 300 000 personnes considérées comme ayant un niveau de dépendance élevé. Il s'agit d'une prestation en nature versée sous un plafond de ressources. Elle remplace l'actuelle allocation compensatrice tierce personne (ACTP) et elle est gérée par les conseils généraux dans le cadre de l'aide sociale.

Cette loi – d'origine sénatoriale – dont l'objectif était d'améliorer la prise en charge des personnes âgées à domicile, est en fait depuis sa mise en application, l'objet de critiques de plus en plus vives, beaucoup d'acteurs de terrain la considérant comme un recul par rapport à la situation précédente. Ces critiques se fondent essentiellement sur le fait que : (i) la PSD place les personnes âgées dépendantes en situation d'assistance ; (ii) qu'elle dépend des assemblées départementales et conduit donc à d'importantes distorsions du montant des prestations, facteur d'inégalités géographiques et sociales ; (iii) qu'elle remet en cause la qualité des services offerts en diminuant les possibilités de financement, et qu'enfin (iv) dans la majorité des cas, elle laisse à la charge de la personne âgée des coûts auxquels elle n'est pas toujours en mesure de faire face. Cette loi, si l'on n'y prend garde, va à l'image du système assurantiel, provoquer un « effet de seuil » qui va pénaliser ceux qui disposent d'un revenu modeste mais supérieur au plafond sous lequel ils bénéficient de l'aide sociale. Elle risque de contribuer à la précarisation de nombreuses personnes âgées déjà placées en situation de vulnérabilité du fait de la faiblesse de leur revenu et de leur isolement.

Immigrés : vieillir chez soi ?

« Parler de la vieillesse des immigrés en France aujourd'hui, c'est en fait révéler la profondeur des transformations sociales et culturelles, mais aussi la place des personnes âgées dans leur famille, les relations qui subsistent encore entre les générations, la place qui est dévolue à ces "anciens", la vie urbaine et ses difficultés, enfin, l'identité de l'immigré âgé ayant à assumer aujourd'hui de nouvelles attributions statutaires sociales, sans lien et sans parenté avec la place et le rôle des anciens dans les sociétés d'origine, comme c'est le cas encore au Maghreb.

Bref, il n'est désormais, ni original, ni surprenant, dès lors que les travailleurs immigrés ont atteint l'âge de la vieillesse en France, que ce problème émerge dans la gérontologie. Et force est de constater, malheureusement encore, les disparités qui existent dans l'accès des vieux immigrés à certaines prestations de sécurité sociale.

L'immigration devient une question gérontologique, dès lors que les vieux immigrés sont devenus concernés par les questions d'accès aux services et aux prestations d'aides aux personnes âgées et que des réajustements dans les attitudes médico-sociales s'imposent également à leur égard, notamment pour ceux qui se retrouvent en institution.

Le passage vers les institutions pour personnes âgées vient pallier l'absence de famille comme chez les populations âgées françaises, mais dans bon nombre de cas, il prend surtout le relais des garnis, des meublés ou même des foyers de travailleurs incapables de continuer à héberger une personne âgée et moins encore lorsqu'elle devient invalide ou que son état nécessite l'intervention d'une tierce personne pour accomplir les gestes courants de la vie quotidienne.

La présence des vieux immigrés dans les sites gérontologiques bien que limitée encore, parce que cette vieillesse commence à peine à livrer ses problèmes et ses carences, pose des problèmes collectifs mais aussi individuels, à eux-mêmes et à leur environnement d'accueil.

Cet ensemble de difficultés, nées de ces situations nouvelles, pose un nombre croissant de questions, en particulier chez le personnel médical, paramédical et les travailleurs sociaux. Déjà les problèmes de la langue en eux-mêmes, et ce qui en résulte comme difficultés dans les relations quotidiennes, sont souvent la source de conflits multiples et surtout un indice de la majoration de l'isolement et de la solitude de ces anciens.

Force est de souligner également que l'insertion des immigrés âgés dans les maisons de retraite ou dans les hôpitaux gériatriques est assez problématique. Cette situation révèle une autre caractéristique dans la vie de ces anciens, à savoir les formes extrêmes de l'isolement socio-affectif, psychologique, linguistique, sensoriel même.

L'absence de références anthropologiques élaborées dans la formation des soignants sur l'identité – les identités de ces anciens – et les supports anthropologiques traditionnels dont elle s'inspire et auxquels elle s'articule souvent, rend les actes de soins, les démarches de communication, les entreprises de soutien et d'accompagnement dans la vieillesse et au bout de la vie, mêmes nourris de bienveillance et de générosité, difficiles sinon impossibles.

Même dans ses prétentions ambitieuses, la gérontologie reste convaincue de l'irréversibilité de la mort au terme de la vieillesse. Une mort que les sociétés occidentales vident de plus et plus de son sens pour en maîtriser l'angoisse, mais que d'autres cultures célèbrent encore dans leurs interstices anthropologiques les plus intimes, comme ordinaire et surtout comme cheminement naturel, articulé à un sentiment identitaire de facturation religieuse et fortement marqué par celle-ci.

Au-delà des savoir-faire nécessaires dont il faudra désormais doter les soignants pour accompagner ces anciens sereinement, on peut deviner la complexité législative qu'il faudra résoudre pour répondre ou satisfaire des exigences éthiques dont se réclament ces anciens, qui n'avaient nullement vocation à s'éteindre en France et moins encore le souhait d'y élire une sépulture. »

Omar Samoli

Observatoire gérontologique des migrations

Si le niveau de vie des personnes âgées s'est globalement amélioré au cours des vingt dernières années, cette amélioration recouvre au moins deux problèmes qui font craindre une détérioration prochaine de la situation des plus fragiles d'entre elles. Le premier est que cette amélioration générale cache de profondes inégalités et qu'il persiste des situations de pauvreté et de grande précarité sociale. À la faiblesse du revenu de la retraite viennent s'ajouter la solitude, les difficultés physiques pour se déplacer ou encore l'insécurité de l'environnement qui affectent profondément les fins de vie et contribuent à ce que certaines personnes âgées connaissent de véritables situations d'exclusion. Le second est celui de l'entrée dans la vieillesse alors que l'on est sorti de la vie active en situation de grande précarité. Ce sont peu à peu des millions de ménages qui, après des périodes plus ou moins longues de chômage et/ou ayant vécu des années avec de faibles revenus et n'ayant pu constituer un patrimoine même modeste ou encore cotiser normalement à une retraite, vont sortir de la vie active sans avoir eu la possibilité de protéger leur vieillesse grâce à un revenu suffisant pour vivre dans des conditions décentes. Le problème de la retraite sera alors encore aggravé par les changements démographiques qui diminuent le rapport entre nombre de cotisants et nombre de bénéficiaires. Tout montre que les « belles années » de la retraite sont en train de se terminer et qu'à moyen terme le problème des « vieux pauvres » va à nouveau se poser. Ainsi verra-t-on se développer des familles entières qui sur trois ou quatre générations vivront avec des revenus très faibles provenant en majorité de la protection sociale. On a tout lieu de craindre les effets sur la santé d'une telle situation.

Recommandations

La santé exige un certain nombre de conditions et de ressources préalables, l'individu devant pouvoir notamment : 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. Tels sont les préalables indispensables à toute amélioration de la santé.

Charte d'Ottawa, 21 novembre 1986
Organisation mondiale de la santé

La philosophie générale des recommandations

La progression de la pauvreté et de la précarité sociale en France, particulièrement au cours des dix dernières années, et les problèmes qui en découlent ne concernent pas seulement les populations qui subissent de plein fouet les effets des grandes mutations socio-économiques, mais la population dans son ensemble. Les situations de plus ou moins grande précarité dans laquelle se retrouvent aujourd'hui des millions de Français – et en particulier la jeunesse – doivent d'abord être regardées comme

le symptôme majeur des difficultés structurelles que connaît actuellement la société française pour s'adapter à ces mutations. Or ces bouleversements ne font que commencer et nul ne sait comment et jusqu'où ils vont se poursuivre. En l'absence de réponses appropriées, leurs conséquences sociales et culturelles risquent d'être considérables et à terme de menacer la cohésion de l'ensemble de la société. **La progression de la pauvreté et de la précarité représente une menace réelle pour l'état de santé d'une partie importante de la société française qui est très largement sous-estimée. En conséquence, il est urgent qu'un ensemble cohérent de mesures « fortes » soient prises afin de prévenir une dégradation plus importante de la santé de ceux qui sont en situation de grande vulnérabilité. Compte tenu des menaces spécifiques qui pèsent sur leur avenir, il est recommandé que l'on accorde une attention très particulière aux problèmes de santé des jeunes.**

En précisant les conditions et les ressources préalables indispensables à un bon état de santé, la Charte d'Ottawa¹⁷³ élaborée par l'Organisation mondiale de la santé décline de fait les conditions nécessaires de la cohésion sociale. Leur examen détaillé montre qu'une politique de réduction des inégalités de santé amène à interpeller la plupart des secteurs de l'action publique. On peut raisonnablement considérer – ainsi que le rappelle la Constitution – **qu'une société démocratique et riche comme l'est aujourd'hui la société française, a l'obligation d'assurer les conditions objectives du bien-être physique, mental et social de tous et de donner équitablement à chacun le maximum de chances pour assurer son épanouissement.** Cet ensemble de « droits-créances¹⁷⁴ » constitue donc le socle préalable, c'est-à-dire l'objectif initial et incontournable, de toute politique visant à prévenir la dégradation de l'état de santé d'une partie significative de la population et en particulier de la jeunesse.

173. Depuis sa définition princeps de la santé en 1948 « un état de bien-être complet physique, mental et social et non seulement l'absence de maladie ou d'infirmité », l'Organisation mondiale de la santé a approfondi sa réflexion sur le concept de santé qui a fait l'objet de plusieurs déclarations (Alma Ata en 1978 et Ottawa en 1986). La « Charte d'Ottawa » qui a pour sous-titre « Vers une nouvelle santé publique » précise que « la santé est perçue comme une ressource de la vie quotidienne et non comme un but en soi » (cf. Chapitre 2).

174. Selon C. Million-Delsol, les droits de l'homme peuvent être divisés en deux catégories : les « droits-libertés » c'est-à-dire le droit de... (liberté de réunion, liberté de pensée, liberté religieuse, etc.) et les « droits-créances » c'est-à-dire le droit à... En ce sens, la Charte d'Ottawa exprime les « droits-créances » indispensables à l'épanouissement de la santé.

Dans l'esprit de la Charte d'Ottawa, les mesures recommandées dans ce rapport 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, leur niveau social, leur sexe ou leur âge. Bien que dépassant la vision traditionnelle de la santé publique – mais non le mandat du Haut Comité de la santé publique – puisque **les mesures les plus fondamentales sont extérieures à la sphère de la santé**, c'est par un rappel de mesures prioritaires qui concernent l'ensemble de la population que seront présentées les recommandations. Mais parce que l'on ne peut s'arrêter au rappel des conditions générales nécessaires au maintien d'un bon état de santé, ce rapport s'inscrit 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 société, un ensemble de mesures spécifiques destinées à empêcher qu'ils ne basculent dans l'exclusion et donc dans la mesure du possible à protéger leur santé.

Bien que formant un ensemble cohérent et *a priori* indissociable, les mesures proposées dans ce rapport peuvent être regroupées en **quatre catégories** selon qu'elles s'adressent à l'ensemble de la population, à des publics spécifiques, aux chercheurs et décideurs ou aux professionnels des secteurs social et/ou sanitaire :

- **Des mesures d'ordre général** : ces mesures à caractère plutôt préventif concernent l'ensemble de la population et doivent être considérées comme des préalables. Elles ont pour but commun de renforcer la cohésion sociale en favorisant l'intégration de l'ensemble des habitants du pays, au premier rang desquels 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. Dans le cadre de ce rapport, ces mesures seront appelées *mesures générales d'intégration et de cohésion sociales*.

Elles sont regroupées en :

- mesures globales *qui échappent au domaine strict de la santé* et qui déclinent les conditions nécessaires proclamées par la Charte d'Ottawa. Ces mesures, sans aucun doute les plus fondamentales, concernent l'éducation, le logement, le niveau et la sécurité des revenus et surtout les liens avec le monde du travail qui devraient être reconstruits sur des bases nouvelles. Bien que jouant un rôle majeur dans le maintien d'un bon état de santé,

elles se placent en dehors des compétences du Haut Comité de la santé publique et des attributions du ministre en charge de la Santé. Elles concernent de fait l'ensemble de l'action gouvernementale ;

- mesures globales qui s'adressent également à l'ensemble de la population mais sont beaucoup *plus étroitement liées au domaine de la santé*. Il s'agit essentiellement de mesures qui entrent dans le cadre de l'action sanitaire et sociale et sont destinées à favoriser **l'accès de tous aux droits sociaux et aux soins**.
- **Des mesures spécifiques** : celles-ci, de nature plus curative, 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 ou de leur statut socio-économique et qui sont déjà plus ou moins engagés dans la voie de la précarisation ou fortement menacés par elle. L'objectif de ces mesures est de leur permettre de récupérer une ou plusieurs des sécurités essentielles perdues ou compromises. S'agissant de mesures dont la nature est de type curatif, elles seront appelées *mesures spécifiques de réinsertion*.

Ces mesures de réinsertion sont non seulement spécifiques parce qu'elles s'adressent à des situations ou à des groupes sociaux particuliers, mais elles ont également un caractère spécifique « interne » aux situations ou aux groupes concernés. Pour bien marquer le caractère longitudinal et diachronique des processus de santé et de précarisation, elles seront présentées selon les étapes – les différentes périodes – de la vie. Sept étapes ont été distinguées. Celles-ci ne doivent pas être regardées comme des catégories d'âge étroites et figées mais plutôt comme les périodes essentielles – des repères – de la vie de chaque individu. Ces périodes sont les suivantes : (a) de la conception à la petite enfance, (b) l'enfance scolarisée (autour de la période de l'école primaire), (c) l'adolescence (les âges du collège et du lycée, même si l'on n'y va pas), (d) les entrées dans la vie active (la « salle d'attente » où l'on peut rester de longues années), (e) la vie active (le rapport au travail et au non travail), (f) les sorties de la vie active (chômage de longue durée, préretraite et retraite) et (g) la vieillesse et la dépendance.

Il faut remarquer que quatre des périodes retenues constituent globalement ce que l'on a l'habitude d'entendre par

enfance et jeunesse. C'est encore ici l'occasion de rappeler que l'une des spécificités de la France par rapport aux autres pays industrialisés, est que le mal-être touche d'abord, à des degrés divers, **les jeunes pris dans leur ensemble et qu'en tant que tel il menace leur avenir**. Si en effet, ce mal-être des jeunes était durable et concernait une fraction significative de cette tranche d'âge, ce serait l'avenir – et en particulier la santé – de l'ensemble de la population française qui serait menacé.

- **Des mesures permettant d'améliorer la connaissance des effets de la pauvreté et de la précarité sur la santé** : parce que les effets de la précarisation sociale sur les processus de santé sont mal connus en France, essentiellement parce qu'ils n'ont pas fait l'objet d'enquêtes longitudinales permettant d'identifier les trajectoires de précarisation, il est aujourd'hui difficile de proposer des politiques sociales et sanitaires cohérentes. Dans un tel contexte, il devient indispensable que les chercheurs, les financeurs, les décideurs ainsi que plus largement les professionnels et au-delà l'opinion publique tout entière puissent bénéficier d'informations fiables à partir desquelles pourront être mises en œuvre des stratégies appropriées. Des mesures urgentes qui permettront *d'améliorer la connaissance* des processus de précarisation et de leurs effets sur la santé doivent donc être prises. Au premier rang de ces mesures se situent celles destinées à pallier l'absence de système d'information sanitaire cohérent qui devient chaque jour un handicap de plus en plus considérable pour la recherche, l'aide à la décision ainsi que pour l'évaluation des dispositifs mis en place.
- **Des mesures qui permettent le développement d'une « nouvelle culture »** : ces mesures concernent 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 qui a 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 sociale et les milieux professionnels de santé ont fait preuve dans leur ensemble d'une faible capacité d'adaptation qui est aujourd'hui l'une des causes majeures du manque de souplesse de la réponse institutionnelle. Un véritable travail pédagogique est donc essentiel pour mobiliser ces secteurs

professionnels. Mais ce travail doit aussi être entrepris vis-à-vis de l'opinion publique, c'est-à-dire de la société tout entière, si l'on veut éviter le glissement déjà perceptible vers l'acceptation d'un modèle « à deux ou plusieurs vitesses ». De ce point de vue, il est essentiel que le débat sur le travail ne se résume pas à un affrontement entre partisans d'une économie libérale, dont on peut voir les ravages sur la santé des groupes sociaux les plus fragiles dans les pays qui l'ont promue (États-Unis, Royaume-Uni) et les partisans d'un retour au *statu quo ante*. Du strict point de vue de la santé publique, ce débat sur le modèle social à la française doit mobiliser toute la population afin que chacun puisse prendre conscience des enjeux considérables qui se cachent derrière certaines propositions faites par des compagnies privées d'assurance dont les conséquences à plus ou moins long terme seront d'aggraver les inégalités.

