CAHIER DE RECHERCHE

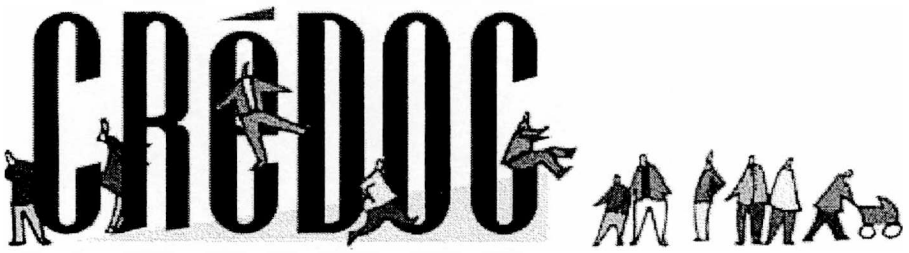
NOVEMBRE 2004 ■ N° 208

LES DISPOSITIFS D'INSERTION FACE AUX PROBLEMES DE SANTÉ

Delphine CHAUFFAUT
Élodie DAVID
Sophie GUILLOUX
Christine OLM

Département "Évaluation des Politiques sociales"

CRÉDOC
L'ENTREPRISE DE RECHERCHE



Centre de Recherche pour l'étude et l'Observation des Conditions de vie

novembre 2004 N° 208

Les dispositifs d'insertion face aux problèmes de santé

Département
Évaluation des Politiques sociales
Delphine CHAUFFAUT
Élodie DAVID
Sophie GUILLOUX
Christine OLM

142, rue du Chevaleret – 75013 PARIS
Tél : 01 40 77 85 50 – Fax : 01 40 77 85 45 – Courriel : eps@credoc.fr

Sommaire

INTRODUCTION **5**

LES LIENS ENTRE LA SANTÉ ET L'INSERTION **11**

I. État de santé des allocataires du RMI **12**

I.1 État de santé : quelques éléments de description 14
I.2 Quels liens entre les caractéristiques sociales des allocataires du RMI et les problèmes sanitaires ? 20

II. Spécificités sanitaires des populations en insertion : le point de vue des acteurs **38**

II.1 Les problématiques de santé repérées par les observateurs 39
II.2 Le comportement face à la santé 48

LES RÉPONSES INSTITUTIONNELLES **59**

I. Quelles politiques pour la santé des populations démunies ? **60**

I.1 La santé dans l'offre d'insertion des programmes départementaux d'insertion du dispositif RMI 60
I.2 Les programmes sanitaires 70
I.3 Les programmes mis en œuvre : des questions en suspens 78

II. Pratiques des professionnels : écueils et réussites **79**

II.1 Le social à la recherche du sanitaire : la santé mentale en exemple 79
II.2 La prévention : sanitaire ou social ? 88
II.3 L'action sanitaire et sociale : une utopie ? 89

CONCLUSION **95**

ANNEXES **99**

I. Bibliographie **99**

II. Études du Crédoc sur la santé **103**

III. Interrogations **107**

III.1 Les liens entre l'âge et l'état de santé 108
III.2 Le croisement des classes de la typologie *insertion* avec la typologie *santé* 108
III.3 Les résultats des régressions sur la situation des allocataires du RMI 110
III.4 les typologies 114
III.5 Résultats des régressions sur les déterminants des dépenses de santé 118
III.6 Structure de la consommation des ménages sous le seuil de pauvreté 126

IV. L'impact de la précarité sur les comportements sanitaires 127

IV.1 Les déterminants individuels des dépenses de santé 127

IV.2 Les dépenses de santé des populations "pauvres" 135

INTRODUCTION

La santé est une question sociale. L'existence de liens entre la situation sociale, et en premier lieu, la position dans la hiérarchie sociale, et la santé, a été démontrée dans de nombreux travaux parmi lesquels on peut citer, en plus de ceux du CREDOC, les recherches de l'INSERM, du CREDES, de la DRESS[1].

Le CREDOC a été récemment confronté à cette problématique lors de trois types de travaux.
Le premier d'entre eux correspond à une recherche sur la perception de la santé[2], à l'occasion de laquelle des différences notables ont pu être soulignées entre les catégories socio-professionnelles sur leur définition de la santé, et leur gestion de celle-ci.
Le second concerne les nombreuses évaluations du dispositif RMI qui ont été conduites par le département Évaluation des Politiques Sociales, programmes d'études au cours desquels la gestion de la santé des allocataires – perçus comme ayant des problématiques spécifiques – fait souvent l'objet d'une interrogation.
Plus spécifiquement, un diagnostic local partagé[3] a permis, sur un territoire, d'appréhender les interactions perçues par les acteurs de terrain, ainsi que par les habitants eux-mêmes, entre la question de l'insertion et des conditions de vie, et la santé, conçue dans une optique plutôt large.

Ces travaux ont souligné à la fois l'importance de la problématique de la santé, ses liens avec la problématique de l'insertion, et les difficultés à traiter cette relation. Ces difficultés peuvent être regroupées en plusieurs dimensions.

La première concerne l'importance et la variété du champ de la santé, ainsi que l'évolution de ce champ.
Schématiquement, on peut opposer deux conceptions de la santé.
Dans la première vision, la santé est opposée à la maladie, elle est absence de maladie. Cette définition est une conception plutôt traditionnelle.
Dans la seconde vision, la santé est rapprochée du bien être, elle déborde de la simple non maladie. Cette seconde vision, plus récente, est celle qui est proposée par l'Organisation Mondiale de la Santé : "un état de complet bien-être, physique, mental et social, ce qui ne consiste pas seulement en l'absence de maladie ou d'infirmité". Cette vision est plus large que la vision traditionnelle de la santé, car elle intègre un état

[1] Voir dans les références quelques exemples des publications liées à cet axe de recherche.

[2] "La perception de la santé en France", *rapport pour le Haut Comité de Santé Publique* n° 185, 1998.

[3] Diagnostic "santé sociale" sur les quartiers des Hauts de Rouen et de Grammont Sablière, 2003 Pour la Coordination Régionale des Intervenants en Toxicomanie et Santé (CRITS) à Rouen.

de bien être qui ne correspond pas seulement à l'absence de maladie. Elle prend également en compte la santé psychique ou mentale, en dehors de toute classification en termes de maladie psychiatrique.
Ces deux conceptions induisent deux façons d'appréhender les problèmes de santé. Dans la première optique, on raisonne en terme de maladie : malade ou en bonne santé. Dans la seconde, on considère un continuum : on peut être en mauvaise santé, plutôt en bonne santé ... Dans le premier cas, le traitement consiste à soigner des personnes malades, dans le second, à améliorer l'état de santé de toute la population.
Aujourd'hui, la seconde vision, défendue par l'OMS, tend à prédominer. Le champ de la santé devient alors très complexe : il intègre par exemple des dimensions de mal-être psychologique, de dépendance (alcoolisme, toxicomanie ...) et de comportement (hygiène de vie...). Cette importance du champ et la difficulté à en cerner les limites peut rendre complexe le repérage des problématiques, et leur "objectivation".

La seconde concerne le lien entre la santé et l'insertion.
Si ce lien semble avéré, pour tous les acteurs sa signification en apparaît ambiguë. Dans quelle mesure est-ce la santé qui est responsable des difficultés d'insertion, ou ces difficultés qui provoquent des problèmes de santé ?
Comment traiter cette relation pour permettre une amélioration dans les deux domaines ?

La troisième concerne les pratiques professionnelles
Envisagées du point de vue sanitaire comme du point de vue du travail social, les pratiques professionnelles sont en évolution. Ainsi, parallèlement à l'évolution de la notion de santé vers un terrain plus large, la prise en charge médicale se doit de considérer le patient d'un point de vue plus global. La mutation est particulièrement flagrante dans le domaine de la psychiatrie, dont les objectifs sont passés d'un soin de la maladie mentale à la prise en charge de la santé mentale[4].
Du côté du social, on assiste depuis longtemps à une évolution vers une prise en charge globale de la personne au lieu de la traditionnelle prise en charge segmentée de ses problèmes.
Même si les deux secteurs se rejoignent sur une volonté de prendre en compte de façon plus complète l'individu, des différences fortes de logique persistent.

Ainsi, du côté du secteur social, la logique d'accompagnement est fréquemment une logique de travail en réseau : les travailleurs sociaux orientent, et cette orientation prend la forme d'injonctions plus ou moins fortes, des allocataires vers des prestataires qu'ils connaissent. Ils attendent de ces derniers un retour sur les résultats de cette prescription. Les actions dans le domaine de la santé ne font le plus souvent que peu

[4] Rapport du groupe de travail relatif aux "recommandations d'organisation et de fonctionnement de l'offre de soins en psychiatrie pour répondre aux besoins en santé mentale" Mars 2002, Ministère de l'emploi et de la solidarité, direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins.

partie de ces réseaux. Par ailleurs, elles ne permettent pas de retour sur l'action (couverte par le secret professionnel), et, en particulier en ce qui concerne les problèmes psychologiques, sont fondées sur le volontariat et une démarche active des bénéficiaires.

Ce cahier de recherche a pour objectif d'apporter quelques éléments de réponse à ces questions.
Il repose sur l'hypothèse que, face à une problématique globale d'un état de santé dégradé de la population en situation d'exclusion, la réponse publique apparaît pour le moment ponctuelle et disparate, avec toutefois certaines expériences menées qui pourraient donner lieu à une généralisation.

Nous avons choisi de ne pas nous intéresser aux politiques visant des publics comme les travailleurs handicapés. Pour ces personnes en effet, la problématique de santé est première par rapport à la problématique d'insertion, en tout cas dans la catégorisation faite par la société et acceptée par les personnes qui bénéficient d'une reconnaissance COTOREP[5].

Nous avons plutôt choisi une population où le lien entre la santé et l'insertion apparaît plus ambigu. Les allocataires du RMI nous ont semblé une population de référence intéressante. D'une part, ils sont par définition dans une situation d'insertion difficile ; d'autre part, comme ils sont pour beaucoup suivis par un service social, nous avons des éléments d'information à leur sujet. Enfin, leurs caractéristiques sont suffisamment hétérogènes[6] pour ne pas refléter des problématiques de catégories très spécifiques. Il faut toutefois prendre garde à la visualisation du problème : le dispositif, en catégorisant les personnes, montre une population circonscrite et en stigmatise les difficultés.

[5] Il faut en effet noter que toutes les personnes susceptibles de bénéficier d'une reconnaissance COTOREP ne font pas valoir leur droit, notamment pour ne pas subir la stigmatisation liée à ce statut.

[6] Ainsi que le montrent les enquêtes conduites auprès de ce public ; de fait, le RMI a été conçu à ses débuts comme une aide non catégorielle, permettant à toute personne, sous condition qu'elle se situe en dessous d'un seuil de revenu, de bénéficier d'une allocation.

Le présent rapport suit alors la logique suivante :

- la première partie est consacrée à la question de la **relation entre la santé** (dans ses différentes dimensions) **et l'insertion**, envisagée sous l'angle de l'analyse qu'en font les acteurs connaissant ces populations, ainsi que sous l'angle du point de vue des personnes en difficulté d'insertion elles-mêmes.

- la seconde partie fait le point sur les solutions qui sont proposées à ces problématiques identifiées, via une étude des **actions permettant le traitement conjoint de la santé** et de l'insertion, ainsi qu'une analyse des **pratiques des acteurs sanitaires et sociaux** lorsqu'ils ont confrontés, pour les premiers, à des difficultés d'insertion sociale et pour les seconds à des problèmes de santé. Ce second volet permet d'étudier les spécificités du traitement de la santé dans l'accompagnement social, les compétences des travailleurs sociaux pour en traiter, les difficultés qu'ils rencontrent, leur définition des problèmes de santé, leurs attentes et leurs critiques du champ sanitaire, ainsi que le positionnement des acteurs de la santé par rapport à la logique de l'accompagnement social.

Les matériaux utilisés pour répondre à ces questions sont de plusieurs natures.

Statistiques

Pour comprendre le lien entre l'état et la consommation de santé, deux bases de données ont été mobilisées :

- l'enquête Budget des ménages 1995 de l'INSEE
- une base de données comprenant l'ensemble des enquêtes réalisées auprès des allocataires du RMI dans le cadre d'évaluations départementales du dispositif réalisées par le département Évaluation des Politiques Sociales du CREDOC.

Bibliographiques

Les liens entre la santé et l'insertion, les dispositifs mis en place, ont été notamment analysés via différents types de littérature :

- des recherches en sciences sociales (et particulièrement en sociologie) ainsi qu'en médecine (voir les travaux de l'INSERM)
- des textes juridiques
- des analyses ou évaluations de dispositifs.

En outre, un certain nombre de Plans Départementaux d'insertion ont fait l'objet d'une étude systématique pour comprendre le positionnement du dispositif RMI vis à vis de la santé des allocataires.

Qualitatifs

En complément de ces éléments, afin de mieux cerner l'appréhension par les acteurs de terrain des problématiques santé / insertion, et afin de comprendre les pratiques des deux secteurs, sanitaire et social, a été réalisée une investigation de terrain. Des intervenants du secteur sanitaire – et particulièrement de lieux de soins de populations en difficulté – et du secteur social – et essentiellement d'intervenants dans le dispositif RMI – ont été invités à partager leurs expériences sur ces sujets lors d'entretiens téléphoniques. Trois départements, déjà connus du CREDOC sur le thème de la santé et / ou de l'insertion, ont ainsi fait l'objet d'investigations : les Bouches du Rhône, la Seine Maritime et la Côte d'Or[7].