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 termes de la pauvreté et de la précarité sur la santé des couches sociales les plus défavorisées, **ce rapport veut insister sur le fait que les inégalités de santé qui existent en France sont très marquées et très probablement plus liées aux profondes différences socio-économiques et de niveau d'éducation qu'aux comportements à risque qui n'en sont le plus souvent que la conséquence.** Il tient également à souligner que ces inégalités sociales de santé existaient avant que les bouleversements économiques de ces dernières années viennent les rendre plus visibles et plus massifs. Ces mutations n'ont pas créé les inégalités de santé, elles les ont renforcées.

Il faut donc mettre en garde contre toute politique sociale dont l'objectif se limiterait à corriger les conséquences les plus visibles des inégalités sociales sur la santé. Se contenter de mesures spécifiques de réinsertion, même dans l'hypothèse où elles seraient parfaitement efficaces, reviendrait 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. 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 nationale qui réclame un engagement social de tous les secteurs de l'action publique.** Prévenir la stagnation voire la régression de l'état de santé de millions de personnes dans un pays riche et démocratique, et donc en conséquence contribuer au maintien de la cohésion sociale, paraît être un objectif raisonnable dont le caractère éthique ne saurait échapper à l'ensemble de la société et en particulier à ses élites.

Mesures d'intégration et de cohésion sociales

Les mesures d'intégration et de cohésion sociales sont des mesures à caractère général qui cherchent à inverser la logique inégalitaire qui se développe dans la société française et conduit inexorablement à creuser un fossé entre des couches sociales bénéficiant d'une large protection et d'autres plus défavorisées qui ne bénéficient que d'une protection minimale. S'il n'appartient pas au Haut Comité de la santé publique d'intervenir dans le champ politique, il est par contre de sa responsabilité de rappeler qu'une action efficace et intégrée sur les principaux déterminants de la santé produit des effets mesurables qui contribuent à l'amélioration de l'état de santé de l'ensemble de la population.

En proposant d'intervenir prioritairement sur certains déterminants majeurs de l'état de santé, ces mesures d'intégration et de cohésion sociales ont donc pour objectif d'empêcher ou de ralentir le glissement vers la précarité et la pauvreté, et par là même de contribuer à la cohésion de la société tout entière. C'est pourquoi, même si leurs effets ne peuvent être visibles qu'à moyen et long termes, **elles représentent, en termes de priorité, les mesures essentielles à prendre pour lutter efficacement contre le risque de précarisation des couches les plus fragiles de la société et ses effets négatifs sur leur santé.**

L'enfance et la jeunesse doivent constituer la cible principale des mesures à prendre, car si les conséquences à moyen et long termes des phénomènes de précarisation sur leur santé sont encore mal connues, elles sont aujourd'hui suffisamment inquiétantes pour représenter un sujet de préoccupation majeur, *a fortiori* pour les plus vulnérables d'entre eux sur qui pèsent d'emblée les effets directs de la progression de la pauvreté et de la précarité et donc pour appliquer le principe de précaution. C'est en effet avant tout leur santé physique, psychique et sociale qui est aujourd'hui menacée et c'est donc vers elle que doivent être dirigées les mesures prioritaires.

En effet, si le problème de la précarisation de l'emploi est, avec raison, le débat fondamental qui traverse l'ensemble de la société française, ce débat est loin d'être terminé tant les solutions apparaissent lointaines et incertaines. Quels que soient les résultats des immenses mutations socio-économiques qui sont en marche à l'échelle de la planète, une chose est sûre : **la meilleure manière d'affronter l'avenir est bien d'offrir aux enfants et aux**

jeunes les conditions les meilleures pour le préparer. Ne pas le faire serait accepter un gaspillage insupportable.

L'emploi et le travail

Faire reculer le chômage et lutter contre la précarité des emplois est probablement la façon la plus efficace de combattre la précarisation sociale puisque c'en est à la fois la raison initiale et la cause majeure. Si d'autres facteurs comme la solidité des liens familiaux, le niveau de qualification professionnelle ou l'existence de liens sociaux jouent également un rôle essentiel, l'emploi et le travail sont devenus les principaux facteurs d'intégration sociale. Aujourd'hui et quel que soit l'âge, l'absence d'emploi ou le caractère précaire d'une proportion croissante d'emplois sont souvent à l'origine de l'entrée dans un processus de précarisation. Bien que le débat soit largement ouvert sur les différents moyens de réinsertion sociale des groupes les plus démunis, nombreux sont ceux qui considèrent qu'une politique économique basée sur la création d'emplois durables est indispensable pour que des millions de ménages placés aujourd'hui en situation de grande fragilité puissent à nouveau bénéficier du développement de la richesse nationale. Cependant, l'histoire socio-économique de l'Europe au cours des vingt dernières années et particulièrement celle de la France montre que ce n'est pas là une tâche aisée et que si certains pays connaissent des situations moins défavorables du point de vue du chômage, le nombre d'emplois offerts n'est pas forcément synonyme de stabilité de ces emplois. De toute façon, et pour souhaitable qu'elle soit, si la résorption du chômage ne relève pas de la compétence du ministère de la Santé, elle n'est pas étrangère au mandat du Haut Comité de la santé publique. En effet, la réflexion de celui-ci ne peut exclure aucun des déterminants de la santé, lesquels sont en majorité extérieurs au champ sanitaire. Sans entrer dans le domaine largement débattu des moyens, il est malgré tout nécessaire de rappeler que quelle que soit la politique de l'emploi proposée, deux objectifs apparaissent particulièrement importants du point de vue de la santé publique : la lutte contre le chômage des jeunes et la lutte contre la dégradation des conditions de travail.

Considérer la lutte contre la précarité de l'emploi, notamment celui des jeunes, comme une priorité de la solidarité nationale

Depuis de nombreuses années, les sondages montrent que la lutte pour l'emploi est considérée par l'ensemble des Français comme la priorité des priorités. Les différents gouvernements qui se sont succédé à la tête du pays ont tous tenté de mettre en

œuvre des politiques destinées à contenir un chômage, dont la progression est régulière depuis plus de vingt ans, et cherché à favoriser l'emploi des jeunes par la création de multiples dispositifs. Non seulement il est de plus en plus difficile – lorsque l'on est jeune et peu ou pas qualifié – d'obtenir un emploi, mais ceux-ci deviennent de plus en plus précaires et les contrats à durée déterminée ou à temps partiel se multiplient au point de représenter aujourd'hui la majorité des emplois offerts aux jeunes. Par rapport aux pays voisins, la situation de la France à cet égard est inquiétante. Il est donc urgent de prendre des mesures permettant d'éviter la marginalisation sociale d'une partie de la jeunesse par absence de perspectives d'avenir. On ne peut donc que se féliciter des mesures gouvernementales récentes permettant de créer un nombre important d'emplois pour les jeunes. Il faut cependant souligner que ces emplois iront dans leur majorité à des jeunes déjà diplômés et non à ceux qui n'ont pas de qualification et qui connaissent les situations de précarité les plus extrêmes. Bien entendu, **on ne peut que soutenir toutes les initiatives visant à offrir des emplois durables aux jeunes. Mais on doit également s'inquiéter dans ce domaine de l'absence de projets d'envergure visant plus particulièrement les jeunes peu qualifiés et d'origine modeste qui sont plus exposés que les autres au glissement vers la précarité et la pauvreté.**

Renforcer le cadre légal pour une meilleure protection des travailleurs contre la dégradation des conditions de travail

Si la précarité de l'emploi et le chômage sont une source importante de souffrance physique et psychique, la création éventuelle d'emplois ne doit pas conduire à des conditions de travail insupportables en particulier en ce qui concerne la pénibilité, les horaires ou le rythme du travail. Ceci reviendrait à « chosifier » les travailleurs, leur faisant perdre ainsi leur dignité et peut-être leur santé. En effet, on constate que le chômage et la flexibilité du travail conduisent depuis quelques années à une importante dégradation des conditions de travail, en particulier par l'intensification du travail, la déréglementation du temps de travail et l'externalisation des travaux dangereux vers les salariés en sous-traitance et/ou en situation précaire. Le chômage et la flexibilité ont également permis que soient mis en place des processus de sélection/exclusion par la santé qui conduisent à ne garder sur le marché de l'emploi que des travailleurs en bonne santé, marginalisant ainsi dans différents compartiments de l'exclusion sociale, ceux qui ne peuvent plus « tenir » dans le cadre des « nouvelles normes » du travail. Or si elles sont censées améliorer la productivité des

entreprises, ces stratégies ont un coût de plus en plus lourd pour la collectivité, non seulement en termes d'indemnités de chômage ou de revenu minimum d'insertion, mais aussi en termes de soins aux malades et aux handicapés. Ainsi voit-on peu à peu se constituer une réalité nouvelle : s'ajoutant à la souffrance liée à leur situation sociale, la mauvaise santé des chômeurs et des exclus est en partie la conséquence des atteintes physiques ou psychologiques dues à l'activité professionnelle antérieure. Quant à ceux dont le handicap préexiste à l'entrée dans l'emploi, ils ont de moins en moins de chance de pouvoir prétendre y trouver place, malgré la législation les concernant.

Dans un contexte où la peur du chômage conduit beaucoup de travailleurs à accepter des modifications des conditions de travail pouvant mettre en danger leur santé, **la protection des travailleurs contre la dégradation des conditions de travail doit devenir une priorité dans les entreprises.** La législation sur les conditions de travail et la prévention des risques doivent être appliquées dans toutes les entreprises *a fortiori* lorsque l'on demande aux travailleurs des efforts en termes de flexibilité du travail. **La protection de la personne au travail est une responsabilité majeure des pouvoirs publics. Ceux-ci doivent non seulement faire respecter la législation en vigueur mais également l'adapter en tenant compte d'un besoin accru de protection dans certains secteurs de l'économie.** Aujourd'hui, la lutte contre la dégradation des conditions de travail est devenue aussi une lutte contre le chômage et la précarité.

L'éducation En accord avec les avis du Haut Comité de la santé publique qui, à plusieurs reprises, a insisté sur l'urgence de la mise en œuvre d'une politique de santé publique en direction de l'enfance et de l'adolescence, ce rapport recommande de **faire de la santé physique, mentale et sociale de l'ensemble de la jeunesse une priorité nationale.** Pour cela, il ne suffit pas de mettre en œuvre de nouveaux dispositifs de protection médico-sociale, mais il est nécessaire d'unir et de coordonner les efforts des parents et des institutions compétentes pour que les temps scolaires et extra-scolaires permettent un développement complet de la personnalité des enfants et des adolescents.

***Faire de la prévention de l'illettrisme
l'axe fondamental de la mission des enseignants à l'école primaire***

L'école de Jules Ferry, qui s'était donné pour mission d'alphabétiser l'ensemble des enfants de France, tout en sélectionnant de bonne heure une élite capable de prendre en charge les affaires

du pays, n'est plus adaptée au monde d'aujourd'hui. Les réformes successives, visant à élever le niveau de formation générale, ne parviennent plus à intégrer, dans un modèle conçu pour « l'élite », un nombre d'enfants croissant. L'illettrisme à l'entrée au collège est devenu un problème majeur que l'école, telle qu'elle est organisée et fonctionne aujourd'hui, n'est pas capable de résoudre. Pourtant, dans la majorité des cas, s'ils entrent au collège sans savoir lire, écrire et compter, ces enfants ont alors perdu leurs chances de qualification professionnelle et donc d'insertion stable dans le monde du travail. De plus, une scolarité longue n'est plus, comme par le passé, un gage de réussite sociale. Elle est le plus souvent la conséquence de l'absence de perspectives d'emploi ou de la volonté des familles persuadées – de façon souvent illusoire – que le maintien à l'école est pour leurs enfants l'assurance d'une meilleure position sociale.

Moins bien armés culturellement pour résister dans une école qui privilégie très tôt l'abstraction et met en œuvre la compétition dès le plus jeune âge, les enfants des couches sociales défavorisées vivent le plus souvent difficilement leur scolarité. Les statistiques montrent sans ambiguïté que plus le niveau social de la famille est bas, plus la réussite scolaire est faible. L'école maintient de nombreux enfants, pendant de longues années, dans l'expérience de l'échec. Ce qui était perçu autrefois comme la conséquence logique de l'appartenance à une couche sociale déterminée, qui n'engendrait aucune honte (« Je suis comme mon père, je n'aime pas l'école... », « mon fils est un manuel comme son père... ») et n'empêchait pas l'insertion professionnelle, est ressenti aujourd'hui comme un échec personnel qui contribue à faire perdre précocement et surtout durablement l'estime de soi. Beaucoup d'enfants viennent aujourd'hui à l'école avec la honte de ce qu'ils sont et on leur fera regretter toute leur vie de « ne pas avoir travaillé à l'école ».

Il apparaît donc non seulement que l'école n'atteint plus son objectif d'intégration (donner à chaque enfant les repères qui le préparent à sa vie de citoyen), mais qu'elle est devenue une institution qui au lieu de les corriger, renforce dans de nombreux cas les inégalités quand elle n'en produit pas elle-même. **Les inégalités à l'école sont l'une des premières causes de vulnérabilisation des individus dans la société. Il est donc nécessaire que – dès les premières années – et par une politique très volontariste soient pris en compte les problèmes de chaque enfant, en tenant compte de son origine socio-économique et culturelle.**

Vu l'importance du handicap quasiment irréversible que représente l'illettrisme qui va considérablement limiter les capacités futures

de développement individuel, **le HCSP considère qu'une profonde réforme de l'enseignement primaire est devenue une urgence et que celle-ci doit favoriser une approche plus individuelle.** Cette réforme devrait comprendre au moins deux axes essentiels : (i) l'apprentissage personnalisé de la lecture et de l'écriture, en particulier pour ceux qui sont en difficulté scolaire, qui constituerait l'un des meilleurs moyens de prévention de la précarité dès l'école et (ii) l'apprentissage du sens civique, c'est-à-dire du sentiment d'appartenir à une société vis-à-vis de laquelle on a des devoirs de citoyen. Pour « dépassée » qu'elle soit, l'instruction civique – l'instruction sur les devoirs du citoyen – devrait faire partie des connaissances de base enseignées très tôt.

***Protéger la vie périscolaire des enfants
et des adolescents en développant les activités extra-scolaires***

Les difficultés économiques des parents, la taille réduite et parfois la vétusté des logements, le surmenage de la mère et souvent l'absence de père font qu'un nombre croissant d'enfants, de plus en plus jeunes, passent en dehors des heures scolaires un temps relativement important hors du domicile familial. Ces enfants, quelquefois encore à l'école primaire, côtoient des enfants plus âgés et partagent ainsi leurs discussions et leurs difficultés à vivre. Très vite, parfois comme épreuve initiatique leur permettant d'être acceptés par le groupe, ils peuvent alors être recrutés par les plus grands comme « petites mains » et sont amenés à commettre des délits mineurs (vols ou trafics divers) ou à assister, voire à participer à des violences. C'est ainsi que certains enfants franchissent une étape décisive dans un processus de marginalisation. C'est ainsi également que beaucoup subiront des violences qui les marqueront pour un grand nombre d'années, si ce n'est pour toujours.

Des dispositifs d'accueil des enfants à la sortie de l'école, le mercredi après-midi ou le samedi, existent depuis longtemps dans la plupart des communes : accompagnement scolaire associatif, centres de loisirs municipaux, clubs de sport, opérations « École ouverte », etc. Cependant, dans un bon nombre de cas, ces dispositifs sont relativement éloignés et demandent l'utilisation de transports en commun, l'inscription réclame une démarche préalable des parents avec fourniture de documents administratifs et paiement d'une cotisation, et bien souvent les heures d'ouverture sont relativement réduites. Quand les familles sont trop marginalisées ou tout simplement trop pauvres pour effectuer les démarches nécessaires ou que l'autorité parentale n'est pas suffisante pour le lui imposer s'il est réticent, l'enfant reste alors en

dehors de l'encadrement des dispositifs existants et n'a plus que la rue et les cages d'escalier comme lieu de loisir et de rencontre avec les autres. De plus, il est rare qu'existent des dispositifs pour accueillir les enfants après 19 heures, une bonne partie des week-ends et les jours fériés, ce qui crée de longs moments pendant lesquels les enfants sont souvent livrés à eux-mêmes.

Il serait souhaitable de donner à ces différents dispositifs les moyens d'élargir les plages horaires d'accueil des enfants. Il serait également essentiel de développer des dispositifs souples dans lesquels les animateurs pourraient aller rejoindre les enfants sur leurs lieux de jeux pour créer avec eux des relations structurées et les amener progressivement à participer à des activités plus organisées au cours desquelles ils pourraient entrer en relation avec d'autres enfants. Le contact avec les parents pourrait alors se faire une fois que la relation avec l'enfant est suffisamment solide. De tels dispositifs en « milieu ouvert » existent déjà pour les adolescents. Il conviendrait de les renforcer et surtout de les développer en direction des enfants plus jeunes en errance dans les quartiers. Parce que la vie périscolaire joue un rôle considérable dans le développement de l'enfant et que, malgré les efforts de nombreuses associations ou municipalités, celle-ci reste souvent négligée et ne concerne donc qu'une minorité d'enfants défavorisés, **il faut attirer l'attention des pouvoirs publics sur les activités extra-scolaires, un domaine de l'éducation qui est relativement négligé. Le temps périscolaire doit être mieux mis à profit, y compris dans les locaux scolaires. Dans le cadre des emplois jeunes, des moyens doivent être dégagés pour que l'école puisse rester ouverte à des activités extra-scolaires. Un effort significatif – en particulier dans le cadre de la politique de la ville – doit être fait pour que les associations travaillant dans ce domaine puissent élargir leurs activités en direction des plus jeunes.**

Développer l'éducation pour la santé dès l'école primaire

L'éducation pour la santé devrait être dispensée dès l'école primaire par l'instituteur qui pourrait si besoin se faire assister par un professionnel de la santé, infirmière scolaire ou médecin. Ainsi que le rappelait le rapport sur « *Santé des enfants, santé des jeunes* » remis en juin 1997 par le Haut Comité de la santé publique à la Conférence nationale de santé : « L'éducation pour la santé à l'école primaire doit jouer un rôle majeur car :

- elle s'adresse à tous les enfants, quelle que soit la catégorie socioprofessionnelle ou le niveau d'éducation des

parents, et est donc un facteur de réduction des inégalités sociales et familiales qui pèsent lourdement sur les indicateurs de santé ;

- elle touche les enfants avant la puberté, à un âge où leur esprit est relativement disponible et prêt à recevoir et intégrer tout ce qui concerne leur croissance, leur santé et celle de leurs proches. »

Il apparaît aujourd'hui indispensable que soit institutionnalisée l'éducation pour la santé de l'école maternelle jusqu'au lycée.

L'objectif principal de cet enseignement étant de développer le sens des responsabilités de l'enfant vis-à-vis de son corps et de celui des autres (famille, camarades, enseignants), il contribuerait ainsi à réduire la violence contre soi (conduites à risque, suicides) et contre les autres. L'éducation pour la santé n'est en fait qu'un aspect de l'éducation à la relation : de soi à soi, de soi à son environnement proche, de soi aux institutions et à la société. L'enfant devra être à même de comprendre que le comportement ou les habitudes peuvent créer des conditions favorables ou défavorables à la croissance et à l'épanouissement de chacun.

Aider les parents à assumer leurs responsabilités par la multiplication des dispositifs d'écoute et d'accompagnement

La France a de longue date une politique familiale qui par ses résultats la situe avec le Danemark aux premiers rangs des pays de l'Union européenne. Cependant en cette fin du XX^e siècle, la société française connaît une véritable mutation des formes d'organisation familiale. Cette mutation découle de plusieurs facteurs parmi lesquels il faut distinguer tout particulièrement l'accès des femmes à l'emploi salarié, phénomène qui n'a été que peu affecté par l'irruption de la crise économique même si les femmes payent un tribut plus lourd que les hommes au chômage. On est ainsi passé d'une famille-institution fonctionnant sous l'autorité de l'homme et minorant le rôle de la femme, à une pluralité de modèles familiaux, où semble progressivement s'imposer la famille aux parents égaux, qu'elle soit ou non réunie au sein du même ménage.

Ces changements considérables et sans doute irréversibles de la structure familiale modifient profondément non seulement la nature des relations entre parents et enfants, mais également les relations entre ces nouveaux types d'organisation familiale et le reste de la société. Car si la famille structurée autour du père et de la mère unis par les liens du mariage reste le modèle théoriquement dominant, la réalité familiale d'un nombre grandissant d'enfants est aujourd'hui bien loin de ce modèle, et les institu-

tions n'ont pas toujours la souplesse nécessaire pour s'adapter à ces nouvelles données. **Toute politique d'accompagnement des familles dans leur rôle éducatif doit prendre en compte ces mutations du modèle familial. Ce serait une grave erreur que de l'oublier lors de l'élaboration des mesures de soutien, car cela conduirait à des mesures discriminatoires, et ne ferait qu'aggraver la situation des enfants dont la réalité familiale ne correspondrait pas au modèle dominant. Il est nécessaire que, dans ce domaine, les pouvoirs publics renforcent leur soutien au monde associatif en tant que partenaire privilégié, d'autant plus que de nombreux parents, inquiets et plus souvent impuissants qu'« irresponsables », demandent fréquemment une aide de proximité.**

Le logement

Les nombreux débats qui en 1995-1996 ont précédé le projet de loi pour le renforcement de la cohésion sociale ont mis en évidence le fait qu'**entre l'insertion et l'exclusion il y a le plus souvent un événement capital qui est la perte du logement**. Or malgré l'avis du Conseil constitutionnel qui considère que « la possibilité pour toute personne de disposer d'un logement décent est un principe à valeur constitutionnelle » et l'exposé des motifs de la loi pour le renforcement de la cohésion sociale qui reconnaissait «... le logement comme l'un des cinq droits fondamentaux auxquels un accès effectif doit être garanti », le nombre de sans abris et de mal-logés reste à des niveaux inacceptables. Une telle situation est d'autant plus inquiétante que parallèlement à la montée de la précarité, l'effort de la nation pour le logement ne cesse de décroître depuis dix ans (de 2,08 à 1,69 % du PIB). Cette évolution met en évidence le fait que si le droit à un logement est théoriquement reconnu comme un droit fondamental au même titre que la santé ou l'éducation, il ne s'impose pas dans la pratique comme un droit pour lequel l'effort de la nation est mobilisé.

Garantir à tous le droit à un logement décent

Dans son dernier rapport, le Haut Comité pour le logement des personnes défavorisées constate que « ... en dépit d'une succession de plans d'urgence et de l'adoption de mesures destinées à rendre plus fluide la chaîne du logement, la montée de la précarité et la contraction de l'offre locative à bas loyer n'ont cessé de compliquer l'accès au logement ou le maintien dans un logement décent pour un nombre croissant de familles¹⁷⁵ ».

175. *Lever les obstacles au logement des personnes défavorisées*, 4^e rapport du Haut Comité pour le logement des personnes défavorisées, Paris, juillet 1997.

Ce constat rejoint celui que fait le Haut Comité de la santé publique quand il observe l'inadaptation croissante du système social à faire face à la montée de la pauvreté et de la précarité. Devant la persistance des obstacles qui retardent la mise en œuvre du droit au logement et sachant l'importance du logement comme déterminant de l'état de santé, le Haut Comité de la santé publique considère que les principales dispositions recommandées par le Haut Comité pour le logement des personnes défavorisées pour lutter contre la précarité dans ce domaine sont en cohérence avec l'esprit général de ses propres recommandations.

Après avoir rappelé que «... l'État doit être le garant du droit au logement, car il a seul la capacité d'intervention permettant de corriger les conséquences des lois du marché lorsque celles-ci aboutissent à priver les plus démunis d'un juste accès à leurs droits », il propose trois types de mesures :

- Pour les familles et les personnes dont le seul handicap est économique, le respect du droit au logement nécessite, en priorité, **la revalorisation des aides personnelles.**
- Des mesures doivent également être prises pour **accroître quantitativement et qualitativement l'offre de logements sociaux** que ce soit en adaptant le parc HLM aux ressources et aux dimensions des familles ou en mobilisant les logements du parc privé.
- Pour les ménages qui cumulent les handicaps de revenu avec des difficultés d'ordre personnel, familial, social ou culturel, une politique plus globale est nécessaire : **l'offre d'un logement adapté doit être complétée par une offre de soutien et d'accompagnement social.**

Le fait de disposer d'un logement décent est l'une des conditions préalables à la protection de la santé, et le droit au logement l'un des droits fondamentaux qui contribuent le plus au respect de la dignité de la personne et constitue donc un facteur essentiel de cohésion sociale. Dans une époque caractérisée à la fois par un immense parc immobilier non occupé et un nombre important de mal-logés, **il est urgent que les pouvoirs publics créent les conditions pour diminuer le nombre de personnes qui ne bénéficient pas encore aujourd'hui d'un logement décent pour eux-mêmes et leur famille. De même, il est urgent de prévoir des dispositifs pour que les familles les plus démunies ne soient plus victimes d'expulsion si elles n'ont pas de solutions de relogement et que l'électricité ne leur soit plus coupée.**

Entreprendre une politique de rénovation des logements qui sont source de saturnisme pour les enfants

Le nombre d'enfants qui doivent être traités pour saturnisme, parce qu'ils vivent dans des appartements où les peintures contiennent du plomb, s'élève à plusieurs centaines par an. Pris à temps, le traitement curatif est en général efficace, mais le plus souvent ces enfants sont renvoyés chez eux, c'est-à-dire dans le logement qui les a rendus malades. Il est donc nécessaire d'identifier l'ensemble des logements à risque afin que soit mise en œuvre une politique cohérente de réhabilitation destinée à faire disparaître les peintures responsables.

Faire de la lutte contre la dégradation de l'environnement urbain une priorité nationale

Les modifications de l'environnement urbain au cours des vingt dernières années sont l'une des formes les plus visibles de la lente mais inexorable progression des phénomènes de précarisation. Devenues excluantes, violentes, coupées du centre par de solides frontières psychologiques et concentrant les difficultés et les exclusions, de nombreuses zones périurbaines se sont peu à peu vidées de leurs activités traditionnelles. Elles condamnent aujourd'hui leurs habitants à vivre isolés dans un environnement dégradé et stigmatisant, où les logements sont souvent insuffisants, parfois insalubres et toujours insatisfaisants¹⁷⁶. **Elles constituent un facteur déterminant non négligeable de la santé de ses habitants et tout particulièrement de celle des enfants et des adolescents vivant dans un environnement peu favorable à leur épanouissement.** Cette apparition de véritables ghettos à la périphérie des villes ou dans certains bassins d'emploi sinistrés a conduit au cours des années quatre-vingt à la mise en place d'une politique de la ville. Bien que parfois accusée de contribuer à la stigmatisation en donnant un statut particulier aux quartiers « en difficulté », il n'est pas contestable que cette initiative et les dispositifs qui l'ont suivie ont largement contribué à la prise de conscience du phénomène. Par son caractère territorial et intersectoriel, la politique de la ville a apporté un ensemble de réponses concrètes souvent originales qui représentent un modèle d'interventions coordonnées entre les pouvoirs publics et les élus et acteurs locaux. **Dans le domaine de la santé, elle a permis le développement d'initiatives locales telles que des actions de prévention, des programmes de santé publique ou la mise en**

176. La société française, *Données sociales*, 1996, *op. cit.*

réseaux de professionnels qui par leur caractère novateur ont ouvert de nouvelles perspectives pour l'organisation du système de santé. Dans l'esprit des mesures prises par les dispositifs de la politique de la ville qui visent à rebâtir le tissu social et économique dans les quartiers en difficulté, il paraît fondé de recommander – comme cela a été réalisé dans certaines villes américaines et canadiennes – qu'une priorité soit donnée à la réhabilitation des zones urbaines particulièrement dégradées. Dans ce domaine, le secteur public et les grandes entreprises devraient se montrer particulièrement dynamiques et novateurs.

L'environnement physique qui est également un déterminant majeur de l'état de santé, vient parfois encore aggraver la situation des populations qui résident dans les quartiers en difficulté et/ou dans des logements précaires. Bien souvent situés dans des espaces urbains périphériques à proximité et sous le vent de zones industrielles, d'axes routiers ou ferroviaires, d'aéroports ou encore de centrales thermoélectriques quand ce n'est pas de décharges publiques voire d'incinérateurs, ces logements sont parfois soumis à une pollution intense qui est largement ignorée. On pourrait à cet égard s'interroger sur les raisons du succès médiatique des problèmes d'environnement globaux (effet de serre, trou d'ozone, modifications climatiques liées à «El Niño», etc.) et sur le relatif silence qui règne face à des problèmes d'environnement locaux comme la pollution de la nappe phréatique, le saturnisme lié à la présence de plomb dans la peinture, le bruit ou encore les effluents industriels. Bien qu'en ce domaine existe une grande variabilité individuelle, on peut considérer **que cette pollution quotidienne a des effets incontestables – bien qu'encore peu documentés – sur la santé des groupes les plus vulnérables que sont les enfants et les personnes âgées vivant dans ces quartiers.** Dans la majorité des cas, elle touche bien sûr l'ensemble de la population environnante. Mais elle constitue un déterminant de l'état de santé d'autant plus marqué qu'il vient s'ajouter à l'influence massive des déterminants socio-économiques. **Peu d'attention a été jusqu'ici accordée au rôle de l'environnement sur la santé, en particulier dans les zones exposées aux pollutions régulières. Il est dans ce domaine indispensable qu'une véritable politique soit élaborée et mise en œuvre conjointement par les autorités sanitaires et les institutions en charge de la protection environnementale.** L'environnement ne doit pas être considéré comme un déterminant agissant toujours de façon non spécifique, mais également comme un facteur venant aggraver des états de santé déjà fragilisés par des conditions de vie et de travail dégradées.

En d'autres termes **l'environnement doit aussi parfois être regardé comme un déterminant social.**

La protection sociale et la santé

Si l'on compare les systèmes de protection sociale, la France possède, parmi les pays d'Europe, l'un des systèmes sociaux les plus généreux bien qu'en matière de santé il soit celui qui laisse la plus grande part des dépenses aux ménages. Mais, contrairement à beaucoup d'autres pays européens et malgré le souhait initial de ses fondateurs en 1945, il n'a toujours pas de caractère universel. En d'autres termes, malgré un empilement impressionnant de dispositifs destinés à couvrir de multiples risques et les charges qu'ils représentent pour la collectivité (en 1994, les ressources de la protection sociale se montaient à 2 189 milliards de francs¹⁷⁷), un nombre significatif de personnes – des jeunes en particulier – passent entre les mailles du filet social et se retrouvent sans domicile et sans ressources, démunies de tout, dans la rue et n'ayant pour survivre que le recours aux associations caritatives. Il reste donc une population « interstitielle » qui n'a toujours pas accès aux droits et aux dispositifs d'aide ou qui, bénéficiant théoriquement de ces droits, ne les utilise pas. De fait, le nombre de personnes qui échappent au système de protection sociale reste mal connu. On les retrouve dans les urgences des hôpitaux, sans droits ouverts, ou pire cachant cette situation pour préserver leur dignité, et entraînant alors une surcharge de travail pour les services administratifs. On les retrouve dans les foyers d'hébergement ou dans des logements insalubres n'ayant même plus la volonté de faire les démarches nécessaires pour obtenir le RMI et les droits sociaux qui y sont associés. La persistance d'une population essentiellement jeune qui reste à l'écart des dispositifs pose le problème de l'inadaptation de la réponse actuelle aux nouveaux besoins et soulève la question de la complexité et du caractère non universel du système de protection sociale. **Ainsi qu'il a été largement démontré dans ce rapport, le problème de la non-universalité de la protection sociale est devenu aujourd'hui l'une des questions les plus fondamentales que doit affronter la société française.**

Pour tendre vers ce principe d'universalité, cinq propositions au moins semblent devoir être considérées comme prioritaires et donc mises en œuvre rapidement.