[7] Voir le détail des entretiens en annexe.

LES LIENS ENTRE LA SANTÉ ET L'INSERTION

Dans cette première partie sont analysés les liens entre la santé et l'insertion.
De nombreux travaux ont concouru à démontrer ce lien entre la précarité, l'absence d'insertion, et une santé défaillante, sous une multitude d'angles. L'INSERM se focalise généralement sur les liens entre la précarité et l'état de santé, ou certaines problématiques particulières de santé. La DRESS apporte notamment des éléments d'informations annuels sur la consommation de santé des bénéficiaires de la CMU. Le CREDES, d'une façon plus large, étudie la consommation de santé de l'ensemble de la population, avec des distinctions sur des groupes particuliers.
Ce chapitre se situe aux confluents de ces recherches, et vise à apporter des éléments complémentaires sur la base de matériaux issus d'études du CREDOC, et tout particulièrement d'évaluations départementales du RMI.

La première partie repose sur les enquêtes réalisées par le CREDOC auprès des bénéficiaires du RMI. Elle a pour objectif de concourir à décrire l'état de santé de cette population particulière, en analysant les déclarations des allocataires sur leur santé[8] et en constituant des typologies des allocataires en fonction de leur rapport à la santé et de la causalité repérée de leurs problèmes.

Dans une seconde partie, seront analysés les discours des personnes en charge de l'insertion sur la santé des populations en difficulté. Ces discours sont issus de la ré-exploitation d'entretiens de professionnels de l'insertion et de la santé interrogés lors de diverses études du département Évaluation des Politiques Sociales, ainsi que du traitement d'interrogations *ad hoc* de professionnels sur les 3 sites pré-cités. Il s'agit de repérer les problèmes de santé spécifiques à la population qu'ils côtoient, mais également de comprendre leur grille d'analyse de ces problématiques. Les questions abordées portent donc à la fois sur le type de problèmes identifiés comme étant propres aux populations démunies, sur les causes, ou du moins les facteurs de risques perçus, sur les comportements spécifiques à ces populations, et, finalement sur les problèmes de santé repérés comme devant bénéficier d'un traitement spécifique, sanitaire et social. A ce stade apparaissent déjà une sélection des problématiques de santé qui seront traitées par les secteurs sanitaire et social de façon conjointe, et les problématiques qui seront laissées au secteur sanitaire, dans une optique de droit commun.

[8] L'INSEE, dans un INSEE Première daté de juin 1999 (*État de santé et accès aux soins des allocataires du RMI* Blanpain Nathalie ; Eneau Denise) avançait des résultats allant dans ce sens.

I. ÉTAT DE SANTÉ DES ALLOCATAIRES DU RMI

La description de l'état de santé des populations bénéficiant du RMI permet de prendre conscience du lien entre les problèmes sanitaires et sociaux.

Il s'agit ici de chercher à savoir

- ✓ si les allocataires du RMI ont effectivement un état de santé plus dégradé,
- ✓ si cette dégradation est la conséquence, ou la cause, de la précarité,
- ✓ et, plus finement, quels sont les aspects de la précarité, ou les caractéristiques des personnes en situation d'exclusion, qui sont plus particulièrement en lien avec un état de santé dégradé.

Pour apporter des éléments de réponses à ces interrogations, nous avons traité diverses enquêtes qui ont été réalisées par le CREDOC depuis 1997 auprès de personnes bénéficiaires, ou anciens bénéficiaires du dispositif RMI.

Il s'agit essentiellement d'évaluations du dispositif d'insertion dans différents départements. Un des volets de ces travaux vise à mieux connaître les allocataires, leurs caractéristiques, leur profil, leur trajectoire sociale et professionnelle (avant, pendant, et éventuellement après leur passage dans le dispositif), leurs besoins et leur perception du dispositif. Nous disposons donc à la fois de données *factuelles* (de parcours et de situation) sur les personnes, de données d'*opinion* sur le dispositif, et de données de perception sur leur situation (évaluation personnelle de leur état de santé).

Les enquêtes ont été réalisées en face à face, au domicile des personnes interrogées ou sur le lieu de leur choix. Les questionnaires, d'une demi-heure environ, composés de questions fermées et ouvertes, visaient une approche globale de la situation et de la trajectoire des personnes interrogées.

Dans ce cadre, des questions ayant trait à la santé ont été posées, nous permettant de dresser un bilan de l'état de santé des allocataires du RMI.

Les apports de ces enquêtes, par rapport à d'autres études déjà évoquées, sont de deux natures. D'une part, par rapport à d'autres travaux (publics de centres de santé plus ou moins "ciblés" sur une catégorie – jeunes par exemple), la population ici considérée des allocataires du RMI est à la fois très circonscrite (population touchant une allocation, ayant un revenu inférieur à une somme déterminée), et très

hétérogène[9] ; on peut espérer ainsi distinguer les différents aspects de la précarité. En outre, ce matériau est également intéressant car il mêle des données factuelles et d'opinion.

Date et département	*Échantillon*
- 2003 en Côte d'Or	308 individus
- 2002 dans le Gard	300 individus
- 2003 en Indre et Loire	304 individus
- 1997 dans le Loir et Cher	204 individus
- 1999 dans l'Oise	231 individus
- 2002 dans le Tarn et Garonne	151 individus
- 1999 en Haute Vienne	201 individus

Soit finalement un échantillon de 1699 individus[10].

Les personnes interrogées sont, soit des allocataires du RMI, soit des individus passés antérieurement dans le dispositif. Ne sont comptabilisées comme "allocataires" que les personnes qui *perçoivent* le RMI au moment de l'enquête[11]. Il faut bien garder à l'esprit que cet échantillon n'est représentatif d'aucune *réalité* (il regroupe des publics similaires, mais à des périodes différentes). En revanche, il est très important par sa taille et permet donc de faire apparaître des effets, ou de grandes tendances sur les comportements des allocataires du RMI. Ainsi il est possible de comparer les deux populations (allocataires et personnes sorties du dispositif) pour mieux comprendre les leviers à la sortie du dispositif, et les spécificités des allocataires en matière de santé.

[9] La construction du RMI comme ultime filet, l'absence de critère autre que celui du revenu induisent une population hétérogène sur les critères de l'âge (au-delà de la limite légale des 25 ans), des statuts professionnels, familial, du logement ... hétérogénéité que les enquêtes soulignent.

[10] Cependant pour certaines questions spécifiques sur la santé, l'enquête réalisée en Indre et Loire ne peut être utilisée. Nous préciserons donc dans ce cas que la taille de l'échantillon est 1395.

[11] Même si le revenu différentiel versé est égal à 0, des individus peuvent bénéficier du dispositif RMI. Ils sont donc comptabilisés comme allocataires.

I.1 État de santé : quelques éléments de description

I.1.a Analyse descriptive de la population allocataire

L'objectif de cette étude est de mesurer et d'expliciter les liens entre les problèmes de santé et la précarité. Le fait d'être allocataire du RMI peut être considéré comme un indicateur de cette précarité. Mais les problèmes de santé ne *découlent* pas de la perception du RMI. La population allocataire est *représentative* d'une population plus large (aux caractéristiques très proches) mais plus difficile à appréhender car ne rentrant pas dans un dispositif institutionnel.

Ainsi, les bénéficiaires du RMI étudiés dans notre enquête ont valeur de *modèle* à travers :

- un profil caractéristique d'une population fragilisée
- des circonstances typiques de situations pouvant mener au RMI

C'est pourquoi, il est intéressant de dresser un état des lieux du profil socio-démographique des allocataires enquêtés. Cette première étape nous permet de décrire les caractéristiques des bénéficiaires du RMI, et plus globalement de cerner les individus fragilisés afin de comprendre par la suite leur rapport particulier à la santé.

♦ Caractéristiques socio-démographiques

Les femmes sont plus représentées que les hommes (59%), et seulement le tiers de la population vit en couple. Pour les autres, il s'agit essentiellement de célibataires (43%), ou de familles monoparentales (28%).

La moitié des personnes ont plus de 40 ans, le quart plus de 50. Seulement 17% d'entre elles ont moins de 30 ans.

Tableau n° 1

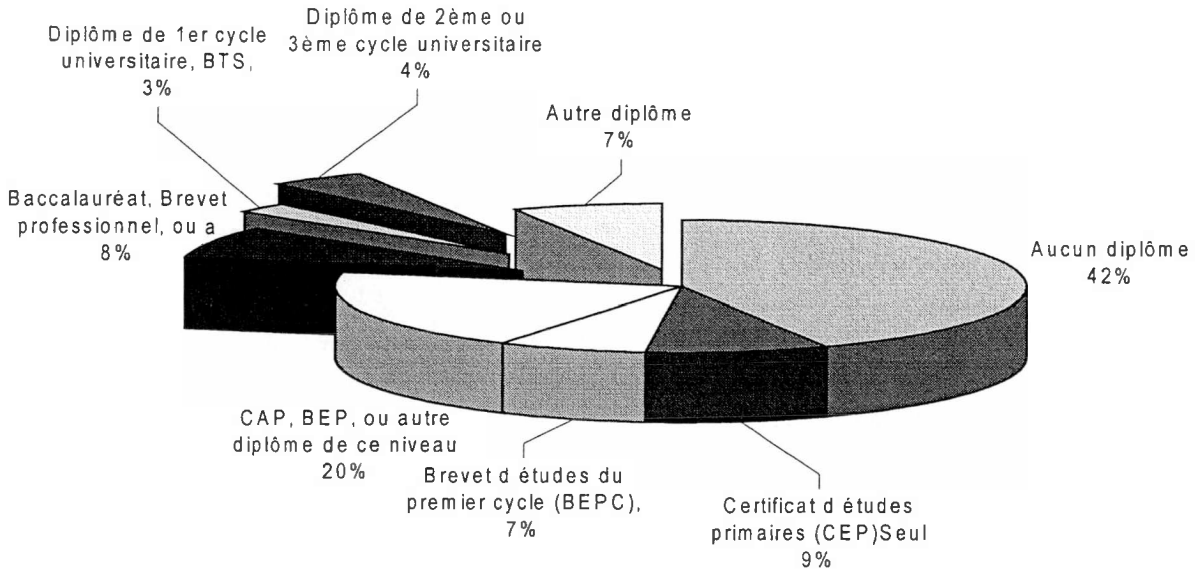
Répartition des personnes interrogées selon l'âge

	Échantillon RMI	France 2001
Moins de 30 ans	18%	22%
De 30 à 39 ans	33%	32%
De 40 à 49 ans	25%	25%
Plus de 50 ans	24%	21%
Total	100%	100%

Sources : CNAF, juin 2001, profils des bénéficiaires du RMI et enquêtes CREDOC sur le RMI

Graphique n° 1

Niveau de formation des bénéficiaires du RMI



Sources : enquêtes CREDOC sur le RMI

Les bénéficiaires du dispositif RMI sont globalement peu diplômés, puisqu'à peine 20% d'entre eux ont un diplôme supérieur au CAP. Quatre personnes interrogées sur dix n'ont même aucun diplôme.
Ce niveau de formation relativement bas se retrouve à travers des difficultés à lire ou calculer. En effet, 40% des personnes interrogées sont gênées pour lire, écrire, ou ont des problèmes en calcul.
La faiblesse du niveau global d'instruction et les lacunes dans les domaines "fondamentaux" (écriture, lecture, calcul) donnent une idée des difficultés d'insertion de certains allocataires.

♦ Le logement

La grande majorité des enquêtés sont des locataires (69%), et plus précisément en location HLM (42%). 17 % sont logés dans la famille ou chez des amis. On rencontre également une proportion non négligeable de propriétaires (10%). Les personnes vivant en centre d'hébergement de longue durée représentent 1% de l'échantillon. On recense également quelques personnes dans des conditions de logement précaires : 2% en habitation mobile (caravane), 4 personnes en habitation de fortune (squat, garage), et un sans abri.
Pour expliquer la faible proportion de mal-logés dans cet échantillon, plusieurs hypothèses peuvent être avancées. Il est tout d'abord plus difficile de contacter et d'interroger ces personnes vivant dans des conditions particulièrement précaires. Et cette population est sans doute plus réfractaire à ce genre d'enquêtes. Il semble d'ailleurs que les sans-logis sont aussi ceux qui ont le moins recours aux différents

services, sanitaires ou sociaux[12]. Par conséquent, ces personnes "à la marge" d'une population déjà exclue sont difficiles à évaluer.

♦ La situation professionnelle

Tableau n° 2

Situation professionnelle des personnes interrogées

	Allocataires Du RMI	Sortis du Dispositif
Travaille	**19%**[13]	**50%**
En stage ou formation	9%	10%
À la recherche d'un travail ou d'une formation	**41%**	**17%**
En invalidité, AAH, ou longue maladie	5%	5%
Au foyer	**14%**	**7%**
Autre situation professionnelle	12%	10%
TOTAL	100%	100%

Source : enquêtes CREDOC sur le RMI

Guide de lecture : Parmi les allocataires du RMI : 19% travaillent, 9% sont en stage de formation.