177. SESI, Comptes de la protection sociale, ministère du Travail et des Affaires sociales, 1996.

Simplifier les conditions d'accès aux prestations sociales

L'ouverture des droits sociaux est un parcours qui, lorsqu'il doit être effectué par une personne seule, à la recherche d'un emploi hypothétique et par ailleurs submergée par des problèmes de survie quotidienne, tient parfois de l'exploit. Alors qu'ils devraient permettre un accès rapide aux soins, les droits sociaux sont parfois si difficiles à reconnaître que paradoxalement ils deviennent un obstacle à l'accès aux soins. Il est par exemple difficilement justifiable qu'il faille « d'une minute à deux ans¹⁷⁸ » pour faire établir les droits d'un malade, alors que de toute évidence ces droits finiront par lui être accordés. Les difficultés rencontrées pour obtenir les droits sociaux sont aujourd'hui responsables d'une partie du retard que l'on peut constater dans le recours au système de soins, et comme telles contribuent au glissement de certaines personnes démunies de la précarité vers la pauvreté. **Il faut donc attirer l'attention des pouvoirs publics sur l'urgence de la mise en œuvre d'un accès simplifié aux droits sociaux – en particulier par une politique d'information très active et une simplification des procédures – afin que les démarches nécessaires ne représentent plus un obstacle à l'obtention de ces droits.** Deux dispositions doivent être recherchées : (i) de la part des personnels d'accueil dans les structures de soins : la présomption de droits ouverts pour l'accès aux soins ; (ii) un effort exceptionnel doit également être fait pour normaliser les relations entre le système de protection sociale et les citoyens quels que soient leur âge, leur sexe, leur ethnie et leur situation par rapport à l'emploi. **Toute personne en difficulté doit pouvoir bénéficier de la solidarité nationale avant que ne se produisent des dommages tels que sa santé – voire son existence – s'en trouve gravement menacée.**

Généraliser le système du tiers payant pour l'ensemble des actes afin d'éviter l'avance de frais

L'un des principes de la médecine libérale française étant le paiement direct, le système d'assurance maladie s'est contenté de « rembourser » les frais avancés. À l'hôpital, dans les centres de soins et aujourd'hui dans les pharmacies, des systèmes de tiers payant ont peu à peu été mis en place. Cependant pour une partie non négligeable de la population, l'avance des frais pour les actes médicaux, même ultérieurement remboursés représente

178. Expression utilisée par la responsable d'une association humanitaire lors de sa présentation au groupe de travail du Haut Comité de la santé publique.

une dépense telle qu'elle est un frein significatif à la consommation médicale. On aboutit donc au paradoxe suivant : les catégories sociales bien assurées n'ont que rarement à faire l'avance des frais en particulier si elles consultent dans des centres dépendant de leur système d'assurance complémentaire ou dans les hôpitaux du secteur public, alors que les personnes qui ne bénéficient ni d'une assurance complémentaire ni d'une exonération du ticket modérateur doivent non seulement faire l'avance des frais, mais gardent à leur charge une partie des dépenses. Cette avance des frais et le paiement du ticket modérateur sont imposés, y compris pour l'entrée dans le système de soins, c'est-à-dire la consultation de médecine générale. Alors que beaucoup des pays voisins imposent l'accès au système de soins par le médecin généraliste, le système français, par l'avance des frais, qu'il impose, incite à consulter directement à l'hôpital et est donc un système inégalitaire et coûteux. La généralisation du tiers payant étendu en priorité absolue à la consultation de médecine générale, puis à l'ensemble des actes de la médecine ambulatoire, de la pharmacie et de la biologie, améliorerait l'accessibilité des couches sociales défavorisées aux services de santé. **Le tiers payant doit être étendu à tous les actes normalement remboursés de la médecine ambulatoire dès qu'une personne se trouve dans des difficultés telles qu'elle ne peut faire l'avance des frais. Il est donc nécessaire que les professionnels de santé et tout particulièrement les médecins acceptent et coopèrent – malgré ses inconvénients administratifs – à une telle politique. L'exemple des pharmaciens devrait les y inciter.**

Favoriser le développement rapide sur l'ensemble du territoire de réseaux médico-sociaux et de filières coordonnées de soins

Depuis une dizaine d'années, des expériences de réseaux de soins coordonnés se développent. Ce type d'organisation de l'offre médico-sociale est un remède possible au désordre dispendieux qui résulte de la non-organisation des soins. La coordination des intervenants de santé permet que certaines pathologies ou populations particulières soient prises en charge plus rationnellement. Ces expériences sont toutefois peu et mal évaluées. Il apparaît pourtant que chacun devrait y trouver son intérêt : patients, professionnels du monde social et de la santé, financeurs. Ce phénomène n'est pas isolé puisque dans la plupart des pays développés on se dirige – lorsque ce système n'est pas en place depuis longtemps – vers une réorganisation de l'offre de soins primaires basée sur une équipe médico-sociale animée par des médecins généralistes. Mais en France, la non-coopération des profes-

sionnels et des régimes sociaux transforme chaque projet expérimental en parcours du combattant. Bien qu'encore balbutiante, cette évolution est encouragée par les ordonnances d'avril 1996. **Il est donc capital, compte tenu des moyens très modestes dont elles disposent actuellement, qu'un fonds soit mis d'urgence à la disposition de ces expériences de réseaux afin qu'elles puissent se développer et être évaluées.** En particulier, les réseaux de prise en charge médico-sociale des patients vivant dans la pauvreté ou la précarité devraient être très fortement appuyés afin qu'ils puissent déboucher sur des formes inédites à la fois d'organisation et de rémunération des professionnels de santé du secteur privé. Parce que beaucoup estiment que ces réseaux sont *a priori* sources d'une meilleure efficacité dans l'utilisation des services, l'assurance maladie devrait largement financer à la fois leur fonctionnement et l'évaluation de leurs résultats.

Instituer d'urgence une assurance maladie universelle sous simple condition de résidence

Contrairement à la majorité des pays d'Europe et du fait de l'extrême complexité de ses dispositifs, le système de santé français de protection sociale ne couvre pas 100 % de la population. Le système de santé français est, comparativement à celui de ses voisins européens, cher, peu égalitaire, souvent inéquitable, moyennement performant et continue d'exclure et de sélectionner. Partageant l'avis de beaucoup, le groupe de travail du Haut Comité de la santé publique estime que la mise en place d'une assurance maladie universelle (AMU) sur simple déclaration de résidence est donc devenue une mesure d'urgence dont la nécessité n'est plus contestable. Prévue dans les ordonnances d'avril 1996 elle n'est toujours pas en place.

L'une des raisons qui freine actuellement la mise en place de l'assurance maladie universelle est la différence quantitative et qualitative des prestations offertes par les différents régimes de Sécurité sociale en fonction de la catégorie professionnelle à laquelle appartient ou a appartenu l'individu et/ou sa famille. Ces écarts contribuent à pérenniser des situations catégorielles.

La mise en place d'une couverture de base pour la définition d'un « panier minimum » de prestations socio-sanitaires, comme celui actuellement développé en Suède ou aux Pays-Bas, permettrait à la fois de revenir à l'égalité de tous par rapport à une couverture sociale et sanitaire de base mais aussi de poser la question du choix des priorités entre ce qui doit être considéré comme indispensable au maintien d'un bon état de santé et ce qui l'est moins.

Mesure d'égalité entre tous, Français et étrangers résidant régulièrement sur le territoire français, l'assurance maladie universelle est également une mesure d'équité pour ceux qui en sont exclus et une mesure d'harmonisation européenne puisque la majorité des membres de l'Union considère aujourd'hui que l'accès à une couverture des risques contre la maladie doit être universel.

Lancer et animer un débat national sur la protection sociale incluant des concepts comme : l'allocation universelle de revenu, les activités d'utilité sociale, le « panier minimum » de prestations, etc.

Le problème posé par le système social « à la française » n'est donc pas tant de nature quantitative puisqu'en dehors des « sans papiers » tout résident légalement installé en France finira par obtenir des droits sociaux. Il est essentiellement de nature qualitative. Face à la montée de la précarité, le système de protection sociale éprouve des difficultés à comprendre et à s'adapter aux évolutions de la demande sociale qui change rapidement de nature. Mais il porte également en lui une culture administrative basée sur le concept de dispositif qui a tendance à ne considérer l'individu que comme appartenant à une catégorie socioprofessionnelle déterminée et non dans son histoire individuelle. Si le budget social de la nation reste considérable, la rigidité du système de protection sociale, sa complexité et son éloignement bureaucratique des problèmes de survie quotidienne des personnes en difficulté ne lui permettent plus aujourd'hui de faire face efficacement à la progression de la pauvreté et de la précarité. **Devant ce constat, il est indispensable de redéfinir les bases de la protection sociale. Celle-ci devrait avoir un caractère universel dès la sortie du système scolaire et sans qu'aucune démarche administrative a priori ne fasse obstacle au bénéfice immédiat des droits.**

Au moment où la société française connaît des bouleversements considérables et probablement irréversibles, on ne peut qu'approuver ceux qui considèrent **qu'un changement de logique de la protection sociale est devenu indispensable**. Aux dispositifs bâtis par empilements successifs plus ou moins cohérents parce que répondant à des revendications catégorielles dans une période de plein-emploi, doit succéder aujourd'hui un dispositif universel simplifié qui – quels que soient le type et les niveaux de prestations offertes – sera mieux à même d'apporter une réponse globale basée sur l'individu et non sur son appartenance à une catégorie socioprofessionnelle. **Un dispositif universel non lié au statut par rapport au travail mais assurant à tous les moyens minimums**

d'une survie décente permettrait également de rompre avec la dualité travail/non travail ou emploi/non emploi et favoriserait la mise en œuvre d'une politique sociale basée sur le concept de pleine activité d'utilité collective. En tournant le dos à la logique catégorielle et en offrant un revenu minimum pour permettre la réinsertion, le RMI a représenté un pas significatif dans cette direction. Allocation proposée sur le simple constat de l'absence de revenu, il a également reconnu l'importance de l'état de santé dans le processus individuel de réinsertion, puisqu'il a été ultérieurement complété par une exonération du ticket modérateur permettant ainsi un accès normal aux services de santé.

Parce que ce problème est largement sous-estimé, **il faut rappeler que si la faiblesse ou l'absence de revenu est le facteur essentiel de la précarisation, le sentiment d'inutilité sociale ou de dévalorisation qui l'accompagne fréquemment est probablement le déterminant – direct ou indirect – majeur du risque de dégradation à moyen terme de l'état de santé.** L'absence de travail, qui doit nécessairement bénéficier de la solidarité nationale, n'est pas seulement un problème de revenu. C'est également celui de la place, objective ou ressentie, qu'occupe chaque personne dans la société. Il importe donc, par des mesures incitatives fortes, de donner ou de redonner à ceux qui sont exclus du monde du travail pendant une période plus ou moins longue, une place dans la société en leur proposant d'y tenir un rôle, certes modeste, mais dont l'utilité collective est manifeste. En incitant ceux qui bénéficieraient de la solidarité nationale à contribuer par leur activité à la vie de leur quartier ou de leur village, on leur offrirait la possibilité d'une protection contre le risque de glissement vers l'exclusion et donc de meilleures chances de réinsertion, et l'on renforcerait la cohésion du tissu social local. **La réinsertion d'une personne, fragilisée par des échecs successifs dans le monde du travail, aurait de meilleures chances de réussir si elle pouvait s'appuyer à la fois sur la sécurité matérielle qu'offre un revenu minimum même faible, mais aussi sur la reconnaissance par les autres de l'utilité de son activité.** Ces options de bon sens et leurs conséquences sont aujourd'hui débattues dans un monde encore trop restreint. Parce qu'il concerne chacun d'entre nous, c'est à un grand débat national qu'il faut convier l'opinion publique.

Au total et sans entrer dans le détail des conditions de mise en œuvre de telles mesures qui soulèvent d'incontestables difficultés culturelles et techniques, **on ne peut raisonnablement plus éluder le débat sur des questions aussi fondamentales que la création d'une allocation universelle de revenu, le développe-**

ment d'activités d'utilité collective qui, à défaut d'un emploi, pourraient contribuer à protéger les individus du sentiment de dévalorisation ou encore le concept de « panier minimum » de prestations sociales et sanitaires comme il en existe dans d'autres pays européens. En termes de santé publique une vision de l'absence de travail basée sur la notion « d'activité » socialement reconnue plutôt que de chômage, pourrait jouer un rôle majeur dans la réinsertion de personnes laissées aujourd'hui sans autres perspectives que de chercher en vain un emploi devenu inaccessible.

C'est donc l'ensemble de la politique sociale et économique du pays qui doit être mobilisé pour inverser la marche vers une société à deux, voire plusieurs vitesses. Cette nouvelle approche de la politique sociale devrait avoir pour effet de renforcer une cohésion sociale qui se délite, ce qui serait bénéfique à l'ensemble de la population. L'avantage d'une telle approche non spécifique est de minimiser l'effet stigmatisant de mesures purement ciblées sur une catégorie de population. Cependant, il sera nécessaire de vérifier que, dans leur application, ces mesures ne manquent pas en partie leur cible, au détriment des moins favorisés. D'autre part, il est bien évident que l'effet des mesures générales ne peut être que lent, comme la plupart des mesures *préventives*, et que l'action à entreprendre est urgente. Il faut donc également mettre en œuvre des actions spécifiques c'est-à-dire des mesures inégalitaires – *donner plus pour ceux qui ont moins* – pour se rapprocher de l'équité, tout en souhaitant que ces actions gardent un caractère provisoire.

Mesures spécifiques de réinsertion

L'objectif des mesures spécifiques de réinsertion est d'apporter une réponse à la question : **que faire pour ceux qui ont glissé dans la précarité et/ou sont descendus plus ou moins bas dans la pauvreté ?** Ces mesures entrent alors dans le cadre de la « thérapie sociale » sociale et sanitaire et vont donc s'adresser en fonction de leurs besoins à des catégories sociales et à des groupes d'âges différents. Toutefois, pour être efficaces, elles devraient satisfaire à un certain nombre d'impératifs généraux.

- **Les interventions et les aides doivent être personnalisées.** Ceci ne signifie évidemment pas qu'on puisse se passer des dispositifs administratifs ou institutionnels. Ceux-ci sont évidemment nécessaires, mais ils s'avèrent souvent insuffisants. La diversité des cas est en effet telle qu'il est difficile

et probablement non souhaitable de faire « entrer » les personnes précarisées dans des catégories et des dispositifs prédéfinis et standardisés. Chaque cas est unique et il faut donc être à même de proposer la solution la plus proche des besoins. Il est pour cela nécessaire que la réponse se situe au plus près de la demande et que les dispositifs de prise en charge soient donc le plus décentralisés possible. Il est important de souligner que la personnalisation ne signifie pas une individualisation et que ces soutiens personnels ne doivent pas pour autant aboutir à isoler les personnes.

- En conformité avec ce qui précède, **la mise en place de lieux de parole et d'écoute** donnant à chacun la possibilité d'exprimer sa souffrance est indispensable pour faire ressortir la singularité de chaque destin. Cela pose évidemment des problèmes d'organisation et de formation des professionnels de terrain appartenant au monde social et sanitaire. Mais aucun dispositif institutionnel, aussi ouvert soit-il, ne permettra de répondre à une demande qui par définition va chercher au plus près une solution immédiate. Les réseaux médico-sociaux, les associations à but non lucratif et les municipalités peuvent ici jouer un grand rôle.
- Une réponse adaptée et efficace à une demande singulière ne peut être apportée en traitant séparément chacun des problèmes des personnes en difficulté, et en recourant aux dispositifs correspondants. **Une vision globale est nécessaire.** Ceci implique pour l'ensemble des partenaires concernés – administration de l'État, du département, de la ville, caisses d'assurance maladie, hôpitaux, professionnels de santé et travailleurs sociaux, associations caritatives, etc. – d'être capables de travailler ensemble dans des instances transversales, par exemple sous la présidence du préfet. Une fongibilité au moins partielle des crédits est évidemment nécessaire à la recherche de solutions plus conformes aux besoins.
- Bien entendu, l'ensemble des points précédents n'est en rien contradictoire avec le développement d'actions d'accompagnement collectif. Parmi celles-ci, réapprendre à utiliser les dynamiques collectives qui permettent aux individus de dépasser leur isolement et de retisser des liens de solidarité élémentaires est un des plus sûrs moyens de favoriser la réinsertion. En ce sens, les associations de chômeurs ont fait beaucoup, sans moyens, pour redonner confiance et courage à ceux qui se jugent abandonnés par la société.

Les solidarités concrètes issues du quotidien peuvent avoir une grande vertu curative.

- Les aides et allocations ne doivent pas être distribuées comme une forme moderne d'aumône mais comme **un moyen de favoriser la réinsertion**. Une aide qui ne s'inscrit pas dans une vision partagée par le dispositif comme par le bénéficiaire d'un soutien transitoire, risque à terme d'être plus néfaste qu'utile. Le véritable changement culturel à accomplir dans ce domaine est, qu'à côté du soutien matériel, doivent être mis en œuvre des moyens destinés à redonner aux individus – et aux jeunes en particulier – le sentiment de leur utilité dans la communauté dans laquelle ils vivent. Tout en mesurant les difficultés, les propositions spécifiques de réinsertion s'inscrivent donc dans un état d'esprit qui propose de privilégier l'aide sociale de proximité, un effort très soutenu en direction des enfants et des adolescents et une prise en compte des problèmes plus particuliers liés aux différences de culture ou à l'âge.
- Même pour ces mesures spécifiques qui s'adressent par définition à des populations en difficulté, il convient dans la mesure du possible **d'éviter le risque de stigmatisation**. C'est la raison pour laquelle les mesures spécifiques proposées devront toujours être regardées comme s'intégrant dans un dispositif plus large qui s'adresse à l'ensemble de la population ou au moins à un groupe d'âge pris dans son ensemble. Par ailleurs, certaines d'entre elles sont à considérer comme des **mesures transitoires** dans le sens où elles répondent à un besoin immédiat qui trouvera une réponse plus globale lors de la mise en œuvre de la recommandation générale correspondante.
- Enfin, toute mesure doit éviter – quelle que soit la situation – toute forme de contrainte individuelle. **Le respect de la liberté de chacun** est évidemment un principe essentiel même si une politique active de terrain doit chercher à atteindre le maximum de personnes en difficulté.

Accès aux droits et accès aux soins

En dehors de l'absence d'emploi, c'est souvent dans le domaine de l'accès aux droits pour un recours aux services de santé que le problème des inégalités est apparu particulièrement aigu. Des mesures importantes ont été prises par les pouvoirs publics pour tenter de réduire l'obstacle que représente l'absence des droits lorsqu'une personne a besoin de se soigner. Cependant, une popu-

lation dont l'importance est difficile à évaluer, vit sans que ses droits soient reconnus. On sait, grâce aux mouvements associatifs et aux centres d'accueil de certains hôpitaux, qu'il s'agit d'une population essentiellement jeune et masculine. Cependant, on ne sait rien ou peu de choses sur les besoins de santé d'enfants ou d'adolescents qui vivent des situations sociales parfois dramatiques mais qui après l'âge de six ans échappent à toute surveillance de leur santé. Parce qu'il est indispensable que ces personnes puissent bénéficier de soins appropriés alors qu'elles sont dans une situation souvent marginale par rapport aux dispositifs traditionnels, il est nécessaire que soient mises en œuvre – au plus tôt – les propositions suivantes :

Créer une cellule d'alerte « pauvreté-précarité » dans chaque département ou si nécessaire à un niveau plus local

Une cellule « pauvreté/précarité » devrait être mise en place dans chaque département et si nécessaire à un niveau territorial encore plus décentralisé. Elle devrait regrouper des représentants des institutions publiques, des associations caritatives impliquées sur le terrain et toute entreprise privée locale participant à l'effort de réinsertion. Cette cellule pourrait être placée sous la responsabilité du préfet. Une unité opérationnelle regroupant des professionnels de terrain serait chargée d'instruire les cas qui relèvent d'une déficience ou d'un mauvais fonctionnement de l'un des dispositifs. C'est à des instances transversales de ce type que l'on pourrait confier les missions suivantes :

- *Une mission de repérage et d'identification des situations individuelles*, quelle que soit la façon dont elles sont détectées (lieu d'écoute, urgence hospitalière, généraliste, Samu social, associations, assistantes sociales, etc.). Cette cellule « pauvreté/précarité » pourrait être saisie – pendant au moins douze heures par jour – par toute personne en difficulté, soit directement, soit par l'intermédiaire d'un professionnel, grâce à un numéro vert. L'analyse des appels, outre les réponses concrètes qui y seront apportées, permettrait d'identifier les carences les plus criantes et ainsi de mieux orienter les réponses. La cellule rédigerait chaque année un rapport d'activité public qui ferait la synthèse des problèmes rencontrés, du nombre de recours à la cellule et des réponses apportées.
- *Une mission de conseil et de propositions* d'itinéraires et de prise en charge adaptée à chaque situation personnelle, ainsi que le suivi et l'évaluation de cette prise en charge.

- *Une mission de vigilance institutionnelle* pour alimenter le débat sur l'efficacité du système de protection sociale au niveau départemental (*Quelles sont les raisons qui ont amené telle famille aux urgences de l'hôpital ? Comment se fait-il que la caisse primaire d'assurance maladie n'ait pas de dossier pour cette famille ? Pourquoi ne bénéficie-t-elle pas du RMI ? Pourquoi construit-elle des stratégies de contournement ou d'évitement des services sociaux ?*). Chaque cas devrait donner lieu à la fois à une solution individuelle mais aussi à un débat entre l'ensemble des acteurs sociaux afin que soient prises les mesures permettant progressivement d'éliminer les dysfonctionnements.

L'organisation de ces instances transversales, leurs relations mutuelles, leur coordination, seraient laissées à l'initiative de chaque département pourvu que les différentes missions soient assurées. Un principe général de présentation contradictoire des positions des diverses institutions en cause pourrait être retenu tel qu'il l'est dans le rapport de la Cour des comptes ou celui des Inspections générales de l'administration. Les intervenants associatifs ou privés seraient invités à contribuer à ce rapport de manière à faire apparaître les situations contradictoires. En cas de difficultés durables et répétées où des personnes resteraient dans des situations proches de l'urgence, la cellule d'alerte pourrait servir d'appui aux administrations et aux institutions concernées. Dans les cas extrêmes de situations permanentes d'indigence, on pourrait imaginer la constitution de dossiers « d'extrême détresse sociale » pour lesquels l'ensemble des droits pourraient être pris en charge par une ligne particulière du budget social. **La création de cellules d'alerte « pauvreté/précarité » à un niveau très décentralisé, est une mesure qui devrait permettre à la fois (i) d'améliorer la connaissance des phénomènes et donc de favoriser leur traitement dans le cadre des possibilités locales et (ii) de faire travailler ensemble et de manière permanente des acteurs locaux aux visions et sensibilités souvent différentes. Cette mesure devrait bénéficier rapidement d'un arrêté fixant ses attributions et son mode de fonctionnement.**

Mettre en place – sous un certain niveau de revenu – une prise en charge variable du ticket modérateur

L'étude publiée dans ce rapport ainsi que les enquêtes du Crédes et de l'Insee montrent d'une part qu'une proportion importante des assurés sociaux non couverts par une assurance complémentaire ou exonérés du ticket modérateur sont des ménages dont le revenu est faible et que d'autre part cette population a une

consommation médicale différente de la moyenne des Français en ce qui concerne les soins non hospitaliers. Les études qualitatives montrent que l'obstacle financier est pour ces ménages l'un des facteurs essentiels de restriction des soins. Pour pallier les « effets de seuil » d'un système qui place une partie de ceux qui sont trop « pauvres » pour pouvoir financer une assurance complémentaire mais trop « riches » pour bénéficier des dispositifs d'exonération du ticket modérateur dans une situation forte d'inégalité par rapport aux soins, **un système de remboursement variable – sous un certain niveau de ressources – sans avance de frais autres que ceux qui resteraient à la charge des patients devrait être instauré. Une telle mesure permettrait d'atténuer « l'effet de seuil » et d'améliorer l'accessibilité aux soins de ces personnes placées dans une situation d'inégalité particulièrement anormale.** Cette mesure pourrait être financée à « coûts constants » par les économies réalisées à la fois par : (i) une meilleure organisation de l'offre de soins primaires ; (ii) une meilleure gestion de l'assurance maladie, et (iii) la lutte contre le gaspillage à tous les niveaux du système de soins et en particulier à l'hôpital.

Cette mesure serait une première étape vers un meilleur remboursement des dépenses de soins. Elle permettrait également de poser concrètement le problème de l'importance relative des prestations du système de soins au regard de leur impact sur la santé. En d'autres termes, l'établissement de méthodes de remboursement progressif sous un certain niveau de ressources pourrait être conçu comme un premier pas vers la constitution d'un « panier minimum » de services essentiels qui pourraient alors être gratuits ou, dans une faible proportion, à la charge des patients alors que d'autres prestations moins essentielles seraient laissées de manière plus importante à la charge des ménages.

Pour autant, au moment où le financement est élargi à l'ensemble des revenus, **il ne s'agit pas de conditionner le niveau de remboursement au niveau des ressources.** Une telle démarche pourrait faire perdre sa légitimité à un système solidaire et inciter les plus favorisés à rechercher des couvertures individuelles en particulier dans le secteur privé, déstabilisant alors l'ensemble du dispositif.

Donner au médecin généraliste un rôle pivot dans la prise en charge de la santé des personnes en situation de précarité

Sans vouloir faire du médecin généraliste un spécialiste de « la médecine des pauvres », il faut reconnaître qu'il est, avec l'assis-

tant(e) social(e), et l'agent de prévention urbaine, le professionnel le mieux placé pour à la fois entendre la demande, l'analyser et lui apporter une réponse adaptée qui n'est pas toujours, loin s'en faut, de type médical. Ne pouvant souvent faire face à lui seul aux besoins, le médecin généraliste devrait pouvoir s'entourer de la collaboration d'autres acteurs du monde social et sanitaire. Il apparaît donc que si sur le plan médical le cabinet du médecin généraliste est, plus que toute autre structure, le lieu le plus approprié pour apporter les soins requis, c'est dans le cadre d'un réseau coordonné impliquant à la fois le monde social et les autres niveaux de soins que l'ensemble des problèmes des personnes en difficulté peut au mieux être pris en charge.

Ceci implique de résoudre plusieurs des problèmes essentiels qui représentent une barrière à la fois psychologique et matérielle pour les personnes en situation de détresse : l'organisation des rendez-vous et le paiement à l'acte. Dans le cadre de réseaux médico-sociaux, toute personne, *a fortiori* lorsqu'elle ne dispose pas de revenus suffisants, devrait pouvoir s'inscrire chez un généraliste de son choix et venir à sa consultation sans avoir à faire d'avance de frais. De son côté, le médecin généraliste, qui est souvent dans ces situations obligé de prendre ces personnes sans rendez-vous et de faire un acte gratuit, devrait pouvoir être rémunéré par un organisme payeur pour l'ensemble de ses prestations de nature curative, mais également pour des interventions de prévention et de nature sociale.

Les ordonnances d'avril 1996 et la convention entre les caisses et les médecins généralistes donnant la possibilité à ces derniers de devenir des « référents », ouvrent la voie à des expérimentations dans l'organisation des soins, y compris dans les domaines du paiement des actes et de la rémunération des médecins. **Des expériences permettant la prise en charge médicale de personnes en situation sociale et économique difficile par le médecin généraliste devraient être favorisées, y compris financièrement, de manière à ce que l'ensemble de ses activités soient rémunérées sans avance de frais pour le patient. Dans ce domaine, les médecins généralistes devraient également pouvoir jouer un véritable rôle de point d'entrée (« gate keeper ») en régulant – dans l'intérêt du malade – le recours aux autres services de santé.**

Garantir l'accueil de toute personne à l'hôpital quelle que soit sa situation par rapport au droit

Toute personne, quelle que soit sa situation par rapport au droit, peut légalement se présenter à l'hôpital et y recevoir des soins.

Telle est la règle rappelée par la circulaire du 21 mars 1995 qui précise les conditions d'accueil des personnes démunies. Malheureusement, l'expérience montre que la réalité est beaucoup plus complexe et si certains hôpitaux ont créé des centres d'accueil avec du personnel formé et qu'en règle générale le corps médical ne manifeste pas de réticence, il reste encore beaucoup d'obstacles administratifs et psychologiques pour que cette circulaire soit appliquée partout. **Chaque hôpital doit donc créer les conditions pour que toute personne qui se présente, quels que soient son âge et son statut par rapport au droit, puisse bénéficier de tous les soins nécessaires avant même que sa situation ne soit régularisée.**

Favoriser sur une base contractuelle le développement d'initiatives municipales dans le domaine de la santé publique

Si certaines municipalités ont depuis longtemps mis en place des dispositifs médico-sociaux améliorant l'accès aux soins, on assiste depuis une dizaine d'années à la multiplication au niveau local d'interventions municipales dans le domaine de la santé publique. Bien que n'en ayant pas les attributions légales, des villes de plus en plus nombreuses développent des actions dans le secteur de la santé. De plus, les programmes mis en œuvre dans le cadre de la politique de la ville depuis la fin des années quatre-vingt, ont peu à peu été conduits à s'intéresser aux problèmes de santé dans les quartiers défavorisés. Apportant des moyens financiers, ils ont permis la mise en œuvre de véritables politiques d'intervention municipale dans différents domaines de la santé publique. Il s'agit là encore d'un nouveau type d'approche qui s'est développé sans coordination particulière mais qui partout a cherché à répondre à une demande non satisfaite dans le cadre institutionnel. **Bien que non encore évaluée, on peut déjà affirmer au vu des premières études que se dessine une politique de santé municipale dans certains domaines de la santé publique, en particulier dans des domaines qui concernent les conduites de consommation ou les populations en difficulté.**

Parce qu'il considère que l'échelon municipal est sans doute le plus pertinent pour traiter certains problèmes de santé publique ou d'accès aux soins, **ce rapport suggère que les municipalités qui en feraient la demande puissent bénéficier d'un fonds spécial mis à leur disposition par l'État pour mettre en œuvre des interventions de santé publique et des actions de prévention, en particulier lorsqu'elles sont dirigées vers les populations défavorisées.** De manière à ce que ces interventions correspondent aux grands objectifs de santé publique du pays, ces fonds pourraient être mis à disposition dans un cadre contractuel qui

inclurait des objectifs quantifiés¹⁷⁹. Dans la mesure où les actions entreprises permettraient de diminuer une partie de la consommation médicale souvent non justifiée, l'assurance maladie pourrait contribuer au financement de ce fonds.

Poursuivre l'amélioration de l'accès aux soins pour la population pénitentiaire

Dans un rapport publié en 1993, le Haut Comité de la santé publique avait souligné la nécessité de développer une véritable politique de santé en milieu carcéral¹⁸⁰. Les principales propositions portaient : (i) sur la mise en œuvre d'une politique de prévention basée sur le dépistage de maladies transmissibles comme la tuberculose ou les maladies sexuellement transmissibles, y compris l'infection à VIH, sur une base volontaire, et (ii) sur l'accès aux soins pour les maladies somatiques et mentales de tous les détenus. Ce rapport qui demandait à la fois de généraliser la couverture sociale pour le risque maladie-maternité à l'ensemble de la population vivant en milieu carcéral et de développer les moyens pour une prise en charge médicale et psychiatrique de qualité, proposait en fait un véritable programme de santé publique pour une population très menacée de marginalisation à sa sortie de prison. La loi du 18 janvier 1994 a transféré au service public hospitalier l'organisation et la mise en œuvre de la prise en charge sanitaire des détenus et a rendu obligatoire leur affiliation au régime général de la Sécurité sociale dès leur incarcération. Un bilan réalisé en 1996 a fait apparaître « une amélioration indéniable de la qualité des soins en milieu pénitentier ». Cependant un certain nombre de problèmes importants persistent en particulier ceux du secret médical et du suivi des soins lors de la libération.