Plus de la moitié des personnes sorties du dispositif travaillent, tandis que moins d'un allocataires sur cinq a un emploi. Les bénéficiaires comptent en outre proportionnellement deux fois plus d'inactifs (au foyer), que les personnes sorties du dispositif.

[12] Lire sur ce sujet le *Rapport au Conseil Économique et social sur la grande pauvreté*, CREDOC, janvier 1995.

[13] L'utilisation des caractères gras indique une différence significative entre les réponses données par les allocataires du RMI et celles des personnes sortis du dispositif.

I.1.b Les spécificités des allocataires du RMI en matière de santé

♦ La santé comme motif de demande du RMI ?

Plusieurs causes peuvent être invoquées par les bénéficiaires pour expliquer leur demande de RMI.
La moitié d'entre eux ont demandé le RMI après une perte d'emploi, la fin d'un stage ou parce qu'elles ne touchaient plus d'indemnisation de la part des ASSEDIC.

Plus du tiers citent des problèmes de santé comme motif de demande du RMI. Il s'agit du premier lien clairement établi entre les domaines sanitaires et sociaux : **les problèmes de santé comme origine de la précarité.**

Un tiers des enquêtés avance aussi un évènement familial, tel une séparation, une naissance ou un divorce. Des difficultés à trouver un premier emploi, ou la perte d'allocations sont également rapportées, mais moins fréquemment. Enfin, 11% justifient leur entrée dans le RMI par l'atteinte de l'âge minimal de 25 ans, nécessaire pour percevoir l'allocation.

Tableau n° 3

Les motifs de demande RMI

	Allocataires du RMI	Sortis du Dispositifs
	%	%
Perte d'emploi, stage, fin ASSEDIC	**49%**	**57%**
Difficultés pour 1er emploi	21%	19%
Séparation, naissance ou évènement familial	30%	30%
Perte ou diminution des allocations	**17%**	**13%**
Vient d'avoir 25 ans	11%	12%
Pb de santé	**41%**	**26%**
Autres raisons	**21%**	**29%**
Effectif total	**1 292**	**407**

Source : enquêtes CREDOC sur le RMI

Guide de lecture : Parmi les allocataires du RMI, 49% ont demandé le RMI après une perte d'emploi, la fin d'un stage ou fin des ASSEDIC.

15 % de l'échantillon a pour seule et unique source de revenu le RMI. Un quart perçoit un salaire, des indemnités de stage ou une retraite (éventuellement complétés par le RMI, ou d'autres allocations).
La large majorité (65%) compte dans ses ressources des aides sociales diverses (Allocation logement, allocations familiales...)
Une petite partie (3%) touche une pension invalidité, l'Allocation Adulte Handicapé ou des indemnités longue maladie.

♦ État de santé général

Pour caractériser l'état de santé des allocataires du RMI, deux approches complémentaires sont utilisées :

- La première permet d'apprécier la santé telle qu'elle est perçue par les personnes interrogées. ("quelle phrase *définit* le mieux votre état de santé ?")
- La deuxième doit faire apparaître les problèmes de santé "graves", qu'a réellement connus la personne ("avez vous connu ou connaissez vous de gros problèmes de santé ?"). Ce sont les personnes qui évaluent la *gravité* ; subsiste ainsi une dimension subjective.

L'état de santé perçu est globalement positif, mais plus négatif que pour la moyenne des Français : un tiers se juge "en bonne santé", et 40% estiment que "il peut [leur] arriver d'être malades, comme tout le monde".

Il reste cependant un tiers d'individus qui se considèrent "très souvent malades ou fatigués", ou qui disent ne rien pouvoir faire à cause de leur état de santé.

Concrètement, parmi les personnes interrogées, 2 sur 5 déclarent avoir déjà connu de gros problèmes de santé (du type accident ou maladie), et pour 40% d'entre elles ces problèmes étaient en lien avec les circonstances (c'est à dire leur situation d'allocataire du RMI).

♦ Comparaison allocataires et personnes sorties du dispositif

L'échantillon est composé aux trois quarts de personnes bénéficiaires du RMI au moment de l'enquête.

Les 25% restants sont des individus "sortis" du dispositif.

La comparaison des deux sous-populations fait donc apparaître des caractéristiques propres aux bénéficiaires du RMI :

Tableau n° 4

L'état de santé perçu par les allocataires du RMI

Quelle phrase définit le mieux votre état de santé ?

	Allocataires du RMI		Sortis du dispositif	
Vous êtes en bonne santé	341	**26%**	144	**35%**
Cela peut vous arriver d'être malade, comme tt le monde	505	39%	171	42%
Vous êtes très souvent malade, fatigué	266	**21%**	55	**14%**
Vous ne pouvez rien faire à cause de votre état de santé	150	**12%**	28	**7%**
Autre	30	2%	9	2%
Total	1292	100%	407	100%

Source : enquêtes CREDOC sur le RMI

Guide de lecture : Parmi les allocataires du RMI, 12% se plaignent de ne rien pouvoir faire à cause de leur état de santé

Ainsi, **les bénéficiaires du RMI** ont un **jugement plus négatif** que ceux qui sont sortis du dispositif sur leur état de santé. Ils sont moins nombreux à se sentir en bonne santé, et se disent nettement plus souvent malades ou fatigués. Ils affirment en outre plus fréquemment "ne rien pouvoir faire à cause de leur état de santé". Sur le plan national, une enquête réalisée en 1998 pour le Haut Comité de Santé Publique[14] montre que seulement 8% de l'ensemble de la population se positionne sur les deux items indiquant une mauvaise santé, contre, dans notre échantillon, 33% pour les allocataires et 21% pour les sortis du dispositif.
Que leur santé soit réellement mauvaise, ou que le jugement soit "exagéré", ces allocataires se plaignant de ne rien pouvoir faire "à cause de leur état de santé" prouvent que **la santé peut être un frein à l'insertion, tant professionnelle que sociale.**

Cependant, il s'agit d'une auto-évaluation, ne s'appuyant sur aucun symptôme précis ou pathologie déterminée. L'appréciation personnelle par les individus de leur état de santé est largement influencée par les conditions de vie, la situation familiale, l'activité professionnelle (ou l'inactivité).
Reste à savoir si les bénéficiaires du RMI ont objectivement un état de santé plus dégradé que leurs homologues hors dispositif, ou s'il s'agit plutôt d'un sentiment de malaise.

En effet, ainsi qu'il a été souligné en introduction, la santé n'est pas forcément jugée par l'absence de maladie ou de souffrance, mais peut être entendue comme un "bien être" global, un plaisir à la vie (par opposition au mal-être qui découle de l'exclusion et de la marginalisation). Les nombreux travaux effectués sur ce thème[15] ont d'ailleurs montré à quel point le concept de santé était subjectif. Le lien entre l'état de santé *diagnostiqué*, objectif, et l'état *ressenti* est parfois assez ténu, et dépend de divers facteurs, dont les plus importants sont certainement l'âge, mais aussi la catégorie socioprofessionnelle et le niveau de revenu. Pour les CSP les moins aisées, la santé est entendue comme une absence de maladie, voire absence de maladie *handicapante*, alors que pour les CSP dites supérieures (cadres, professions intellectuelles), la définition de la santé est moins restrictive et davantage associée à un bien-être global.

[14] "La perception de la santé en France", *rapport du CREDOC* n°185, 1998.

[15] Voir sur ce thème les Cahiers de Recherche du CREDOC "*La construction sociale de la perception de la santé*", n° 128, juin 1999, et "*La perception de la santé en France*", n° 132, mars 1993.

Tableau n° 5

problèmes de santé et liens avec le RMI, selon la situation par rapport au dispositif

Avez vous connu ou connaissez vous de gros problèmes de santé ?

	Allocataires du RMI		Sortis du dispositif	
Oui, mais c'est sans rapport avec les circonstances qui vous ont amené au RMI	327	25%	99	24%
Oui, et c'est en rapport avec les circonstances qui vous ont amené au RMI	187	**14%**	41	**10%**
Non	778	**60%**	267	**66%**
Total	1292	100%	407	100%

Source : enquêtes CREDOC sur le RMI

Guide de lecture : Parmi les personnes sorties du dispositif, 66% disent n'avoir jamais connu de graves problèmes de santé

Les allocataires du RMI se déclarent logiquement un peu plus sujets à des maladies "en rapport avec les circonstances", c'est à dire en rapport avec le RMI (et son corollaire, la précarité).

Toutefois, ils ne souffrent pas plus de pathologies graves (sans rapport avec les circonstances) que les individus sortis du dispositif. Cela ne signifie pas que la condition sociale n'a pas un impact sur l'état de santé des personnes. Mais les personnes enquêtées sont toutes dans une situation sociale assez proche et relativement dégradée. Les personnes *sorties* du dispositif ne le sont pas forcément définitivement, et les allers-retours sont fréquents, ce qui explique que pour le public étudié ici (globalement pauvre et déshérité), le fait de toucher ou non le **Revenu Minimum d'Insertion** n'a que **peu d'effet sur la santé**. Il se traduit surtout par une **perception nettement plus négative et morbide** de l'état de santé. Cette perception montre alors l'existence du second lien entre la santé et l'insertion : les difficultés d'insertion comme facteur d'une morbidité, ou d'un sentiment de mal-être.

I.2 Quels liens entre les caractéristiques sociales des allocataires du RMI et les problèmes sanitaires ?

La description du profil des allocataires du RMI a révélé des signes évidents d'exclusion sociale et de fragilité sanitaire (perception morbide de son état de santé).

Peut-on alors faire apparaître des liens entre ces différentes formes de précarité ? Autrement dit, parmi les caractéristiques des bénéficiaires du RMI, quelles sont celles qui ont le plus certainement une incidence sur leur état de santé ?

La relation entre l'état de santé et la dimension sociale apparaît en fait comme une relation "à double sens" :

Problèmes sanitaires ⇨ RMI : exclusion sociale + stigmatisation

RMI ⇨ Perception morbide de son état de santé

Problèmes de santé spécifiques

Mais derrière cette double relation de causalité interviennent d'autres déterminants (tels l'âge, le sexe, la situation professionnelle ou le logement) que nous cherchons à définir dans cette partie.

I.2.a Les liens typiques entre les domaines sanitaire et social

♦ La santé en fonction de l'âge et du sexe

Tableau n° 6

Perception de son état de santé selon le sexe

	Homme	Femme	Ensemble
Vous êtes en bonne santé	**35%**	**24%**	**485**
Cela peut vous arriver d'être malade, comme tt le monde	**36%**	**42%**	**676**
Vous êtes très souvent malade, fatigué	**15%**	**22%**	**320**
Vous ne pouvez rien faire à cause de votre état de santé	**12%**	**9%**	**178**
Autre	2%	2%	**37**
Total %	100%	100%	
Effectifs	690	1006	**1 696**

Source : enquêtes CREDOC sur le RMI. Non-Réponses=3

Base : ensemble allocataires et sortis du dispositif

Les hommes sont plus nombreux à se juger en bonne santé (35% contre 24%, soit 11 points de plus que les femmes). De façon générale, ils se considèrent en meilleure santé que les femmes (71% d'opinions positives[16] contre 66%). On remarque que les femmes sont plus enclines à se positionner sur les jugements modérés tandis que les hommes choisissent plus facilement les réponses "extrêmes" (bonne santé ou "ne peut rien faire").

La relation entre l'âge et le jugement sur l'état de santé est assez prévisible (cf. annexe1). Les plus jeunes se considèrent plus fréquemment en bonne santé et ils ne sont que 2% à dire "ne rien pouvoir faire" à cause de leur état de santé. À l'inverse, un individu de plus de 50 ans sur cinq se plaint de ne rien pouvoir faire. Et ils ne sont que 46% à avoir un jugement positif sur leur état de santé.

Cette perception de la santé correspond en outre assez bien à une *dégradation réelle* de la santé avec l'âge. Tandis que 78% des jeunes (moins de 30 ans) affirment n'avoir jamais eu de problèmes de santé *graves*, ils ne sont que 44% parmi les plus âgés (plus de 50 ans) à déclarer n'avoir jamais eu de maladie.

[16] On entend par jugement positif sur la santé les réponses "en bonne santé" et "il peut m'arriver d'être malade, comme tout le monde".

♦ Santé et travail

Tableau n° 7

Situation professionnelle et perception de la santé[17]

SITUATION PROFESSIONNELLE ACTUELLE							
	travaille	en stage ou formation	cherche travail form	invalidité, AAH, longue maladie	au foyer	autre situation	TOTAL
Vous êtes en bonne santé	**39% ++**	33%	30%	**2% - -**	**16% - -**	23%	485
Cela peut vous arriver d'être malade, comme tout le monde	**59% ++**	32%	43%	**9% - -**	36%	**32% -**	676
Vous êtes très souvent malade, fatigué	**11% - -**	24%	20%	16%	**29% ++**	21%	321
Vous ne pouvez rien faire à cause de votre état de santé	**1% - -**	8%	**5% - -**	**70% ++**	**16% +**	**20% ++**	178
Autre	**1% -**	2%	2%	4%	3%	5%	37
Total %	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
Effectifs	455	157	591	82	209	203	1697[18]

Source : enquêtes CREDOC sur le RMI

Base : ensemble allocataires et sortis du dispositif

Guide de lecture : Parmi les personnes qui travaillent, 39% se jugent en bonne santé, contre seulement 16% parmi les individus au foyer.

Les chiffres indiqués en gras sont significativement différents de la moyenne, le signe qui les jouxte indique s'ils sont supérieurs (+) ou inférieurs (-) à cette moyenne.

Les personnes qui travaillent, ou sont en stage ou en formation, sont plus enclines à se trouver en bonne santé (39% contre 30% et 16% parmi celles qui cherchent un emploi ou sont au foyer). De façon "objective", les trois quarts d'entre elles n'ont *effectivement* jamais connu de graves problèmes de santé. A l'opposé, les individus "au foyer" se jugent plus facilement "très souvent malades ou fatigués", ou disent "ne rien pouvoir faire à cause de leur état de santé".

Naturellement, ceux qui sont en longue maladie, AAH, ou invalidité sont près de 70% à "ne rien pouvoir faire à cause de leur état de santé". Trois sur cinq ont d'ailleurs une reconnaissance COTOREP ou une demande en cours.

Si l'on compare la santé "perçue" à l'état de santé objectif, on note que les actifs (ceux qui travaillent, sont en stage, ou à la recherche d'un emploi) ont tous une opinion sur leur état de santé relativement **optimiste**.

[17] L'utilisation des caractères en gras indique une différence significative entre les réponses données par les personnes de la colonne concernée, et celles de l'ensembles de la population. Les signes + ou – indiquent le sens de ces différences.

[18] Non-répondus=2.

Par exemple, 72% des salariés n'ont jamais connu de graves problèmes de santé[19], et ils sont 88% à juger leur santé positivement ("en bonne santé" ou "pouvant être malades comme tout le monde").
Seuls les inactifs (au foyer, en arrêt longue maladie ou invalidité) se sentent plus malades qu'ils ne le sont réellement. Ainsi, 35% des personnes au foyer ont déjà connu un réel problème de santé, mais 42% se sentent très souvent malades ou jugent qu'elles ne peuvent rien faire.

L'activité professionnelle joue donc un rôle éminemment positif dans la perception de l'état de santé[20].

Réciproquement, l'étude de la DREES montre qu'un bon état de santé induit une opinion positive sur le travail. Ceci s'explique d'abord par un effet âge, mais aussi parce que l'**insatisfaction au travail** peut être directement **liée au type d'emploi occupé et non à l'état de santé**. **Les personnes en mauvaise santé** pourraient alors être insatisfaites car elles seraient **contraintes** -par leur état de santé- **à des métiers qui leur déplaisent**. Mais ces deux explications ne sont pas suffisantes. Un **bon état de santé améliore également le sentiment sur les conditions de travail et l'avenir**. Toujours selon la même source, trois quarts des personnes sorties du RMI en obtenant un emploi sont optimistes sur l'avenir quand elles n'ont pas de problèmes de santé et 68% quand elles en ont. De même, les premières sont 2/3 à penser que leurs conditions de vie se sont améliorées contre 55% parmi celles qui ont des problèmes de santé.

[19] En réalité, ces personnes **déclarent** n'avoir jamais connu de graves problèmes de santé. Il ne s'agit donc pas de l'état de santé **réel**, mais toujours d'une interprétation de leur état de santé par les personnes concernées. Bien qu'imparfaite, cette mesure de la santé semble toutefois **plus objective** que l'opinion sur l'état de santé (utilisée précédemment avec la question : *quelle phrase définit le mieux votre été de santé ?*).

[20] Ce phénomène a déjà été mis en évidence dans l'étude de la DREES, *"État de santé et insertion professionnelle des bénéficiaires du RMI"*, n°7, juin 1999.

♦ Santé et logement

Tableau n° 8

Les liens entre le logement et la santé

Quelle phrase définit le mieux votre état de santé ?

	en bonne santé	peut arriver d'être malade, comme tout le monde	est très souvent malade, fatigué	ne peut rien faire à cause état de santé	aucune phrase ne convient	effectifs
Propriétaire	**20% - -**	39%	**25% +**	13%	4%	**167**
Locataire HLM	**26% -**	38%	20%	**14% ++**	2%	**716**
Locataire privé	**34% ++**	40%	**17% -**	**7% - -**	2%	**464**
Hébergement famille/ amis	**32% +**	43%	**15% -**	**7% - -**	2%	**293**
Hébergement précaire	25%	44%	23%	9%	0%	**57**
Total	**485**	**676**	**321**	**178**	**37**	**1697**

Source : enquêtes CREDOC sur le RMI

Guide de lecture : Parmi les propriétaires, 20% se jugent en bonne santé, 25% se considèrent très souvent malades ou fatigués.

Les locataires privés, et les personnes hébergées dans leur famille ou chez des amis sont globalement plus confiants quant à leur état de santé que le reste de la population. Il faut dire que cette catégorie est relativement jeune (36 ans en moyenne contre 41 ans pour l'échantillon total). Les trois quarts d'entre eux se considèrent en bonne santé, ou estiment qu'il peut leur arriver d'être malades, "comme tout le monde". Parmi les locataires HLM et les propriétaires, un jugement nettement plus pessimiste prédomine. Ils ont plus souvent le sentiment d'être malades ou fatigués, voire de ne rien pouvoir faire à cause de leur santé.

La faible part de propriétaires se considérant en bonne santé (20% seulement) s'explique assez facilement puisque cette classe est plus âgée que les autres (47 ans en moyenne contre 41 ans pour tout l'échantillon). Mais cette santé, perçue de manière si différente suivant le type de logement habité, varie-t-elle plus *objectivement* en fonction de l'hébergement ? Les personnes se considérant en mauvaise santé déclarent-elles effectivement plus de maladies graves ?

Tableau n° 9

Avez vous déjà eu des problèmes de santé ?

	Oui, mais sans rapport avec RMI	Oui, et en lien avec RMI	Non	Effectifs
Propriétaire	25%	**22% ++**	**53% -**	**167**
Locataire HLM	28%	12%	60%	**716**
Locataire privé	22%	13%	65%	**464**
Hébergement famille/amis	25%	12%	64%	**293**
Hébergement précaire	21%	18%	61%	**57**
Total	25%	13%	61%	**100%**
Effectif total	426	228	1043	**1697**

Source : enquêtes CREDOC sur le RMI

Guide de lecture : Parmi les locataires HLM, 28% déclarent avoir connu des problèmes de santé sans rapport avec le RMI

L'hébergement ne semble pas spécifiquement corrélé à l'état de santé *objectif*. Quel que soit le type de logement, on observe quasiment les mêmes pourcentages :

- autour de 62% "sans problèmes"
- environ 28% ayant déjà connu de graves problèmes de santé.

➢ Seules la catégorie des *propriétaires* se démarque. Ils ne sont que 53% à être en bonne santé, ce qui corrobore la perception négative de la santé observée précédemment.

♦ Des liens multiples et imbriqués

Les difficultés à isoler l'influence de chaque facteur

Si l'on a montré les liens spécifiques entre la précarité professionnelle, l'exclusion par le logement, et les problèmes de santé, il faut toujours tenir compte du fait que ces différents facteurs, auxquels on peut ajouter les caractéristiques individuelles (âge, sexe, isolement, situation familiale..) sont très corrélés entre eux (au point qu'il est presque impossible d'en isoler l'influence individuelle). En d'autres termes, **il existe un lien**, mais dont nous n'avons pas **mesuré l'ampleur**...

Pour **trancher sur la primauté de tel ou tel effet** et faire apparaître les impacts propres à chaque facteur, il faut raisonner "toutes choses égales par ailleurs" en recourrant à des régressions.

Méthodologie : les régressions de type LOGIT et PROBIT

Étant donné le type de données dont nous disposons (essentiellement qualitatives), deux modèles explicatifs sont envisageables : les modèles LOGIT ou PROBIT.
Ces modèles, dits *à variable qualitative*, cherchent à expliquer la probabilité d'un certain événement ou d'une certaine situation en fonctions de variables explicatives convenables. Par exemple, la probabilité d'être (ou d'avoir été) gravement malade en fonction de variables socio-économiques.

La variable à expliquer y est donc une probabilité, mais la variable véritablement observée est a priori la variable dichotomique indiquant la présence ou l'absence du caractère étudié pour les différents individus de la population examinée.

Un modèle linéaire classique ($p = a + b.x + c.z$) paraît naïf et peu adapté, les valeurs de p pouvant a priori parcourir l'ensemble des réels et non simplement l'intervalle [0, 1], d'où l'idée de passer par l'intermédiaire d'une fonction de répartition F (dont l'ensemble des valeurs est l'intervalle [0, 1]), et d'estimer un modèle de la forme : $p = F(a + b.x + c.z)$ ou $F^{-1}(p) = a + b.x + c.z$

- Si on prend pour F la fonction de répartition associée à la loi normale $\mathcal{N}(0, 1)$, le modèle est le ***modèle probit***. La fonction F, ni son inverse ne s'expriment sous une forme résolue, mais peuvent être calculées numériquement.
- Si on retient pour F la ***fonction de répartition logistique*** ($F(t) = e^t/(1 + e^t) = 1/(1 + e^{-t})$), on obtient le ***modèle logit***, longtemps apprécié pour la possibilité de calculer F^{-1} explicitement :
$t = F^{-1}(p) = \ln[p/(1-p)] = \mathit{logit}(p)$

En appliquant chacun des deux modèles, on a pu constater que les résultats obtenus étaient quasiment similaires. En effet, la distribution logistique est symétrique, tout comme la loi normale : elle présente la forme symétrique d'un S aplati, et approxime très bien la loi normale. Elle présente en outre l'intérêt d'avoir une forme analytique simple.
Il semble donc que l'on puisse (du moins dans ce cas) avoir recours indifféremment à l'un ou l'autre des modèles.

Interprétation du modèle LOGIT

Nous cherchons par exemple à expliquer la probabilité de se déclarer malade en fonction de l'âge et du sexe.

P[être malade]=K + a*ag20 +b*ag30 +c*ag50 + d*FEMME

La classe "homme et ag40 (avoir entre 40 et 50 ans) "est prise comme référence, donc ôtée du modèle.

Pour résoudre ce modèle, on estime en réalité le logit de p, soit ln(p/(1-p)).

On obtient donc :

Logit(p)=K + a'*ln(ag20) + b'*ln(ag30) + c'*ln(ag50) + d'*ln(FEMME)

La constante donne la probabilité que l'individu de référence ait une valeur 1 à la variable expliquée.

Le modèle estime le logit pour le groupe de référence. On fait ensuite varier les modalités une par une par rapport au groupe de référence.

Ainsi : pour une personne de moins de 30 ans (ag20=1), on a : logit(p)=a' + K

pour une personne entre 30 et 40 ans (ag30=1), on a : logit(p)=b' + K

Il suffit alors de repasser à l'exponentielle pour trouver p :

ln(p/(1-p))=a' + K

$\Leftrightarrow$ p/(1-p)=exp(a' + K)

$\Leftrightarrow$ p=1/(1+exp(a' + K))

p est la probabilité pour un homme entre 20 et 30 ans d'être malade.

On peut donc déterminer (par rapport à l'individu de référence) quel est l'impact sur le comportement étudié d'une variation de l'âge, les autres variables restant inchangées (sexe=homme).

Par exemple, l'individu de référence peut avoir 18% de chances d'être malade, tandis que pour un individu de moins de 30 ans, la probabilité ne sera que de 11%

Il est aussi possible de faire varier plusieurs caractéristiques, en additionnant les impacts et non les probabilités.

Exemple : pour comparer la probabilité d'être malade pour une femme de moins de 30 ans et un homme entre 40 et 50 ans, on calcule p=1/(1+exp(a' + d' +K))

Puisque le sens de la causalité entre problèmes sanitaires et sociaux n'est pas évident, plusieurs régressions font apparaître des liens multiples entre ces formes de précarité :

Quels sont les facteurs expliquant la déclaration de graves problèmes de santé ?[21]

Le fait de déclarer de graves problèmes de santé est largement expliqué par **l'âge** des personnes interrogées. Ainsi, la probabilité pour les personnes de référence de moins de 40 ans de déclarer souffrir de pathologies graves est de 11% [22], contre 17% chez les 40-50 ans et 25% pour les plus de 50 ans.
D'autres facteurs influent également (dans un sens négatif) sur la santé : ainsi, **une séparation** ou tout autre **évènement familial** suffisamment grave pour être le motif de demande de RMI **joue sur la santé**.
Le fait d'être **célibataire** constitue également un facteur aggravant.
Enfin, le fait de **ne pas travailler**, et d'être en formation, à la recherche d'un emploi ou dans une "autre situation professionnelle" **explique significativement la dégradation de l'état de santé**. Il est important de noter que le fait d'avoir arrêté de travailler pour d'autres raisons que le chômage est tout à fait déterminant sur les problèmes de santé graves (28% de chances de déclarer une grave maladie, contre 17% pour les personnes qui ont toujours travaillé).

Quels sont les motifs d'une perception négative de l'état de santé ?