Compte tenu des menaces qui pèsent sur une population majoritairement jeune, généralement sous-qualifiée, et souvent psychologiquement fragile, **il est fondamental de poursuivre l'effort entrepris pour que la population carcérale puisse bénéficier d'une**

179. Dans le cadre du Plan santé-ville, des crédits exceptionnels ont été engagés en 1993 pour soutenir des actions en faveur de l'accès aux soins et de l'amélioration de la couverture sociale des populations en difficulté. Les objectifs de ce plan étaient : (i) le développement de réseaux de santé de proximité, (ii) la prise en charge des plus démunis à l'hôpital et (iii) la formation des personnels à l'accueil et au suivi de ces populations. 368 projets ont été financés dans 77 départements. Il ressort de l'évaluation réalisée par le CFES en 1995 que ces financements, si modestes soient-ils pour chacun d'entre eux, ont permis une multiplicité d'interventions démontrant ainsi l'immense potentiel qui existe dans ce domaine.

180. *Santé en milieu carcéral*, Haut Comité de la santé publique, Paris, 1993.

politique de santé publique de qualité. Il s'agit à la fois d'une nécessité de santé publique et d'une exigence éthique.

L'enfance et la jeunesse

Améliorer les conditions de prise en charge périnatale pour les femmes en situation de précarité

Différents travaux ont récemment montré que d'une part (i) le nombre de jeunes femmes en situation de précarité était en augmentation régulière depuis une quinzaine d'années et que d'autre part (ii) il existait une forte corrélation entre les situations de précarité et l'absence de couverture sociale, un suivi médiocre, voire inexistant de la grossesse et une augmentation des pathologies périnatales avec leurs risques de séquelles neuro-sensorielles et respiratoires¹⁸¹. Aujourd'hui, du fait des difficultés d'accès aux services de santé qui en sont la conséquence, **la pauvreté et la précarité menacent sérieusement les progrès considérables qui ont été enregistrés ces trente dernières années dans le domaine de la périnatalogie.** C'est la raison pour laquelle le Haut Comité de la santé publique tient à renouveler les recommandations de son rapport sur *La sécurité et la qualité de la grossesse et de la naissance* dont s'est fortement inspiré le Plan de périnatalité du gouvernement en avril 1994¹⁸².

Parmi ces recommandations, l'une apparaît comme particulièrement pertinente et a d'ailleurs déjà été partiellement suivie d'effet : il s'agit de la régionalisation des soins périnataux. On assiste en effet, sur une base territoriale, à la naissance et au développement de réseaux de maternités avec des médecins de villes, des sages-femmes libérales, des associations et des services de PMI. Ces réseaux, qui ont actuellement pour objectif essentiel le transfert anténatal des grossesses à haut risque vers les maternités de niveau III, devraient pouvoir rapidement élargir leurs objectifs en intégrant la dimension sociale des problèmes de suivi de la grossesse. Ceci implique que ces réseaux de soins périnataux développent un travail approfondi avec les acteurs sociaux et les associations qui sont les mieux à même de repérer les situations difficiles et en particulier l'absence de couverture sociale. Par le nombre d'acteurs qu'il peut mobiliser, le réseau de soins périnatal représente un modèle de collaboration entre différents secteurs (privé/public, médical/social, préventif/curatif) qui ne peut que bénéficier à la santé de la future mère et de son enfant.

181. Blondel B., Du Mazaubrun C., Bréart G., Enquête nationale périnatale 1995, Rapport de fin d'étude, Inserm U149, 1996.

182. *La sécurité et la qualité de la grossesse et de la naissance. Pour un nouveau plan de périnatalité*, Haut Comité de la santé publique, Paris, 1994.

Il pourrait également servir de modèle de fonctionnement pour la prise en charge de diverses pathologies. Devant les progrès réalisés dans l'organisation et le développement de ces réseaux de soins périnataux, qui ne sont cependant pas sans poser des problèmes de ressources, **des moyens matériels et humains devraient rapidement être dégagés pour que ces réseaux puissent se structurer efficacement, s'étendre rapidement à l'ensemble du territoire national et que leur activité puisse être évaluée. Aujourd'hui, la prévention de la prématurité et l'amélioration du pronostic des enfants prématurés impliquent plus que jamais une prise en compte de l'environnement social de la mère et des possibilités qu'elle a de faire normalement suivre sa grossesse.**

Favoriser le suivi individuel des enfants à risque dès les premières années et développer les lieux d'écoute et de transition en particulier dans les quartiers défavorisés

L'école maternelle, qui a longtemps été l'un des fleurons de l'école en France, doit avoir les moyens d'accueillir chaque enfant et lui permettre de s'intégrer. Cela suppose des groupes restreints d'enfants dans les quartiers « sensibles » et un travail en lien avec les parents chaque fois que cela est possible. L'accueil régulier et organisé des parents à l'école maternelle où se trouve(nt) leur(s) enfant(s) apparaît comme une mesure particulièrement pertinente pour qu'ils puissent comprendre ce que fait(ont) leur(s) enfant(s) à l'école et ainsi, dès les premières années, ne plus percevoir l'école comme un monde étranger, voire hostile. Dans un esprit de discrimination positive, **le suivi individuel de l'enfant dès l'école maternelle et la collaboration avec les parents seront particulièrement mis en œuvre lorsque le milieu familial aura été identifié comme précaire.**

Le « forçage » et l'absence d'éveil dont sont victimes, dans l'école primaire d'aujourd'hui, certains enfants mal préparés à commencer l'apprentissage de la lecture au cours préparatoire, provoquent des échecs durables et souvent irréversibles. Les politiques mises en œuvre visent essentiellement à réparer les échecs de la lecture et aboutissent de fait à stigmatiser les enfants « en retard ». Un apprentissage de la lecture et de l'écriture partant des préoccupations des enfants et les mettant en situation de producteurs d'écrit et de communication réelle avec d'autres enfants, permettrait à ceux pour qui l'école ne va pas de soi, de donner un sens à la situation scolaire et d'y progresser davantage dans un climat de coopération (comme l'a si bien mis en évidence la pédagogie Freinet). Il est regrettable que les méthodes pédago-

giques « ouvertes » soient encore peu compatibles avec les programmes actuels et les modes d'évaluation dominants dans l'enseignement primaire. Les expériences pédagogiques de type « la main à la pâte » (G. Charpak) qui se diffusent lentement en France ont pourtant été entreprises avec des résultats spectaculaires et vérifiables aux États-Unis, par exemple dans les quartiers les plus défavorisés de Chicago. Les nouvelles technologies de l'information qui représentent un mode de diffusion proportionnellement peu coûteux, et permettent l'acquisition d'une compétence valorisée dans le monde du travail, pourraient servir de support à une telle démarche pédagogique. La mise en place de réseaux Internet à l'école, et la formation des enseignants à cet outil de communication, devraient intégrer ce volet pédagogique. Dans les petites classes, l'enseignement devrait se centrer sur les questions des enfants et non sur les programmes. L'évaluation sommatrice devrait être repoussée à la fin de l'école primaire. **Sachant le rôle que jouent les premières années d'école sur l'avenir des enfants, on ne peut être que très inquiet devant les processus de sélection en œuvre dès l'école primaire qui contribuent très largement aux processus d'échec scolaire qui vont apparaître dès le début de l'enseignement secondaire.**

Par ailleurs, **sachant que les violences commencent aujourd'hui très tôt (parfois dès l'école maternelle), les enfants potentiellement à risque feront l'objet d'un suivi particulier** tant dans l'enceinte scolaire qu'à l'extérieur de l'école où une collaboration devra très vite s'établir entre les enseignants et le secteur social et dans la mesure du possible avec la famille (et en particulier les grands frères et sœurs encore scolarisés ou déjà dans le monde des actifs).

Tout le monde le constate : **c'est au collège que les enfants qui sont le plus marqués par la précarité et qui sont le plus menacés de désinsertion grave, « décrochent » du système scolaire.** La rigidité d'une organisation basée sur les principes intangibles de la classe et du programme, ne permet pas aux enseignants et aux autres adultes présents au sein des établissements d'avoir les conditions minimales d'écoute des difficultés particulières de chaque enfant. **S'inspirant d'expériences qui ont démontré leur efficacité, il est proposé que, dans chaque établissement scolaire, soit créé un lieu d'écoute où l'enfant puisse venir à sa demande parler avec une personne qui n'est pas l'un de ses enseignants (infirmière scolaire, assistante sociale, animateur social, etc.). De même devrait être créé dans chaque secteur scolaire un lieu de transition relevant de l'Éducation nationale qui accueillerait les enfants et les adolescents, qui en raison de leurs**

difficultés personnelles ne peuvent – ou ne veulent – plus fréquenter leur établissement scolaire. À leur initiative, ils pourraient y trouver une écoute mais aussi des conditions de travail déga-
gées de la compétition et du « niveau théorique » en fonction
d'objectifs définis avec un adulte et acceptés par les enfants.
Ils pourraient reprendre « leur souffle » avant de se réinsérer dans
la voie commune. Ces lieux seraient animés par des équipes plu-
ridisciplinaires (enseignants, éducateurs, personnel médico-social,
etc.).

Enfin, le suivi social personnalisé des enfants de milieu défavo-
risé permettrait d'identifier ceux d'entre eux dont les familles n'ont
plus les moyens de subvenir à leur entretien et même parfois à
leur nourriture. Un dispositif d'urgence doit être mis en place à
l'Éducation nationale pour veiller à ce que chaque enfant puisse
au moins bénéficier, si nécessaire, gratuitement de la cantine de
son établissement.

Au total, il faut insister sur la nécessité de prendre en compte
le fait que **l'ensemble des jeunes est en danger**, enfants du pri-
maire comme adolescents du secondaire. Violence subie ou vio-
lence agie, incapacité à dire sa souffrance ou incompréhension
des enseignants devant un changement de comportement, ils en
garderont les stigmates toute leur vie. C'est donc à tous les âges,
mais de façon adaptée à chacun, qu'il convient d'organiser un
suivi de l'ensemble des enfants, de repérer les cas difficiles, de
leur proposer des solutions et de les orienter pour les réinsérer.

***Mettre en œuvre un suivi social et médical régulier et obligatoire
des enfants jusqu'à l'âge de 12 ans***

Constatant la faiblesse du dispositif de dépistage et les menaces
qui pèsent aujourd'hui sur la santé d'une partie de la jeunesse,
**un suivi médical régulier et obligatoire des enfants jusqu'à l'âge
de 12 ans doit être mis en place.** Cette mesure qui ne réclame
aucun dispositif supplémentaire, permettrait un dépistage précoce
des handicaps ou des difficultés que rencontrent les enfants et
le suivi des solutions thérapeutiques adoptées. Si elle ne repré-
sente pas un grand changement pour la majorité des enfants
qui sont amenés à rencontrer un professionnel de santé au moins
une fois par an (vaccination, dentiste, infirmière scolaire, méde-
cin de famille, etc.), elle pourrait profondément modifier le suivi
médical des enfants des familles trop pauvres, mal informées ou
tout simplement négligentes.

L'efficacité globale de la médecine scolaire restant à démon-
trer, et une telle mesure représentant une importante surcharge

de travail à laquelle les ressources financières et humaines actuellement disponibles ne permettent pas de faire face, **il est proposé que ce suivi obligatoire soit principalement confié aux structures publiques et privées existantes : médecin de famille, pédiatre, PMI, dispensaires, etc.** Dans cette optique, le carnet de santé sera un moyen particulièrement efficace de suivi. Enfin, chaque école primaire devrait pouvoir disposer des services d'une infirmière à temps partiel qui en plus de ses fonctions traditionnelles de soins et de suivi, pourrait jouer un rôle complémentaire de celui des enseignants à la fois dans la prise en charge des enfants identifiés comme étant en difficulté et dans l'éducation sanitaire.

Favoriser par des dispositifs de soutien et de formation, l'entrée dans la vie active des jeunes de moins de 25 ans issus de milieux défavorisés

Lorsque les jeunes issus de milieux défavorisés sortent du système scolaire sans diplôme, ils cumulent tant de handicaps qu'il leur est très difficile de pouvoir s'intégrer dans le monde du travail. S'ils n'ont pas suffisamment pu bénéficier de l'enseignement dispensé par l'école primaire et le collège, l'idée de leur donner une seconde chance apparaît comme une mesure d'équité permettant de rattraper une partie d'entre eux. Il semble nécessaire pour cela de leur apporter un soutien à au moins trois niveaux :

- En leur proposant **une allocation de formation professionnelle ou de recherche d'un premier emploi et des aides matérielles** (foyer, accès aux soins) qui leur permettent de ne plus être à la charge de leur famille. Cette allocation devrait pouvoir être versée à tout jeune issu d'un milieu défavorisé (par exemple vivant dans un ménage dont les revenus sont inférieurs au seuil de pauvreté) dès sa sortie de l'école si celle-ci ne s'accompagne pas d'un diplôme.
- En les faisant bénéficier **d'une offre systématique et gratuite de formation professionnelle** correspondant à ses choix. Proposer de suivre un cursus de formation professionnelle, c'est leur permettre de prendre en charge leur propre insertion dans un monde du travail qui se spécialise de plus en plus et implique donc des qualités d'échange et de partage des savoirs. Cette formation professionnelle ne doit pas être conçue comme une nouvelle école obligatoire, mais doit pouvoir être compatible avec des trajectoires personnelles parfois non linéaires. Marqué par son échec à l'école, le jeune doit pouvoir s'adapter à ce nouveau type d'enseignement en pouvant le faire alterner avec des emplois de durée

déterminée. La validation de ses compétences devra alors tenir compte de l'ensemble de l'expérience accumulée au cours de ce cursus.

- En les faisant **bénéficier tout au long de leur vie de formations continues leur permettant d'acquérir de nouvelles compétences**. Il s'agit de fonder un véritable droit à la formation continue qui ne soit pas conditionné (comme il l'est actuellement) par les droits acquis des salariés ayant cotisé au cours de leurs années de salariat. De même qu'il existe dans de nombreux pays des années sabbatiques pour les cadres supérieurs ou les enseignants, les personnes issues de milieux défavorisés et n'ayant qu'une qualification modeste qu'elles souhaiteraient améliorer doivent pouvoir bénéficier de dispositifs de ce type. Ce sont malheureusement ceux qui aujourd'hui en ont le plus besoin qui ont les pires difficultés pour pouvoir bénéficier du temps et des moyens nécessaires pour de telles formations complémentaires.

De telles mesures qui – en dehors de l'aide financière – impliquent surtout une redéfinition des objectifs de la formation continue et une plus grande souplesse des dispositifs destinés aux jeunes, contribueraient à une meilleure insertion professionnelle de ceux qui démarrent dans la vie avec des handicaps aujourd'hui quasiment insurmontables. Bien entendu, ces aides devraient être organisées de manière à ne pas créer d'attitudes passives mais au contraire bénéficier d'abord à ceux qui démontrent une volonté affirmée d'intégration sociale et professionnelle.

La santé au travail

Dans un contexte où les entreprises sont de plus en plus amenées à demander – ou à imposer – de profonds changements dans l'organisation du travail, la lutte pour la protection de la santé au travail doit devenir une priorité à l'intérieur de chaque entreprise. Une véritable politique de santé publique au travail doit donc être mise en œuvre afin de protéger la santé de tous ceux qui sont exposés à des risques divers et parfois majeurs.

Faire respecter la législation protégeant la santé au travail

Quels que soient le statut et le type de travail exercé, la protection de la santé au travail suppose d'abord que soit respectée l'égalité des droits. Il n'est pas acceptable que la recherche d'une productivité maximale conduise le chef d'entreprise à mettre en danger la santé, voire la vie, de ses employés et sous-traitants.