Une régression sur la variable "*je suis souvent malade et fatigué*", montre que l'âge a une influence négative sur la perception de l'état de santé. Les "plus de 50 ans"[23] ont plus de risques de se déclarer "très souvent malades ou fatigués", et ils ont également une probabilité plus importante de dire "ne rien pouvoir faire" à cause de leur état de santé (10% contre 4% pour les 40-50 ans).
À âge égal : les personnes **sans aucun diplôme** et les **inactifs** sont plus susceptibles de se sentir "**très souvent malades ou fatigués**" (4% contre 2%). En revanche, le **sentiment plus grave** et plus profond de ***ne rien pouvoir faire*** en raison de l'état de santé est **essentiellement lié à l'isolement** (8% contre 4%)[24] .

---

[21] Voir résultats des régressions en Annexe.

[22] Les pourcentages sont donnés à titre indicatif, pour faciliter la lecture. Ils ne signifient pas que les personnes de moins de 40 ans ont une probabilité de 11% de déclarer souffrir de problèmes de santé. Ce chiffre est en effet calculé sur l'individu de référence, certes âgé de moins de 40 ans, mais doté également d'un ensemble d'autres caractéristiques. En changeant une caractéristique autre que l'âge, on obtiendrait un autre pourcentage pour la même tranche d'âge. Ce qui a du sens, ce sont alors les écarts entre les pourcentages lorsque l'âge augmente, les autres variables restant fixes.

[23] Il s'agit pour être précis des individus (réels ou fictifs), présentant toutes les caractéristiques de l'individu de référence, mais ayant plus de 50 ans (comparés à ceux de 40-50 ans).

[24] **NB :** Les personnes qui affirment ne rien pouvoir faire à cause de leur santé sont en large majorité en invalidité, AAH, ou longue maladie. Par conséquent, nous n'avons pas utilisé les variables "situation professionnelle" dans cette régression, car l'impact de la modalité "maladie, invalidité" aurait été trop important.

***L'état de santé a-t-il une incidence sur le fait d'être inactif ou de* n'avoir jamais travaillé ?**

Le fait d'être une femme augmente très significativement la probabilité d'être au foyer et celle de n'avoir même jamais travaillé (14% contre 4% pour les hommes).

Ne pas avoir de permis de conduire a un effet dans le même sens, mais moins prononcé (6% de chances d'être au foyer pour l'individu de référence et 8% de n'avoir jamais travaillé). À l'inverse, être célibataire, ou élever seul ses enfants réduit les chances d'être inactif ou de n'avoir jamais exercé d'activité professionnelle.

Avoir moins de 40 ans, et de façon encore plus marquée **moins de 30 ans, augmente** naturellement **la probabilité de n'avoir jamais travaillé** (resp. 10% et 19% contre 4% pour les 40-50 ans), mais n'a aucun impact sur le fait d'être au foyer.

En revanche, avoir **plus de 50 ans** augmente la probabilité **d'être au foyer**, c'est-à-dire de ne pas rechercher de travail (8% *versus* 4%).

L'isolement est un facteur qui est également lié à l'inactivité professionnelle : être isolé augmente la probabilité de n'avoir jamais travaillé (+ 8 points).

La **perception de la santé**, quand elle est **négative** (*très souvent malade ou fatigué* et *ne peut rien faire*), augmente naturellement la **probabilité d'être au foyer**. En revanche, le fait d'avoir déjà eu de graves problèmes de santé diminue cette probabilité. Cet effet paradoxal peut se comprendre car les personnes les plus malades sont en général en invalidité, longue maladie, ou bénéficiaires de l'AAH, et n'entrent donc pas dans la catégorie des personnes au foyer (ie. ayant choisi[25] de ne pas travailler).

♦ Le cumul des effets

Des liens de causalité multiples entre l'état de santé et la perception du RMI ont donc pu être mis en évidence, mais la difficulté majeure d'interprétation demeure, à savoir que le "sens" de cette causalité ne peut être établi. Il est possible que les bénéficiaires du RMI qui souffrent d'une santé déficiente aient moins de chances de trouver un emploi, mais la difficulté à sortir du RMI peut réciproquement participer de la dégradation de l'état de santé[26].

"Toutes les dimensions de l'insertion sociale -logement stable et correct, emploi, confiance en soi, santé correcte- apparaissent liées les unes aux autres et s'influencent entre elles. Il est alors difficile de savoir si c'est le fait d'avoir un emploi qui maintient les individus en meilleure santé que les autres ou si c'est au

---

[25] Ce terme est cependant à prendre avec d'immenses précautions, car si *être au foyer* signifie ne plus faire de démarches pour rechercher un emploi, il est évident que cette situation n'est pas toujours le résultat d'un choix délibéré, mais plutôt la conséquence de contraintes extérieures accumulées.

[26] Voir à ce sujet l'Étude n°7 publiée par la DREES en février 1999, "*État de santé et insertion professionnelle des bénéficiaires du RMI*".

contraire le fait d'être en bonne santé qui favorise la possibilité de travailler, la causalité jouant sans doute à la fois dans les deux sens"[27].

Ainsi, les problèmes décrits comme étant des effets d'une insertion insatisfaisante peuvent également en être des causes. Exemple typique, les dépendances, liées souvent à un mal être, peuvent être à l'origine d'une perte d'emploi ou d'une incapacité à en conserver un.

Ainsi, plutôt que de chercher à tout prix laquelle des deux formes de détresse (sanitaire ou sociale) est à l'origine de l'autre, il semble judicieux de compléter notre première analyse par une typologie mettant en exergue des situations "symptomatiques".

I.2.b Les situations sanitaires et sociales typiques d'une population fragilisée

Deux typologies ont été produites parallèlement : l'une visant à faire apparaître des profils de santé particuliers, l'autre permettant de mettre en exergue différents "niveaux" d'insertion des individus.

Rappels méthodologiques

- **L'Analyse en Composantes Multiples : ACM**

Chaque typologie est construite à partir de variables spécifiques concernant soit la santé, soit l'insertion. Chaque variable peut être considérée comme un axe, une droite sur laquelle la position des personnes est donnée par leur réponse. Par exemple, pour l'état de santé, les réponses ont pour coordonnées :

- n'a jamais eu de problèmes de santé 1
- des problèmes de santé liés à la situation -1
- a déjà eu de graves problèmes de santé -2

Ainsi, les personnes interrogées forment un nuage de points dans un espace à n dimensions, n étant le nombre de variables utilisées.

L'ACM (Analyse des Correspondances Multiples[28]) permet de projeter ces points dans des espaces de dimension plus faible afin de les visualiser. Les nouveaux axes sont ceux sur lesquels la représentation de l'ensemble des points est la meilleure, c'est à dire la plus proche de la réalité. En effet, la projection entraîne une perte de "précision "pour chaque point. Les nouveaux axes sont donc ceux pour lesquels le nuage de points *dans son ensemble* est le moins déformé.

[27] Études et Résultats de la DREES, n°300, mars 2004, "*Insertion sociale et conditions de vie des bénéficiaires de minima sociaux*".

[28] Il s'agit d'une forme particulière d'Analyse Factorielle, permettant d'étudier simultanément plusieurs variables qualitatives.

La proximité des variables entre elles sur les plans factoriels fournit des indications sur les corrélations des variables entre elles.

- Les modalités qui apparaissent sur le graphique "proches" des axes -voire sur l'axe- sont très bien représentées, c'est à dire que leur projection sur l'axe n'entraîne qu'une perte minime d'information.
- Leur distance par rapport à l'origine indique le poids qu'elles ont joué dans la création de l'axe, et donc leur importance pour l'interprétation de l'axe.

On peut en outre intégrer dans l'analyse des variables dites supplémentaires : elles n'interviennent pas dans la construction des axes, mais des coordonnées sur ces axes leur sont affectées, ce qui permet d'obtenir des indications sur leurs corrélations avec les autres variables.

La Classification Ascendante Hiérarchique : CAH

Après l'Analyse en Composantes Multiples, une CAH permet de discerner des groupes de population *typiques*

- Les coordonnées factorielles des individus permettent d'effectuer des regroupements entre les personnes ayant apporté le même type de réponses aux variables actives de l'analyse. Grâce à la Classification Ascendante Hiérarchique (CAH), on peut construire des groupes de personnes ayant des comportements "typiques" semblables.

- La CAH construit des catégories de personnes possédant des caractéristiques homogènes : elle rapproche les individus qui ont les projections les plus proches sur l'ensemble des axes de l'ACM.

♦ Quels sont les différents rapports à la santé ?

La santé d'un individus est appréhendée à travers trois critères :

- la santé perçue : quelle phrase définit le mieux votre état de santé ?
- la santé "objective" : avez vous déjà connu de graves problèmes de santé ?
- la reconnaissance COTOREP

Les variables actives de la typologie "santé" sont les suivantes :

sant1 "est bonne santé"

sant2 "peut être malade, comme tout le monde"

sant3 "très souvent malade, fatigué"

sant4 "ne peut rien faire à cause santé"

sant5 "santé : autre situation"

Cotorep1 : reconnu cotorep

Cotorep2 : pas cotorep

Cotorep3 : demande reconnaissance cotorep

Pbnon : n'a jamais eu de graves pb de santé

Pboui1 : pb de santé en lien avec situation RMI

Pboui2 : pb de santé sans rapport avec RMI

Une classification ascendante hiérarchique permet de faire apparaître 5 grandes classes d'individus[29] :

Classe 1 (332 individus, soit 24% de l'échantillon) **"bonne santé et optimisme"**

Il s'agit des individus qui se jugent "en bonne santé", et disent n'avoir effectivement jamais connu de problèmes de santé. Ils ne sont pas reconnus COTOREP, sont relativement jeunes (moins de 40 ans), et plutôt diplômés

Classe 2 (410 individus, soit 29% de l'échantillon) **"bonne santé et réalisme"**

Ces individus s'avèrent un peu moins optimistes que dans la classe 1, puisqu' ils considèrent qu'"ils peuvent être malades, comme tout le monde". Dans les faits, ils n'ont jamais connu de graves problèmes de santé et n'ont pas non plus de reconnaissance COTOREP.

Ils sont plutôt jeunes également, mais moins diplômés que dans la classe 1. Les femmes sont un peu plus présentes.

[29] Voir la représentation graphique en annexe.

Classe 3 (317 individus, soit 23% de l'échantillon) **"mal être"**

Cette classe regroupe des personnes qui se sentent "très souvent malades, fatiguées et ont déjà eu des problèmes de santé (mais sans rapport avec le RMI).

Ce sont essentiellement des femmes, souvent célibataires, et peu diplômées. Elles ne sont pas reconnues COTOREP.

Classe 4 (155 individus, soit 11% de l'échantillon) **"malades avérés"**

Cette catégorie renvoie aux personnes qui disent "ne rien pouvoir faire à cause de leur état de santé".

Elles ont souvent eu des problèmes de santé qui n'avaient pas forcément de lien avec RMI. Pour la moitié d'entre elles, elles ont fait une demande COTOREP, ou sont reconnues COTOREP

Il s'agit d'individus plus âgés que la moyenne (>50 ans), et plus isolés que le reste de la population : ils ont moins fréquemment le permis de conduire et sont peu ou pas diplômés (Certificat d'Études Primaires).

Classe 5 (181 individus, soit 13% de l'échantillon) **"malades du RMI"**

Ces individus considèrent que "ils peuvent être malades ", ou qu'ils sont "très souvent malades ou fatigués". Ils ont déjà eu des problèmes de santé en lien avec leur situation (RMI) et sont parfois reconnus COTOREP (pour 40% d'entre eux).

♦ Quels sont les divers profils d'insertion ?

Les variables actives pour la création des axes sont celles concernant l'insertion ou l'exclusion des individus sur le marché du travail, ainsi que les variables traduisant l'insertion sociale :

Insertion professionnelle	Insertion sociale
Ress1 : ressources =uniquement RMI	*Tel /pas_tel* : avoir ou pas le téléphone
Ress2 : ressources=salaire	*Permis1/2* : avoir ou pas son permis de conduire
Ress3 : ressources=rmi+ invalidité, AAH..	*Isol/nisol* : avoir de la famille et des amis ou être isolé
Ress4 : ressources=RMI+ autres alloc	*Difficult/paspb* : avoir ou pas des difficultés en lecture,
Situat1 : travaille	écriture, calcul
Situat 2 : en stage ou formation	*Logenow1* : propriétaire
Situtat3 : à la recherche travail ou formation	*Logenow2* : locataire HLM
Situat5 : en invalidité, AAH, ou longue maladie	*Logenow3* : locataire privé
Situat7 : au foyer	*Logenow4* : hébergement famille ou amis
Situat8 : autre situation professionnelle	*Logenow5* : hébergement précaire
Passprof1 : n'a jamais cessé de travailler	
Passprof2 : a travaillé, puis au chômage	
Passprof3 : a travaillé, puis alternance chômage/emploi	
Passprof4 : chômage puis qqs périodes d'emploi	
Passprof5 : a arrêté de travailler pour d'autres raisons que le chômage	
Passprof6 : n'a jamais travaillé	
Allocoui/non : allocataire du RMI ou pas	

La classification ascendante hiérarchique met en évidence 9 classes[30] :

Classe 1 (286 individus, soit 21%) **<u>les salariés précaires</u>**

Il s'agit de salariés qui ont souvent traversé un période d'alternance chômage/travail, et qui travaillent au moment de l'enquête.

Seulement la moitié d'entre eux est allocataire du RMI. Ils sont plus fréquemment locataires.

[30] Voir la représentation graphique en annexe.

Classe 2 (144 individus, soit 10%) **les isolés**

Ce groupe est constitué d'individus qui perçoivent divers types d'allocations en complément du RMI.

Ils sont actuellement à la recherche d'un travail ou d'une formation, et habitent en HLM. Ils se caractérisent par leur isolement. Ils ont assez rarement des amis ou de la famille sur qui compter. Ils peuvent également avoir des difficultés à lire, écrire ou calculer. Ils n'ont pas toujours le permis de conduire. Nombre d'entre eux n'ont pas même de téléphone.

Classe 3 (313 individus, soit 22%) **les Bénéficiaires du RMI "socialement intégrés"**

Cette classe est constituée d'individus qui sont également en situation de recherche d'emploi. A la différence du groupe précédent, ce sont en général des propriétaires, et ils sont nettement moins isolés que les premiers.

Classe 4 (225 individus, soit 16%) **les allocataires du RMI sans autre aide**

L'unique source de revenu de ces individus est le RMI.

Ils sont fréquemment hébergé dans la famille ou chez des amis.

Ces personnes à la recherche d'un emploi ou d'une formation sont plutôt des hommes, célibataires. Ils ont un diplôme inférieur au bac.

Classe 5 (144 individus, soit 10%) **les femmes au foyer**

Cette classe féminine est celle des "femmes au foyer".

Elles n'ont jamais travaillé ou ont cessé de travailler pour d'autres raisons que le chômage.

Sans aucun diplôme, elles ont des difficultés pour lire, écrire ou calculer. De plus, le fait qu'elles n'aient pas de permis de conduire accroît leur isolement.

Pour la plupart ces femmes élèvent seules leurs enfants.

Classe 6 (52 individus, soit 4%) **les salariés**

Ces individus travaillent, ils perçoivent un salaire et ne sont pas allocataires du RMI. Ce sont des hommes, jeunes (moins de 30 ans), célibataires, qui ont fait des études supérieures. Ils vivent encore souvent dans leur famille ou sont hébergés chez des amis.

Classe 7 (66 individus, soit 5%) **les précaires**

Cette classe rassemble des personnes sans aucun diplôme, allocataires du RMI.

Ces individus ont des difficultés en écriture, lecture ou calcul, et sont actuellement souvent en stage ou en formation.

Par rapport aux autres groupes, ils sont plus nombreux à vivre en hébergement précaire.

Classe 8 (85 individus, soit 6%) **<u>les allocataires du RMI âgés</u>**

Ce groupe est composé de bénéficiaires du RMI relativement âgés (plus de 50 ans), et peu ou pas diplômés.

Classe 9 (80 individus, soit 6%) **<u>les "malades"</u>**

Cette population est celle des "malades". Ils touchent l'Allocation Adulte Handicapé, et ne travaillent pas à cause de leurs problèmes de santé (invalidité, longue maladie, AAH..).

Ce sont en général des personnes plus âgées que la moyenne.

♦ L'interdépendance des phénomènes d'exclusion (sanitaire et sociale)

Un croisement des deux typologies précédentes permet de mettre en relief des relations entre les difficultés d'insertion et la santé des individus[31].

Les liens les plus significatifs concernent :

<u>Les salariés précaires et les individus en bonne santé</u> (optimistes ou réalistes).

Ces deux classes sont particulièrement corrélées, ce qui tend à confirmer le rôle important de l'activité professionnelle sur l'état de santé. En fait, la précarité sociale (isolement, conditions d'hébergement difficiles...) n'influe pas directement sur l'état de santé : **l'impact nocif de la précarité sociale sur la santé est contrecarré par l'insertion professionnelle.**

Les salariés précaires sont ainsi significativement sous-représentés parmi les *malades avérés* ou les *malades du RMI.*

<u>Les allocataires du RMI socialement intégrés et les personnes en bonne santé réalistes</u>.

Ces bénéficiaires du RMI ne sont pas intégrés professionnellement, mais il s'agit cependant d'individus actifs, à la recherche d'un emploi et socialement intégrés. Leur bonne représentation au sein des *réalistes en bonne santé*, et leur sous-représentation dans la classe des *malades* signifie que l'insertion sociale joue favorablement dans le sens d'un état de santé plutôt bon.

Autrement dit, **l'effet délétère sur la santé de l'exclusion par le travail peut être contrebalancé par une bonne insertion sociale** (famille, amis, moyens de locomotion..)

[31] Voir en annexe le tableau croisé avec les statistiques du Chi2.

Les salariés et les individus en bonne santé.

Sans surprise, cette catégorie d'hommes diplômés, intégrés tant sur le plan professionnel que familial et social renvoie à des personnes en bonne santé. Seuls 2% d'entre eux se déclarent malades, et ils sont significativement moins nombreux que les autres à souffrir de mal-être.

Les inactifs malades

La classe des *malades avérés* de la typologie insertion correspond évidemment à la classe *malades* de la typologie sur la santé. Les individus malades ne travaillent pas, sont en invalidité, arrêt longue maladie ou bénéficiaires de l'AAH. Leur moyenne d'âge est plus élevée que pour le reste des personnes interrogées.

Les bénéficiaires du RMI âgés et les malades.

Les bénéficiaires du RMI âgés (qui ont également le plus de difficultés à sortir du dispositif) souffrent particulièrement de problèmes de santé. Cette classe est nettement corrélée avec celle des *malades du RMI*, et plus encore avec les *malades avérés*. Dans les deux cas, le lien entre l'exclusion sociale et les problèmes de santé est souligné. Mais dans un cas, les ***malades du Rmi*** **imputent leur mauvaise santé à la situation de précarité dans laquelle ils se trouvent**. Dans l'autre cas, les ***malades avérés*** **constatent que leur santé déficiente est à l'origine de l'exclusion sociale**.

Il s'agit ici de situations frontières du dispositif : en âge, puisque les individus sont proches de la retraite, et quant à la santé, puisque ils sont relativement nombreux à toucher l'AAH. Ces cas extrêmes seront plus amplement décrits par les travailleurs sociaux en deuxième partie.

Cette classe renvoie à la **réciprocité** et à l'**interdépendance** des phénomènes de précarité qui se renforcent mutuellement, accentuant encore l'exclusion des personnes.

L'âge a par exemple un impact négatif, tant sur l'insertion professionnelle que sur l'état de santé. D'où le sentiment d'exclusion des allocataires du RMI âgés. Et à cette exclusion sociale répond un isolement grandissant, qui renforce encore les difficultés précédentes.

La liaison étroite et les **effets "boule de neige"** entre les différents types d'exclusion (par l'âge, par la maladie, par le travail, par la famille, le manque de diplôme...) sont ici clairement représentés.

I.2.c Bilan : la conjonction entre précarité sociale et vulnérabilité médicale

L'ensemble de ces travaux réaffirment de façon forte le lien entre la santé et l'insertion, sur ce public particulier des allocataires du RMI. Il faut en outre souligner la **relation de causalité à *double sens*** entre les problèmes sanitaires et l'exclusion sociale : l'un et l'autre semblent intimement liés, et en quelque sorte **interdépendants**.

Plus précisément, les dimensions de la précarité agissent de façon variable sur la santé, et le cumul des difficultés est particulièrement dévastateur. On peut ainsi considérer deux sous catégories de l'exclusion : d'une part l'exclusion *professionnelle*, et d'autre part l'exclusion *sociale* (logement précaire, isolement, pas de famille, pas de moyen de locomotion, des difficultés en français, en calcul…)
Si l'insertion sociale et l'insertion professionnelle sont défaillantes, alors les risques sanitaires sont maximum. Mais, dès lors que l'une des deux conditions est remplie, l'impact sur la dégradation de la santé est réduit, et le phénomène "boule de neige", d'interdépendance et d'amplification des risques peut même être jugulé.

Finalement, entre les deux classes extrêmes (celle des jeunes, diplômés, et en bonne santé, et celle des Bénéficiaires du RMI âgés, malades, et quasiment inemployables), il existe un continuum de situations très variées.

II. SPÉCIFICITÉS SANITAIRES DES POPULATIONS EN INSERTION : LE POINT DE VUE DES ACTEURS

Dans cette partie, il s'agit de comprendre comment la problématique de la santé des populations en difficulté est envisagée par les acteurs en charge de ces publics. Nous avons pour cela recueilli d'une part des données issues de travaux sociologiques, d'autre part les opinions des acteurs travaillant auprès de ces publics. Ces éléments permettent de faire le point sur deux dimensions.

D'une part, alors que les allocataires du RMI ont un état de santé plutôt plus dégradé que d'autres publics, les acteurs repèrent des problématiques qui leur semblent liées à la situation sociale. Il est alors intéressant de remarquer quels sont les problèmes de santé qui ont retenu l'attention et quelles explications sont apportées à leur sur-représentation (réelle ou du moins perçue comme telle) dans la

population en difficulté. Cette dimension permettra de comprendre quels sont les axes que les secteurs sanitaire et social ont décidé d'investir.

D'autre part, pour faire pendant à l'analyse du comportement sanitaire des populations démunies via leur consommation de santé, il s'agit de décrire les comportements spécifiques de cette population dans la gestion de leur santé, analysés par les travailleurs sociaux. Cette dimension permet aux secteurs sanitaire et social d'envisager les leviers de leur action.

II.1 Les problématiques de santé repérées par les observateurs

Dans une première analyse les problématiques de santé peuvent être regroupées en trois catégories, qui ne sont pas exclusives les unes des autres : les problèmes de santé physique, liés souvent à un problème d'usure, ou de limitation des soins, les problèmes de "santé mentale" qui sont probablement les plus délicats, et les problèmes de dépendance.
A cette catégorisation "médicale" peut être adjointe une catégorisation "sociale", entre problèmes de "santé pure" et problèmes de "santé extensive".

II.1.a Les problèmes physiques

D'une façon générale, aucun problème de santé n'est l'apanage des populations en difficulté ; en revanche, des conditions de vie dégradées accroissent les risques.

♦ Les "vraies" maladies de la précarité

Les "vraies" maladies de la précarité sont des maladies plutôt rares, contractées par des personnes en situation de grande précarité, sans autre motif apparent que la pauvreté et les restrictions qu'elle impose. On évoque ainsi le retour, dans certaines zones, de la tuberculose que l'on croyait éradiquée auprès de populations sans domicile fixe.

Une enquête menée dans les centres de soin gratuits[32] souligne la fréquence des troubles respiratoires, digestifs et psychomoteurs (ces deux derniers étant plus spécifiquement récurrents parmi les personnes étrangères). Les maladies de la peau et les maladies de l'appareil digestif sont très liées à un niveau de précarité important. Les maladies transmissibles ont également une prévalence accrue. Une enquête de

[32] *Question d'économie de la santé*, n°63.

l'INSEE[33] sur la santé des sans domicile usagers des services d'aide confirme la récurrence des mêmes maux : 1/10 souffre de maladies respiratoires, de séquelles d'accidents ou de maladies graves ; les maladies du système digestifs, du foie, les désordres alimentaires, les maladies de la peau sont également fréquentes, ainsi que les migraines chez les femmes (30%).
Concernant la santé des enfants, on constate de fortes inégalités de mortalité infantile, notamment liées au suivi de la grossesse, en fonction de la catégorie socio-professionnelle.

Pour les acteurs, ces problèmes appellent un traitement sanitaire. Les seules actions envisagées par le secteur social sont, à court terme, l'accès au droit à la santé des populations concernées, et, à long terme, l'éradication de cette forme de pauvreté extrême.

♦ Les usures

Le second type de problèmes de santé physique fréquemment rencontré sont les usures, souvent liées à l'exercice de métiers pénibles. On trouve ainsi une grande quantité de maux de dos[34].

On trouve aussi dans cette catégorie les handicaps liés au monde professionnel, sous un double aspect. D'une part, les catégories d'emploi les plus précaires sont également celles qui sont le plus sujettes à des accidents du travail, pouvant entraîner un handicap[35]. D'autre part, les personnes handicapées sont plus souvent cantonnées à des postes d'ouvriers et des postes précaires[36], avec des conditions de travail qui ne sont pas adaptées à leur handicap et qui risquent d'accroître encore leur "usure" liée au travail[37]. Ainsi que l'indiquent fréquemment les travailleurs sociaux, les cas de handicap sont au sein du RMI des "cas limites" ; certains handicapés relevant d'une prise en charge AAH, d'autres en tout cas d'une prise en charge spécifique, PDI TH ou bien Agefiph. Cette prise en charge limitrophe peut ne pas être réalisée soit pour une question de temps (la demande COTOREP est en cours), soit car la personne refuse de se considérer comme handicapée, avec le stigmate que cela induit.

---

[33] *INSEE Première* n°893 : avril 2003, "La santé des sans-domicile usagers des services d'aide". Bernadette de la Rochère, divisions Conditions de vie des ménages, INSEE.

[34] Études et résultats n°300, entretiens.

[35] Accidents, accidentés et organisation du travail. Résultats de l'enquête sur les conditions de travail de 1998, DARES, Premières Synthèses mai 2002.

[36] DREES, *Etudes et résultats* n°295, mars 2004. "Problèmes fonctionnels et incapacités chez les plus de 55 ans : des différences marquées selon les professions et le milieu social".