Parallèlement à l'évolution actuelle du droit du travail, la législation concernant la protection de la santé doit être renforcée. Ceci concerne le droit en matière : (i) de prévention et de réparation des accidents du travail et des maladies professionnelles, et (ii) de non-discrimination par la santé, c'est-à-dire la protection de l'emploi des personnes accidentées ou malades en raison du travail quels que soient leur statut (stable ou précaire), leur qualification, le type d'entreprise (donneurs d'ordre, sous-traitants, entreprises de travail temporaire, etc.) et le type de tâches. Pour remédier aux inégalités existantes, il serait en particulier indispensable que soit généralisée l'interdiction de recourir au travail temporaire pour tous les travaux exposant à des risques professionnels avérés, surtout somatiques. De toute façon, il faudrait en cas de sous-traitance donner la responsabilité de l'application du droit du travail et du suivi médical à l'entreprise commanditaire. Pour faire respecter la législation du travail, il est nécessaire que soient augmentés les effectifs de l'Inspection du travail et que les inspecteurs aient la compétence et disposent de moyens d'exercer de façon efficiente leur mission de contrôle de l'application du droit sur les lieux de travail, en matière d'hygiène, de sécurité et de conditions de travail. **Ce rapport considère que la mise en œuvre de politiques publiques visant à instaurer des mécanismes législatifs, réglementaires et administratifs pour faire respecter l'égalité face au droit de la santé au travail constitue un outil essentiel de la lutte contre le chômage et la précarité.**

Faire de la santé au travail un domaine essentiel de la santé publique

Ce rapport considère que la santé au travail doit devenir un champ à part entière de la santé publique, et que la protection de la santé de ceux qui travaillent exige de séparer la prévention des accidents du travail et des maladies professionnelles du suivi de la santé des travailleurs. La prévention doit être de la responsabilité de l'employeur et doit s'appuyer sur un cadre législatif et réglementaire strict et précis. Ainsi que le recommandent le Bureau international du travail et la directive-cadre de la Commission européenne sur la santé au travail de 1989, il faut assurer la multidisciplinarité des services de santé au travail. Ceci implique, en plus de l'action des médecins du travail, l'intervention de spécialistes en sciences du travail : toxicologues, ergonomes, hygiénistes industriels, etc. qui seront mieux à même de répondre aux besoins d'évaluation et de prévention des risques sur les lieux du travail.

Le suivi de la santé des personnes doit être sous la responsabilité d'un médecin librement choisi : médecin du travail ou médecin de famille. Le suivi longitudinal est particulièrement important pour les travailleurs précaires intermittents et les chômeurs, dont la santé ne fait l'objet d'aucune surveillance dans les périodes où ils sont sans travail. La confusion des fonctions de prévention et de suivi, de plus rémunérées par l'employeur, rend très difficile le rôle actuel du médecin du travail. Afin de rendre aux médecins du travail leur indépendance financière par rapport aux employeurs et de remédier aux inégalités de protection de la santé qui existent entre les différents types d'entreprises, le financement des services de santé au travail devrait être mutualisé sur une base territoriale.

Une protection efficace de la santé au travail implique une connaissance précise et permanente des problèmes vécus dans la réalité même du travail. En 1982, les droits de représentation au Comité d'hygiène et de sécurité et des conditions de travail (CHSCT) et d'expression des salariés de l'entreprise sur leurs conditions de travail ont été reconnus. De fait, la précarisation de l'emploi et la flexibilité du travail ont remis en cause ces droits pour une bonne partie des travailleurs précaires ou indépendants. De nouveaux systèmes de représentation et d'expression sur les lieux du travail doivent être trouvés pour permettre à ceux qui subissent les conditions de travail les plus dures pour leur santé de participer aux négociations sur leurs conditions de travail. L'expression collective, sur les lieux mêmes du travail, des atteintes à la santé doit être reconnue comme une « expertise » à l'égal de celle des spécialistes et prise en considération dans les politiques de santé publique au travail.

Améliorer le système de déclaration, de reconnaissance et d'indemnisation des accidents du travail et des maladies professionnelles

L'importante sous-déclaration des maladies professionnelles, la lenteur des procédures et les dysfonctionnements qui entravent leur reconnaissance et leur indemnisation rendent urgente une amélioration substantielle du système de réparation dans son ensemble. Celle-ci est indispensable pour fonder des actions de prévention sur une connaissance approchée de la réalité effective des pathologies professionnelles. Des propositions ont été formulées par diverses instances administratives, scientifiques, syndicales ou associatives qui permettent de faire évoluer la législation dans ce sens. Il serait par ailleurs très important de redéfinir et d'actualiser la liste des maladies professionnelles. Enfin, les consé-

quences pratiques et juridiques d'une inversion des charges de la preuve pour l'imputation causale des maladies professionnelles devraient être étudiées.

Les étrangers *Combattre les formes de discrimination en matière de protection sociale*

Il faut garantir l'inscription des étrangers dans le droit commun de la protection sociale et de l'accès aux soins. Cette garantie est bien assurée dans les textes, il importe de favoriser son inscription dans les faits, notamment par une meilleure information des personnes concernées et une meilleure formation des agents censés mettre en œuvre les réglementations. À cet égard, les dispositifs de prise en charge des personnes en situation précaire développés dans certains hôpitaux et par certaines associations peuvent jouer un rôle important de médiation et d'expertise pour le recouvrement des droits, la diffusion de l'information aux personnes concernées et la sensibilisation des agents chargés de l'action sociale et de l'assurance maladie. La méconnaissance actuellement entretenue sur les réalités de la santé des étrangers et des immigrés récents constitue un obstacle à une action plus juste et plus pertinente dans ce domaine. Sans préconiser l'introduction systématique d'informations sur la nationalité et sur l'origine, on peut considérer qu'il est indispensable de mener une réflexion sur l'intérêt qu'il peut y avoir, dans certaines bases de données, à les prendre en compte, au même titre que les informations sur la situation socio-économique ou le niveau d'études. Sans suggérer une focalisation excessive sur ce thème, il y a lieu de développer des études quantitatives et qualitatives sur les inégalités et les processus de précarisation dont sont victimes les étrangers et certains Français d'origine étrangère, à la fois en raison de déterminants communs plus fréquents chez eux et de déterminants qui leur sont spécifiques.

Développer lorsque cela est nécessaire des actions plus spécifiques qui s'inscrivent alors dans une politique globale de santé

L'amélioration de la santé des étrangers et de certains Français d'origine étrangère ne saurait se penser en dehors de modifications concernant l'ensemble de la population touchée par la pauvreté et la précarité, autrement dit en dehors d'une action globale sur les inégalités sociales de santé. Les recommandations générales faites dans ce rapport dans les différents domaines où se constituent les déterminants de la santé valent donc tout particulièrement pour cette catégorie dont on a rappelé les conditions globalement plus défavorables. Que ce soit en matière d'accès

aux emplois, aux ressources, au logement ou en matière de scolarité, d'environnement extra-scolaire, d'actions de prévention et de sensibilisation, il importe de mettre en œuvre des politiques fondées sur un principe de justice sociale. **Les actions de discrimination positive, parfois envisagées dans le domaine de la santé, ne le sont que parce qu'il existe, sur l'ensemble des déterminants de la santé, une discrimination négative.** C'est contre cette dernière qu'il faudrait d'abord lutter aussi bien dans l'accès aux emplois que dans l'attribution des logements, dans le fonctionnement des administrations que dans la vie quotidienne des quartiers.

Il n'est pas possible non plus de penser l'amélioration de la santé des étrangers ou de certains Français d'origine étrangère en dehors d'une prise en compte des processus de précarisation qui peuvent les affecter plus spécifiquement. Ces processus concernent en particulier le statut juridique des étrangers. Le dispositif réglementaire doit favoriser la stabilité du séjour et la liberté de circulation pour tous ceux qui résident habituellement sur le territoire français, à commencer par les conjoints et les enfants de travailleurs en situation régulière, les demandeurs d'asile, les étudiants, les travailleurs même s'ils perdent leur emploi. Une telle sécurisation ne peut avoir que des bénéfices en termes de santé publique, par la réduction de certaines situations pathogènes et par l'amélioration du recours aux soins et à la prévention, s'agissant de personnes qui, de toute façon, demeureront présentes sur le territoire français.

Il faut associer les étrangers et les Français d'origine étrangère à la mise en place de programmes de dépistage et de prévention en matière de santé. Dans ce domaine, l'oscillation entre l'affirmation d'un dogme universaliste ne se préoccupant pas des situations et des attentes particulières de ces catégories et le développement d'actions à fondement culturaliste les enfermant irrémédiablement dans une singularité décontextualisée et refusée par les intéressés eux-mêmes, a rendu impossible une véritable politique. Il faut, au contraire, simultanément afficher des objectifs et des principes communs à tous et prendre en compte les spécificités réelles, qui sont souvent d'ailleurs plus socio-économiques que strictement culturelles.

Vieillesse et dépendance

Protéger socialement les sorties de la vie active en situation de pauvreté/précarité

L'une des conséquences les moins visibles des mutations socio-économiques en cours, qui progressivement va s'imposer comme

une question majeure de la société française, est le problème de la vieillesse chez les personnes qui auront connu des vies marquées par la précarité du travail et la pauvreté. N'ayant que peu cotisé au cours de leur vie aux organismes de protection sociale, elles se retrouveront avec des revenus de retraite très faibles, même si elles sont compensées par les allocations du minimum vieillesse. Comme le nombre de ceux qui depuis vingt ans sont touchés par la précarité ne cesse d'augmenter, que les projections démographiques montrent que la population active vieillit et que par ailleurs se pose le problème du financement des retraites, la France va devoir faire face, à moyen terme, à une paupérisation rapide de sa population âgée, qui contrastera avec la situation globale favorable dans laquelle les plus de 65 ans se trouvent aujourd'hui.

Cette détérioration des revenus des personnes âgées va entraîner à terme des problèmes de santé publique, principalement par la réduction des possibilités d'accès aux soins et de maintien à domicile. Il faut donc que soient envisagées des mesures sociales et sanitaires de proximité qui permettent de protéger la santé des personnes âgées en agissant sur la solidarité de proximité. En particulier, la réintégration des personnes âgées dans la communauté est un axe qui pour le moment a été trop peu exploré.

Favoriser le maintien à domicile des personnes âgées

Progressivement, depuis la fin des années cinquante, s'est construit un système de protection sociale des personnes âgées avec en particulier des services d'aide à domicile qui ont largement contribué à maintenir ces personnes dans leur environnement d'origine, quels que soient leur âge et leur état de santé. Au fil du temps, les dispositifs de prise en charge ont connu des améliorations importantes pour finir par constituer un véritable filet social de protection du grand âge. Parmi ces dispositifs, on distingue particulièrement : (i) le conventionnement avec les régimes de retraite et d'aide sociale pour l'aide à la vie quotidienne, et (ii) la mise en place en 1981 des soins à domicile, aboutissant à ce jour à un maillage de services expérimentés et dont l'efficacité n'est plus à démontrer sur l'ensemble du territoire national. Malheureusement, on assiste depuis quelques années à une complexification progressive de l'aide aux personnes âgées qui résulte de plus en plus d'un empilement et d'une juxtaposition de mesures spécifiques qui contribuent à obscurcir singulièrement la connaissance des modalités d'intervention, tant pour les acteurs que pour les personnes concernées. On a donc vu se développer successivement l'intervention des régimes de retraite dans le cadre de l'action

sociale, l'intervention de l'aide sociale départementale, la création de l'allocation compensatrice pour tierce personne, la réglementation sur les emplois familiaux, la loi du 29 janvier 1996 en faveur du développement des emplois de services aux personnes âgées et enfin la loi du 24 janvier 1997 instituant une prestation spécifique dépendance (PSD) qui vient se juxtaposer à l'allocation compensatrice.

Insensiblement, on voit les politiques de l'emploi se substituer progressivement aux politiques sociales, et notamment à la politique en direction des personnes âgées, au risque de la vider totalement de ses objectifs et de son contenu ainsi que de déstabiliser les réseaux d'aide existants. **Il est donc nécessaire de simplifier les mécanismes d'aide au maintien à domicile des personnes âgées en procédant à un réexamen des dispositifs existants afin d'élaborer une politique cohérente de maintien à domicile.** Ceci devant se faire en concertation avec les financeurs, les prestataires concernés ainsi qu'avec les associations qui jouent dans ce domaine un rôle essentiel pour que fonctionne le système à la plus grande satisfaction des personnes concernées.

Mesures pour améliorer la connaissance

Les processus de précarisation

Développer des observatoires régionaux de la précarité et de l'intégration sociale

L'expérience de ce type de structures conduit à demander la mise en place de cellules d'observation de la précarité et de l'intégration sociale telles qu'elles existent déjà dans certaines régions. Concernant les effets de la pauvreté et de la précarité sur la santé, ces observatoires ont fait la preuve de leur efficacité, tant pour recueillir les données et les connaissances nécessaires à l'élaboration d'une politique que pour évaluer les politiques mises en œuvre à l'échelle locale et diffuser rapidement les résultats des expériences les plus prometteuses. Ces observatoires pourraient travailler en relation étroite avec les Observatoires régionaux de santé (ORS). Pour que les moyens d'observation soient réels, ils devront disposer d'une continuité pluriannuelle et bénéficier de l'apport scientifique :

- des techniques d'observation des sciences sociales,
- des données issues des grandes institutions de la connaissance sociale (Insee, Cnrs, université, etc.),

- des études réalisées par ou pour les associations caritatives et les professionnels du travail social,
- des informations issues des administrations et collectivités publiques en charge de l'intervention sociale dans les domaines de l'emploi, de la sécurité, de la justice, du logement, de l'action sociale et de la santé.

Bien entendu, la question de savoir s'il convient de créer dans chaque région une institution de type « observatoire régional » ou s'il faut renforcer des structures existantes reste ouverte. Une mission nationale qui aurait en charge le développement de la connaissance sur les processus de précarisation devrait être créée auprès du Premier ministre. Chaque année, cette mission proposerait un programme de recherche et d'observation – avec possibilité de programmes pluriannuels – qu'elle se chargerait d'animer grâce au réseau d'observatoires régionaux. Ces cellules d'observation pourraient utilement mettre en œuvre une analyse des pratiques des cellules d'alerte pauvreté-précarité de façon à diffuser dans l'opinion publique des informations sur la réalité des conditions de vie des populations fragilisées.

Mettre en place des études sur les itinéraires éducatifs et professionnels des populations en difficulté

Ces études pourraient être réalisées par des enquêtes longitudinales en population générale. Certes ce type d'études est lourd et difficile, mais il n'est pas impossible, si l'on pense par exemple aux travaux du Human Population Laboratory de Californie et aux ressources techniques et méthodologiques de l'Insee. En tout état de cause, elles pourraient être réalisées par des enquêtes portant sur des échantillons plus restreints, par exemple sur les trajectoires de jeunes en insertion. Ce type de méthode est sans doute le seul possible pour les personnes en situation d'exclusion.

Ces études diachroniques devraient dans un premier temps privilégier deux populations :

- *Les jeunes dans la période d'entrée dans la vie active.* Si l'on veut en particulier que puisse se renforcer la politique d'insertion des jeunes et qu'elle réponde au plus près à leurs besoins, il est indispensable que l'on puisse bénéficier de données provenant à la fois d'études longitudinales sur leurs trajectoires scolaires et professionnelles et d'études plus spécifiques, notamment qualitatives, sur les conduites de consommation et les comportements à risque.

-
- *Les adultes aux trajectoires professionnelles discontinues et chaotiques, marquées par l'intermittence de l'emploi et connaissant de ce fait une grande précarité. Une médecine du travail basée sur une conception renouvelée pourrait alors y jouer un rôle important.*

Il est pour cela nécessaire de créer un fonds d'intervention et de recherche qui puisse financer ces travaux ainsi que ceux proposés dans les recommandations suivantes.

L'état de santé *Améliorer la connaissance de la santé physique, mentale et sociale des jeunes jusqu'à 25 ans*

Les résultats d'études transversales, en particulier celles réalisées par M. Choquet (Inserm U169), ont permis d'obtenir des informations précises sur deux catégories de jeunes : (i) les adolescents de 11 à 18 ans (d'après un échantillon représentatif de la population) et (ii) les jeunes déscolarisés et en insertion de 16 à 25 ans.