[37] "L'expérience du handicap", Pierre Le Quéau (dir.), *Cahier de Recherche du CREDOC*, n°192, octobre 2003.

Parallèlement, on constate également (voir supra) que le chômage accroît la mortalité, avec un accroissement de la surmortalité masculine en cas de persistance de l'inactivité[38]. La mortalité d'un chômeur est trois fois supérieure à celle d'un actif occupé du même âge, celle d'une chômeuse deux fois supérieure, sans que l'on puisse vraiment bien scinder les effets de sélection et de causalité.

Pour les acteurs, ces problématiques relèvent du secteur sanitaire, relevant du droit commun.

♦ Les négligences

Les allocataires du RMI et les catégories précaires sont sous-consommateurs de certaines catégories de soins. Il s 'agit essentiellement de soins mal remboursés d'une part, ainsi que de soins de prévention d'autre part. Ainsi, le traitement des problèmes physiques qui ne causent ni incapacités ni douleurs insupportables est souvent remis à plus tard, après la gestion des affaires plus urgentes qui touchent parfois à la survie.

Les deux problèmes les plus symptomatiques de cet état sont les problèmes bucco-dentaires et les problèmes d'optique. Ces deux catégories de soins ne sont effectivement pas, jusqu'à un certain point, dans la catégorie urgente : la douleur y est souvent contenue, ils n'induisent, avant un stade aigu, pas d'incapacité. En outre, ils sont plutôt mal remboursés. Or, ces problèmes, même anodins au départ, peuvent finir par avoir des conséquences lourdes, soit en empirant (vue), soit en induisant des problèmes plus importants, comme par exemple des problèmes de digestion liés à une mauvaise dentition. Ainsi, une enquête sur les jeunes en situation précaire[39] montre que 36% des hommes et 26% des femmes ont des dents manquantes non remplacées (contre 2% dans l'ensemble de la population) et que seulement 27% des femmes et 8% des hommes ont des lunettes, alors que respectivement 49% et 27% ont des problèmes de vue.
Des problèmes de négligence peuvent également se manifester par une prise de risque accrue, ainsi pour le développement de maladie vénériennes.

Les acteurs assimilent ces problématiques aux questions de prévention, justifiant ainsi un traitement sanitaire pour le côté médical et un traitement social en ce qui concerne l'évolution des comportements (pratiques d'éducation).

---

[38] La surmortalité des chômeurs : un effet catalyseur du chômage ?

[39] *Question d'économie de la santé*, septembre 2001.

♦ Les problèmes liés aux conditions de vie

Parmi les maladies liés aux conditions de vie, on trouve une série de problèmes liés au logement.
A un extrême, l'absence de logement provoque une sensibilité à des maladies nombreuses, éventuellement rares parmi le reste de la population (cas de la tuberculose).
Un logement vétuste a également des répercussions en terme de santé.

- L'humidité, constatée dans certains logements à la limite de la vétusté, se manifeste par une dégradation des murs, par des appartements plus sombres. Elle est la cause de problèmes respiratoires : allergies, bronchites, en particulier chez les enfants.
- Le chauffage collectif des immeubles n'est pas toujours adapté à la santé des habitants.
- L'amiante et la peinture au plomb. Malgré la connaissance actuelle de l'impact négatif sur la santé de ces deux matériaux, les populations défavorisées sont les plus nombreuses à vivre dans des habitats contaminés.

S'il est difficile d'estimer l'importance du lien entre ces aspects et les maladies citées, la relation entre les deux phénomènes ne fait guère de doute auprès des observateurs.

De mauvaises conditions d'habitat ont également des répercussions sur le bien être psychologique.
L'exiguïté fréquente des logements conduit à un surpeuplement qui interdit parfois l'intimité de chacun des membres de la famille. Cet état de fait accroît le stress, les tensions familiales. Le manque d'isolation sonore de certains bâtiments entraîne l'irascibilité, le stress, le manque de sommeil.

On trouve également dans les problématiques de conditions de vie la question de l'alimentation. En plus de la dimension culturelle de l'alimentation (les catégories culturellement mieux dotées ayant une alimentation plus saine que les autres), l'alimentation est conditionnée par le niveau de revenus. Ainsi, à apport énergétique équivalent, les produits moins sains sont parfois également les moins coûteux. Des carences peuvent alors apparaître dans certains domaines (vitamines, protéines), à l'effet à moyen terme éventuellement problématique. Pour le cas spécifique des enfants[40], on note que, si le lait maternel est privilégié pour sa gratuité, il n'est pourtant pas toujours le plus équilibré pour l'enfant – car il dépend de l'alimentation de la mère -.

La résolution de ces problèmes passe essentiellement par le secteur sanitaire, ainsi, de façon plus lointaine, que par l'amélioration des conditions de vie, prise en charge par le secteur social.

[40] Le retour des maladies sociales.

II.1.b La santé mentale

Le rapport "Strohl-Lazarus"[41] ancre en 1995 le problème de la santé mentale parmi les maux de l'exclusion.

♦ Une difficile définition de la santé mentale

Un rapport ministériel[42] estime le nombre de Français atteint d'un trouble mental à 1 sur 4. Pour l'OMS, ce volet de la santé est une priorité mondiale. Cette question est d'une grande complexité, avec des niveaux de symptômes très variables. Ainsi, nous avons remarqué que le chômage avait un lien avec l'état de santé ; on constate[43] une forte corrélation entre la précarité professionnelle et la précarité sanitaire, qui se manifeste par une morbidité spécifique, ainsi que par des maux, essentiellement liés à la santé mentale, accrus : asthme, dépression, nervosité, anxiété, maux de tête, insomnies. On sait par ailleurs[44] que les problèmes de dépression, les difficultés d'apprentissage, les troubles de la mémoire sont plus souvent présents dans les populations en difficulté. Parmi les jeunes, une enquête sur les plus précaires en Ile de France[45] montre que 24% des hommes et 40% des femmes ont déjà fait une tentative de suicide. Parmi les sans domicile usagers des services d'aides[46], on constate de nombreux symptômes de santé mentale déficiente : stress, problème de sommeil, nervosité ; un quart se juge dépressif.

La question qui se pose à l'énoncé de tous ces symptômes dont l'occurrence apparaît plus forte chez les publics en difficulté est celle de la définition de la santé mentale.
A l'extrême le plus restrictif, on trouve les malades mentaux, atteints par des maladies identifiées, pour lesquelles des soins spécifiques existent. Cette appréhension de la santé mentale est celle de la psychiatrie classique et se calque sur le modèle restrictif de la santé opposée à la maladie.
A l'extrême le plus extensif, dans la définition du rapport "Strohl-Lazarus", les symptômes de fatigue, échec, manque d'énergie, honte, dénégation, absence de liens sociaux sont considérés comme des problèmes de santé mentale. Cette appréhension plus large permet d'intégrer tous les symptômes de mal-être dans la santé.

---

[41] "Une souffrance qu'on ne peut plus cacher", *Rapport du groupe de travail "Ville, santé mentale, Précarité et exclusion sociale"*, Février 1995. Antoine Lazarus, Hélène Strohl.

[42] Mission – De la psychiatrie vers la santé mentale – 2004.

[43] Martine Bungener et Janine Pierret, "De l'influence du chômage sur l'état de santé ?", *Trajectoires sociales et inégalités*.

[44] Étude et résultats n°300.

[45] *Questions d'économie de la santé*, septembre 2001.

[46] *INSEE Première* n°893 ; avril 2003, "La santé des sans-domicile usagers des services d'aide", Bernadette de la Rochère, divisions Conditions de vie des ménages, INSEE.

Entre ces deux extrêmes, il semble se constituer une utilisation pragmatique de la notion de problème de santé mentale, qui consiste à centrer le problème autour de la notion de souffrance : relève d'un problème de santé mentale la personne qui est en souffrance psychologique.

♦ ... une appréhension plus nette des causes et des conséquences

Dans un centre d'accueil des allocataires du RMI, on considère que " Le plus gros problème est la santé mentale, la détresse psychologique, la maladie. On ne sait pas quelle est la cause et quel est l'effet, mais le RMI et la santé mentale vont souvent de pair. "

La notion de souffrance sociale apparaît dans les années 80, avec l'émergence du couple souffrance / exclusion. Dès le tournant des années 90, on associe la souffrance à la durabilité de l'exclusion, il s'agirait d'une crise des liens sociaux[47]. Si peu d'indicateurs existent pour comprendre finement les relations causales, il semble que le problème d'image de soi et la question du lien social soient influents.

Effectivement, le premier constat effectué par les travailleurs sociaux qui sont en lien avec les populations en difficulté, comme par le personnel sanitaire qui les côtoie, est la plus forte présence de personnes en souffrance psychologique dans la population en difficulté. En ce qui concerne strictement la maladie mentale, aucun indicateur ne permet de mesurer si la proportion de "malades" mentaux est supérieure parmi les catégories défavorisées que dans l'ensemble de la population. En revanche, il semble qu'une situation durable d'exclusion révèlerait les fragilités psychologiques.

De façon circulaire, les problèmes de santé mentale peuvent être un frein à l'insertion, pour plusieurs raisons.
D'une part, ils sont à l'origine de souffrances, qui ne favorisent pas les démarches d'insertion.
En outre, les problèmes de santé mentale favorisent le développement d'autres maladies[48].
Ces problèmes peuvent également être à la source de comportements déviants. Ainsi, les travailleurs sociaux déplorent la violence qui règne dans les milieux précarisés, à la fois entre personnes de ce milieu, mais également en direction des services sociaux ou de l'environnement.

A Rouen, les travailleurs sociaux constatent que le mal être de ces jeunes les conduit à des comportements ***instables*** *et des pratiques réprouvées. C'est ainsi que, alors qu'ils ne se sentent pas "respectables" (aucune place valorisée dans la société), ils sont* ***hypersensibles*** *au manque de respect.* ***Désabusés****, la plupart envisagent un avenir noir, "no futur", et, sans être forcément dépressifs au sens médical du terme, on des*

[47] La relation d'aide à l'épreuve de la souffrance psychique.

[48] *Question d'économie de la santé*, "précarités, risques et santé".

sautes d'humeur. Cette instabilité peut se manifester de plusieurs manières, dont la caractéristique première est leur aspect violent. Les comportements d'agression verbales, voire physique, des jeunes vis à vis des autres sont des comportements d'extériorisation du mal être. Identiquement, les manifestations de dégradations (voitures brûlées etc.) ou les comportements dérangeants (attroupements dans les escaliers, regroupement dans les caves etc.) sont des symptômes d'un mal être et d'une incapacité de communication de ce mal être.

D'autres personnes développent des conduites à risques, comme la dépendance (voir infra). En outre, il existe des particularités cliniques de la souffrance psychique en situation de précarité. Les personnes auraient ainsi plus de difficulté à formuler leur demande, et, comme nous allons le voir, des relations plus tendues avec le secteur psychiatrique. Le sentiment d'urgence également est plus fort.

♦ Et surtout une difficulté de traitement

Depuis le rapport "Strohl-Lazarus", il est admis que la santé mentale est typiquement une problématique qui se situe entre le sanitaire et le social car les personnes ne sont pas pour l'essentiel des malades mentaux au sens psychiatrique du terme, mais développent des comportements de mauvaise santé mentale envisagée d'une façon large. Mais même si le lien entre la souffrance psychique et l'exclusion semble avéré, le traitement à apporter à cette question n'apparaît pas évident.

Le premier élément de complexité est la question du **diagnostic**. Les travailleurs sociaux, qui sont les premiers à recevoir la demande de l'allocataire ou à percevoir qu'il existe un problème de santé mentale, ne sont pas compétents pour diagnostiquer si la personne souffre simplement de ses problèmes matériels ou d'une réelle maladie mentale. Or, la réticence à la consultation est forte.

Le second élément de complexité est qu'il ne s'agit pas de "**pathologiser**" la question sociale, en considérant que l'ensemble des problèmes des personnes relève du niveau médical, de leurs problèmes de santé mentale.

Ces deux éléments de complexité nous donnent des indices pour préjuger des difficultés que rencontrent le secteur sanitaire et social pour travailler ensemble, et en particulier pour déterminer les limites de leur intervention mutuelle. Si l'on considère la santé de façon extensive, et que l'on prend également en compte la souffrance, la frontière entre le normal et le pathologique, ainsi qu'entre le sanitaire et le social est floue.

♦ Les dépendances

Les dépendances (alcool, médicaments, drogues) sont souvent mises en exergue par les travailleurs sociaux comme un problème important des allocataires du RMI et des populations en difficulté. Cette question semble complémentaire des deux points précédents. D'une part en effet, les observateurs relient souvent l'apparition de dépendances à des problèmes de santé mentale. D'autre part, les problèmes de dépendance ont fréquemment des répercussions physiques.

Les enquêtes confirment cette impression. Ainsi, une enquête sur des jeunes en situation précaire[49], comparés à des jeunes de toute l'Île-de-France, montrent que les premiers sont plus souvent sujets à de nombreuses formes de toxicomanie : alcool (34% des hommes boivent au moins une fois par semaine), cannabis (59 % des hommes ont fumé du cannabis au moins 5 fois dans leur vie), drogues, cigarettes (76% parmi les hommes fument quotidiennement), et plus encore pour les hommes que pour les femmes.

Les travailleurs sociaux repèrent certaines caractéristiques des comportements de dépendance.