Pour disposer d'un tableau plus complet sur l'état de santé des jeunes, il conviendrait que de telles études soient également réalisées pour les enfants de 3 à 11 ans en population générale et en insistant sur les dimensions mentales et sociales de la santé. En effet, si de nombreuses études ponctuelles ont mis en évidence les besoins des enfants en termes de handicaps mineurs (vue, ouïe et dents), la santé physique des enfants apparaît comme globalement bonne. De nombreux dispositifs, et en particulier le plan périnatalité et la PMI, y contribuent largement. Cependant, si la petite enfance est relativement connue, les données deviennent de moins en moins précises et complètes au fur et à mesure que les enfants progressent en âge. Ceci est particulièrement vrai pour la santé mentale, de même que pour les maltraitances diverses, ceci en raison de difficultés méthodologiques, sans doute surmontables. Ceci est d'autant plus regrettable que de nombreux problèmes de santé apparaissent à l'adolescence, et que l'on a peu de moyens de savoir comment ils se sont constitués.

De plus, il faudrait aussi que soit mise en œuvre, en population générale, une étude sur la santé des jeunes de 16 à 25 ans, quel que soit leur statut par rapport aux études ou à la vie professionnelle. Enfin, dans la mesure des possibilités, il serait d'une très grande utilité, pour mieux appréhender les processus de construction et de dégradation de la santé au cours de l'enfance et de l'adolescence, que soient mises en place des études longitudinales de cohortes d'enfants de groupes d'âge différents. Ces études devront absolument prendre en compte les aspects physiques, psychiques

et sociaux de la santé des jeunes. Elles devraient être complétées par des études plus ponctuelles, quantitatives mais aussi qualitatives, à la recherche de relations causales entre des événements de vie et l'état de santé, mais aussi d'une meilleure vision des *trajectoires* au cours des premières années de la vie.

Améliorer la connaissance des processus de santé des populations défavorisées

On sait maintenant depuis le début des années soixante-dix, qu'il existe en termes de mortalité d'importantes inégalités de santé résultant essentiellement des inégalités sociales. En revanche, la connaissance est beaucoup moins approfondie en ce qui concerne à la fois l'incidence des maladies, leur évolution ou encore la fréquence des conduites de consommation et des comportements à risque qui sont en partie responsables d'une surmortalité masculine prématurée. Quant aux données qui permettraient d'associer la survenue de pathologies et leur évolution au type de travail réalisé, à la plus ou moins grande exposition à des facteurs de risque ou encore au niveau d'éducation ou de revenu, elles sont trop rares et trop ponctuelles pour servir de base à une politique de santé.

Sans tomber dans l'excès qui en ferait uniquement une « maladie des pauvres », la souffrance psychique est cependant plus fréquemment associée à des situations de précarité et il n'existe que peu d'études pour le montrer. C'est essentiellement le mouvement associatif qui, à partir des données recueillies au cours des consultations dans ses dispensaires gratuits, a mis en évidence l'importance de cette symptomatologie dans la population en situation de grande précarité. Malheureusement, et malgré des études qualitatives qui commencent à apporter des informations plus précises mais portant sur des échantillons très réduits, ces données sont encore trop incomplètes pour fournir la matière à une compréhension *des processus et des trajectoires* qui conduisent à cette forme particulière de souffrance.

Devant les risques importants qui menacent leur santé et particulièrement celle de leurs enfants, **il est indispensable que la recherche fournisse des informations détaillées sur l'état de santé des populations défavorisées.** Une meilleure compréhension du rôle de chacun des déterminants majeurs permettrait alors de bâtir des politiques cohérentes de prévention.

Mesures pour créer une « nouvelle culture » chez les professionnels des secteurs sociaux et sanitaires

La formation *Renforcer les sciences sociales et le droit social dans la formation des professions de santé et en particulier des médecins*

Dans un monde en plein changement, les professionnels de la santé et en particulier les jeunes médecins, autant par l'exemple que par l'enseignement qu'ils ont reçu, *ignorent pratiquement tout de ce qui n'est pas l'aspect technique de leur métier*. Ils ne sont préparés ni à la société dans laquelle ils vont l'exercer, ni à placer leurs interventions dans le contexte psychologique, social et culturel de leurs patients. Il est donc indispensable et urgent dans le contexte actuel que de nouvelles sciences soient introduites dans le cursus universitaire des professionnels de la santé. Des disciplines comme la psychologie, la sociologie, l'économie, le droit social ou encore la démographie devraient absolument avoir leur place dans les études des médecins, pharmaciens et dentistes mais également dans celles des infirmiers et des sages-femmes.

Mettre en œuvre un programme national de formation continue et de recyclage sur les dispositifs de protection sociale pour les professions sanitaires et sociales

La complexité du système de protection sociale est devenue telle que bien peu de personnes, y compris dans les services sociaux et chez les professionnels de santé, sont capables aujourd'hui de s'y retrouver dans le labyrinthe des dispositifs et des aides. Il y a là une situation qui complique considérablement l'accès des personnes qui peuvent bénéficier à un titre ou à un autre, de la protection sociale ou des soins. Cette sous-information est très fréquente chez les personnels de santé et en particulier les médecins, mais n'est pas rare chez les travailleurs sociaux et dans les services administratifs. L'une des raisons essentielles est que peu de choses sont enseignées sur ce sujet en dehors des enseignements spécialisés et qu'en particulier il n'existe pratiquement aucune formation de ce type pour les professionnels de santé qui se retrouvent ainsi à devoir régler des problèmes sociaux sans avoir le minimum nécessaire de connaissance des dispositifs.

Différentes enquêtes montrent pourtant que les professionnels de santé (urgences hospitalières, infirmières, médecins généralistes, pharmaciens, etc.) sont souvent un point de premier contact avec l'institution socio-sanitaire soit parce qu'ils reçoivent spontanément la demande, soit parce qu'ils sont confrontés à des situations sociales telles qu'ils jouent un rôle important dans l'identification des personnes en difficulté. **Il est donc indispensable et urgent d'introduire dans la formation initiale, la formation continue et le recyclage, des enseignements portant sur l'organisation du système de protection sociale français.** Il ne serait pas inutile non plus d'y ajouter un regard sur ce qui se passe dans les pays voisins et en particulier dans ceux qui, grâce à l'universalisation de leur système, ont déjà résolu une partie des problèmes qui se posent encore en France. Compte tenu de leurs attributions dans le domaine social, les conseils généraux devraient organiser ces formations avec les représentants de l'ensemble des professions concernées et bien sûr les associations locales. De même, des modules de formation sur la protection sociale devraient être introduits obligatoirement dans la formation continue des médecins.

Les pratiques professionnelles *Favoriser sur une base régulière à l'échelon local les échanges transversaux d'expériences entre administrations concernées, professionnels de santé et du social et associations*

L'une des grandes faiblesses à la fois structurelle et fonctionnelle du système de protection sociale en France est son éparpillement en un nombre considérable de dispositifs conçus pour répondre aux différents « risques » spécifiques liés essentiellement à l'âge, au statut par rapport à l'emploi, à l'état de santé ou au statut social. La création du RMI représente une tentative originale de prestation de revenu universelle, indépendante d'autres facteurs de précarisation mais il est le seul dispositif de ce type. Chaque dispositif est généralement présent – qu'il dépende de l'État ou des collectivités locales – au niveau départemental voire à un niveau encore plus décentralisé. Du point de vue de la demande de protection sociale, on a donc à faire, au niveau local, à un ensemble d'administrations le plus souvent cloisonnées avec lesquelles il est toujours difficile de négocier ses droits. Surtout que chacune de ces administrations n'a que peu ou pas de relations régulières avec les autres.

On peut donc facilement concevoir qu'une personne – et en particulier un jeune – qui se retrouve en situation précaire, ne sache pas toujours où elle doit s'adresser – ce qui représente un obstacle parfois insurmontable – et que sa situation venant à chan-

ger il éprouve à nouveau de grandes difficultés pour faire suivre son dossier. L'absence de communication, pour ne pas dire de compréhension, entre les nombreux services qui constituent la protection sociale au niveau local est aujourd'hui un problème suffisamment grave pour que des changements fondamentaux soient mis en œuvre, car les principales victimes en sont bien entendu les gens qui en ont le plus besoin. Mais la difficulté de communication est parfois également grande entre les acteurs de terrain (travailleurs sociaux, bénévoles d'associations, médecins) et les services sociaux alors que chacun d'eux joue un rôle important dans la prise en charge des personnes démunies.

Le plus important des changements à provoquer – en attendant une simplification et une universalité des droits – est donc certainement de créer les conditions d'une meilleure connaissance réciproque et concrète des activités et des responsabilités des différents acteurs. Car il n'existe à l'échelon local que peu de vision transversale des dossiers et donc une appréciation partielle des histoires individuelles. Il existe encore moins d'évaluation régulière et collective, non seulement des dossiers d'aide sociale mais également de la réponse qui leur a été apportée. Chaque dispositif a tendance à considérer sa vision des choses comme la vision globale du problème, ce qui malheureusement se fait trop souvent au détriment de la personne en difficulté. Mais d'un autre côté, l'absence de vision transversale autorise la mise en œuvre de stratégies de recherche supplémentaire de prestations qui créent parfois des situations de rente difficilement acceptables.

À une époque où l'expression de la demande prend des formes de plus en plus complexes et parfois violentes, il est urgent que l'État prenne l'initiative de **créer les conditions pour que des échanges entre les différents acteurs (travailleurs sociaux, associations, élus locaux, services sociaux, CPAM, etc.) puissent avoir lieu sur une base régulière**, afin que chacun puisse faire part de ses expériences et de ses difficultés et qu'ainsi la prise en charge des personnes se fasse sur une base transversale et non verticale comme elle l'est aujourd'hui dans la majorité des cas.

Développer, en particulier dans le cadre des emplois jeunes, de « nouveaux métiers du social »

La réflexion de travailleurs de terrain dans les quartiers défavorisés des banlieues est arrivée à la conclusion que les nouveaux métiers de la ville peuvent constituer un « formidable gisement d'emplois ». En particulier, de nombreuses expériences ont montré l'intérêt et l'efficacité d'une nouvelle catégorie de profes-

sionnels : les « agents de prévention urbaine », recrutés parmi les plus âgés des jeunes des quartiers en difficulté. L'action de ces APU représente la première étape d'un processus de restauration du lien social dans les quartiers. Mais ultérieurement, il faut prendre en charge, de façon personnalisée, les enfants au comportement asocial et tenter de les réinsérer. Les acteurs de ce processus devront être formés et qualifiés. Certains ont proposé la mise en place d'un *institut national aux métiers de la ville* dont le rôle serait de définir les formations et de les valider en qualifications.

Par ailleurs, l'accompagnement social que ce soit pour les jeunes en difficulté ou pour les personnes plus âgées peut jouer un rôle de plus en plus important en particulier dans le suivi personnalisé et l'aide à la réinsertion. Dans ce domaine le maintien des personnes âgées à domicile qui constitue un volet important de la politique sociale peut également être source de nouveaux emplois sociaux.

T A B L E D E S M A T I È R E S

	<i>Saisine ministérielle</i>	VII
	<i>Avis du Haut Comité de la santé publique</i>	IX
	<i>Remerciements</i>	XVII
Introduction		1
Précarité et santé : les définitions et leurs limites	La progression de la précarisation	14
	Des images spectaculaires qui cachent un lent processus de dégradation	14
	Un phénomène qui prend des dimensions considérables	15
	Un processus qui menace la santé	23
	La France : un pays riche et inégalitaire	25
	La précarité : un phénomène qu'on ne peut plus ignorer	26
	Une vision statique qui ne peut rendre compte de la réalité	26
	Les processus de précarisation : des itinéraires personnels	35
	La santé, un processus dynamique	38
	La définition de l'OMS et ses limites	38
	La recherche d'autres définitions	39
	La Charte d'Ottawa : une conception de la santé publique	41
	Une conquête toujours provisoire	42
	Précarisation et processus de santé	43
	Les interactions entre les processus de précarisation et les processus de santé	43
	Les choix du rapport	46
Au-delà des frontières	La pauvreté et la précarité en Europe	51
	Pauvreté, précarité et santé au-delà des frontières	55
	Le Royaume-Uni	55
	Les États-Unis d'Amérique	60
	Le Québec	63
	La Russie et les pays d'Europe centrale et orientale	64
	En conclusion	66

Déterminants de l'état de santé et précarité	Déterminants socio-économiques et psychiques Les déterminants socio-économiques Les déterminants psychologiques et symboliques induits par la structure sociale Déterminants de la santé et situation de précarité L'influence de la précarité sur les déterminants La souffrance psychique	69 71 81 94 94 96
Protection sociale et système de soins : les conséquences de l'absence d'universalité	La protection sociale : un empilement de dispositifs de plus en plus complexes Un objectif initial ambitieux : de la protection des travailleurs à celle de l'ensemble de la population L'extension de la protection sociale et la gestion de la complexité Les évolutions majeures des années 90 Les dangers d'un éclatement de la protection sociale Un accès aux soins inégal et inéquitable L'accès aux droits : une couverture quasi universelle mais dont la complexité et le caractère incomplet limitent la portée L'accès aux soins : de profondes disparités selon les situations Des pratiques qui aggravent les inégalités d'accès aux soins Le coût des dispositifs « précarité/santé » : une estimation impossible Une approche par l'étude du financement Une approche selon les bénéficiaires Le recensement des flux connus	107 108 113 117 121 126 128 137 152 158 160 162 165
Situations de vulnérabilité et menaces sur l'état de santé	Naître et grandir dans la précarité La santé de l'enfant déterminant majeur de la santé du futur adulte Grossesse, petite enfance et précarité Enfance et pauvreté : une réalité socio-démographique Grossesse chez les femmes jeunes et grossesse mal suivie La PMI : un lieu privilégié pour l'observation Soins et santé durant la petite enfance L'école : un amplificateur de la précarité Échec scolaire, origine sociale et avenir Échec scolaire et mauvaise santé La maltraitance à l'école L'amplificateur de la précarité Adolescence à risque et jeunesse précaire Jeunesse introuvable, jeunesse prolongée, jeunesse précaire La santé des adolescents	168 169 174 175 175 177 177 179 179 181 182 184 185 185 190

Quelques dispositifs de protection de la santé des jeunes (enfants, adolescents et jeunes adultes)	204
L'exemplarité de la Protection maternelle et infantile (PMI)	204
Des dispositifs de santé communautaire intégrés	205
Une nouvelle catégorie de travailleurs sociaux : « les agents de prévention urbaine » (APU) sont-ils une voie d'avenir ?	206
Précarisation de l'emploi, du travail et du chômage	208
Les processus de précarisation de l'emploi et du travail	209
Le chômage	220
L'emploi, le travail et la santé	228
La santé au travail : une remise en cause des droits sociaux et du droit à la santé	237
Travail et situations de vulnérabilité	244
La précarisation de l'habitat et le cadre de vie	262
La précarisation du logement en France	262
L'habitat et l'environnement comme déterminants des trajectoires sociales	267
Le logement, pivot de la précarisation	268
La vulnérabilité des familles monoparentales	269
Étrangers et Français d'origine étrangère	272
Une réalité mal connue et peu étudiée	272
Des phénomènes de précarisation à la fois généraux et spécifiques	274
Une vulnérabilité certaine face à la santé et aux soins	276
Conduites à risque et conduites de consommation	279
L'alcoolisme	280
La consommation et le commerce des drogues illicites chez les jeunes des quartiers sensibles	283
Les sorties de la vie active et les entrées dans la vieillesse	285
Les personnes âgées : quelques aspects différentiels	286
Les dispositifs d'aide aux personnes âgées	290
La prestation spécifique dépendance	291
Recommandations	
La philosophie générale des recommandations	295
Mesures d'intégration et de cohésion sociales	301
Mesures spécifiques de réinsertion	319
Mesures pour améliorer la connaissance	339
Mesures pour créer une « nouvelle culture » chez les professionnels des secteurs sociaux et sanitaires	343

Achévé d'imprimer
sur les presses de Calligraphy Print, Rennes
Mise en page : Buroscope
Dépôt légal : novembre 1998