Le public

Tous les publics semblent touchés par le phénomène, avec différentes habitudes de consommation. Ainsi, les femmes seraient plutôt soumises à la dépendance aux médicaments, les hommes âgés à l'alcool et jeunes aux drogues diverses. Des observateurs notent à propos des jeunes que, même pour les utilisateurs de drogues "douces", la consommation massive entraîne une absence quasi permanente de lucidité.

Les poly-dépendances

Les professionnels remarquent que les dépendances à base de drogue sont souvent le fait de consommation de plusieurs types de produits ; loin de l'image de l'héroïnomane, on trouve des personnes qui consomment à la fois de l'alcool, du cannabis, des médicaments et des drogues plus dures.

Les raisons

Les raisons invoquées par les professionnels sont liées à la fois à l'ennui provoqué par l'absence d'emploi et au mal-être défini plus haut. En ce qui concerne tout particulièrement la drogue, la facilité de gain, alors que la misère économique interdit de trouver un emploi légal, favoriserait le trafic.

---

[49] *Question d'économie de la santé* septembre 2001.

Le déni.
Est une des caractéristiques du comportement de nombreuses personnes dépendantes. Que ce soit pour l'alcool ou pour d'autres substances, l'acceptation de sa faiblesse est parfois difficile. La démarche de soin est a fortiori difficile à mettre en place.

Ces deux champs, avec leurs limites floues et leurs problématiques qui relèvent aussi bien de la dégradation de la santé que de problèmes avec l'environnement social (exemple des comportements inadéquats), sont souvent perçus par les acteurs comme relevant des deux champs d'intervention, sanitaire et social.

II.1.c Deux types de problèmes repérés, deux types de traitement

L'analyse tend donc à montrer que le champ situé à l'intersection de la santé et de l'insertion est vaste ; il fait l'objet, de la part des acteurs, d'une catégorisation en termes de types de réponses publiques apportées.

♦ Les maladies

Il s'agit de problèmes, souvent physiques, que l'on peut catégoriser dans la plus restrictive des deux définitions de la santé que nous avons proposées ; ce sont des maladies. On y trouve les maladies chroniques, les maux divers liés à l'usure par le travail, les handicaps, les maladies psychiatriques, ...
Ces maladies sont repérées par le secteur social et par les observateurs car leur occurrence est importante dans les populations démunies.
Elles font l'objet d'un traitement par le seul secteur sanitaire. Le secteur social intervient éventuellement dans le cadre de l'accès aux droits, sur le volet financier ou sur le volet d'orientation vers les services adaptés.

♦ Les problématiques de santé extensive

Ces problèmes de santé sont plus proches de la définition extensive de la santé, en terme de bien être. Ils sont, plus souvent que les premiers liés à la santé mentale ou à des problèmes de comportement (comme la dépendance).
Ces problèmes sont tout d'abord plus difficiles à identifier car la frontière avec la "normalité" peut être mince. En outre, leur causalité est plus difficile à déterminer avec certitude.

Lorsqu'ils sont identifiés, ces problèmes semblent plus souvent aux interlocuteurs relever à la fois du sanitaire (pour la partie traitement des effets, par exemple) et du social (pour la partie comportementale, pour la capacité d'écoute, pour l'orientation, pour la résolution des causes du mal).
Mais la prise en charge de cette souffrance est très variable selon les pratiques locales ; voire même selon les personnes. Pour certains acteurs sociaux, elle relève de leur rôle, car elle est essentielle dans un parcours d'insertion. D'autres considèrent qu'ils ne peuvent l'assumer, car ils ne sont pas formés pour cela, n'ont pas le temps nécessaire pour l'écoute qu'elle suppose. Les acteurs du secteur sanitaire, y compris ceux intervenant dans le domaine psychiatrique, ont des difficultés à intégrer cette souffrance qui ne relève pas d'une maladie. Dans tous les cas, se pose la question de la compétence des acteurs pour cette prise en charge, de la conciliation des pratiques professionnelles ; des possibilités d'orientation.

Il faut noter toutefois que, pour ces deux types de problématiques de santé, la prise en charge est très variable sur le territoire, en fonction de la propre conception des acteurs locaux.

Parmi les problèmes de santé identifiés comme ayant un lien avec l'insertion, une sélection est donc opérée entre les problèmes qui ressortent du sanitaire et les problèmes "mixtes" ; sélection qui a pour vocation de proposer une réponse publique.

II.2 Le comportement face à la santé

Il semble intéressant d'analyser les comportements et les attitudes spécifiques des populations en difficulté vis-à-vis de leur santé. Ces éléments sont extraits des propos des travailleurs sociaux, ainsi que de données statistiques issues en grande partie de l'enquête Budget des Ménages.
Ces éléments de comportement serviront de levier d'action lors de la mise en place de réponses.

II.2.a L'accès aux soins

La première des problématiques des populations démunies est celle de l'accès aux soins, et tout particulièrement de l'accès financier.
Au sortir de la seconde guerre mondiale, le système de protection sociale français s'est organisé autour du travail ; les droits à la protection contre les accidents de la vie découlaient du statut de travailleur. Le développement du chômage dans les années 90, et la progression corollaire du nombre de personnes n'ayant pas de protection, ont remis en cause ce système ; en ce qui concerne la santé, un débat s'instaure en 1996, alors que 12% de la population ne bénéficie pas d'une couverture complémentaire ou d'une exonération du ticket modérateur. Les conditions d'accès à la couverture maladie se sont alors

progressivement élargis durant la décennie, jusqu'à la création de la Couverture Maladie Universelle en 1999.

Cette prestation avait plusieurs vocations : offrir une couverture maladie à des personnes qui ne peuvent en bénéficier par le biais de l'emploi, donner accès à la santé, et favoriser ainsi l'insertion professionnelle[50], et enfin développer des consommation de prévention et de dépistage.

♦ Quelques éléments sur les bénéficiaires de la CMU

On compte en décembre 2002 1,4 million de bénéficiaires de la CMU de base, et en juin 2003, environ 4,7 millions bénéficiaires de la CMU complémentaire[51]. Sur la population très spécifique des sans-domicile usagers des services d'aide[52], en janvier 2001 80% déclarent avoir une carte de sécurité sociale à leur nom en cours de validité ou être ayant droit d'un assuré ; 6% une carte périmée et 12% déclarent ne pas avoir de couverture.

Le dernier bilan en date de la CMU[53] montre que la population est jeune, plutôt féminine. Un quart sont des familles monoparentales. On trouve également de nombreuses familles d'ouvriers et d'employés ou dont la personne de référence n'a jamais travaillé. 40% vivent dans un ménage percevant également le RMI. Sans surprise, la population concernée par la CMU est en moins bonne santé que la population générale, bien que plus jeune : 12% déclarent un état de santé mauvais et 4% très mauvais ; ils sont plus nombreux à déclarer souffrir d'un problème de santé chronique (38%) et 30% déclarent rencontrer depuis 6 mois au moins des limitations pour accomplir des activités courantes ; en ce qui concerne les dents, 17% ont les dents intactes et en bon état, 44% ont toutes leurs dents dont certaines ont été traitées ou remplacées, 22% ont perdu une partie de leurs dents et 17% tout ou presque.

---

[50] *Question d'économie de la santé*, décembre 2002.

[51] Rapport d'évaluation de la CMU, décembre 2003, Fond de financement de la protection complémentaire de la couverture universelle et du risque maladie.

[52] *INSEE Première* n°893 ; avril 2003, "La santé des sans-domicile usagers des services d'aide", Bernadette de la Rochère, divisions Conditions de vie des ménages, INSEE.

[53] DRESS Etudes et résultats. N° 294, mars 2004. Etat de santé et recours aux soins des bénéficiaires de la CMU. Un impact qui se consolide entre 2000 et 2003. Bénédicte Boisguérin.

♦ Une avancée réelle en matière d'accès aux soins

Aucune des analyses menées sur la consommation de soins des bénéficiaires de la CMU n'a confirmé d'"effet d'aubaine[54]" (une consommation excessive liée à la gratuité). Les dépenses santé des bénéficiaires de la CMU sont pourtant près de 30% plus élevées que celles des non-bénéficiaires (à structures de sexe et d'âge équivalentes). Mais "cet écart est dû à un état de santé plus dégradé. Les bénéficiaires de la CMU complémentaire déclarent 20% d'affections de plus que le reste de la population". Ainsi, toujours selon le rapport de *l'Observatoire National de la Pauvreté et de l'Exclusion Sociale*, " **à état de santé égal, les dépenses des bénéficiaires sont en fait proches de celles des non bénéficiaires bénéficiant d'une assurance complémentaire traditionnelle**."

En fait, la CMU a essentiellement permis un "rattrapage", en réduisant le renoncement aux soins pour raisons financières des plus démunis. Selon une étude de la DRESS [55], 43% des ménages de nouveaux bénéficiaires avaient renoncé à des soins avant leur entrée dans le dispositif, et 71% ont entamé de nouveaux soins depuis.

L'étude menée par la DREES en juillet 2002 sur *Les déterminants individuels des dépenses de santé* confirme également l'influence importante de l'assurance complémentaire sur le recours aux soins et sur les dépenses ambulatoires.

♦ ...mais encore des non recours

Le premier type de non recours correspond aux cas (apparemment rares) de rupture de dossier. Certaines personnes omettent de renouveler leur dossier, d'autres sont en cours, ce qui produit des ruptures dans la prise en charge et peut à terme conduire à une diminution des recours aux soins. Une enquête sur des jeunes en situation précaire[56] montre que, sur cette population très spécifique, un quart des hommes et un cinquième des femmes sont sans couverture.

Il existe encore 22% de ménages (11% des personnes affiliées) renonçant à des soins malgré la CMU. Ainsi, 14% ont renoncé à des soins ou des prothèses dentaires, 7% à des soins optiques et 4% à des consultations de spécialistes[57]. Ainsi que le souligne l'article "la CMU semble [...] bien contribuer à diminuer le renoncement aux soins pour des raisons financières, mais il demeure supérieur à celui observé pour les personnes bénéficiant d'une autre couverture complémentaire".

---

[54] *Rapport 2003-2004 de l'Observatoire National de la Pauvreté et de l'Exclusion Sociale*, la Documentation Française, p. 115.

[55] Étude n°294, mars 2004, "*État de santé et recours aux soins des bénéficiaires de la CMU*".

[56] *Question d'économie de la santé*, septembre 2001.

[57] ibid.

De manière identique, si 80% des personnes interrogées estiment qu'il est plus facile de se faire soigner depuis la CMU, en raison du tiers payant, de la gratuité de certains soins et d'une meilleure couverture ; 20% indiquent également que certains soins restent inabordables, en raison des sommes restant à charge et dans la pratique, seules 24% des personnes interrogées indiquent une augmentation effective de leurs recours aux soins de ville. Certaines dispositions des dispositifs paraissent parfois surprenantes ; c'est par exemple le cas d'une dispositif départemental RMI qui n'a financé pour une personne malentendante qu'une seule des deux prothèses auditives.

Une des raisons de ce non-recours est bien sûr la dimension financière, une autre peut être la stigmatisation induite par l'aveu de la situation de bénéficiaire de la CMU : 19% trouvent gênant de le dire au professionnel qu'ils sont bénéficiaires, et 15% indiquent qu'on a déjà refusé de les recevoir pour cette raison.

♦ Et d'autres difficultés

Indépendamment du non-recours (non recours à la protection ou non-recours aux soins), d'autres difficultés sont soulignées par les acteurs à propos de la mise en œuvre de la CMU.

Le problème des seuils

Comme dans tout dispositif mettant en œuvre des seuils, la CMU semble défavoriser les personnes qui sont juste au-dessus des seuils. Ces personnes sont en effet privées d'une aide d'un montant supérieur au différentiel de revenu justifiant leur rejet ; la hiérarchie des pouvoirs d'achat est alors inversée par rapport à la situation avant aide entre les personnes se situant juste au dessous et celles se trouvant juste au dessus du plafond.

Un panier de soin insuffisant

Il faut noter que pour certains soins, le panier de soins n'est pas encore à un niveau suffisant pour permettre une bonne prise en charge, en particulier dans des secteurs où la prévention n'a pas été effectuée (cas des soins dentaires, très coûteux lorsque l'on est en curatif). En outre, certains soins sont injustement considérés comme du confort : exemple d'un corset pour le dos.

Des médecins qui n'acceptent pas la CMU

Certains médecins, et en particulier les spécialistes, n'acceptent pas de faire, comme le prévoit le dispositif, l'avance de frais de consultation[58]. Or, pour des personnes très démunies, cette contrainte peut accroître le non recours. Ce problème est souvent soulevé à propos de la psychiatrie : la psychiatrie publique est débordée et la psychiatrie de ville refuse souvent l'avance des frais. Dans ces conditions, le recours a priori permis par la CMU reste dans les faits très limité.

II.2.b Une gestion spécifique de la santé

La consommation de santé des populations en difficulté est non seulement différente en valeur absolue, mais surtout très différente en qualité de celles d'autres catégories sociales (plus de recours à l'hôpital, moins à des spécialistes etc.). Ces spécificités détectées sur le plan des consommations sont liées à des appréhensions divergentes de la santé et de la médecine.

♦ La consommation de santé des populations en difficulté

De nombreux facteurs personnels (âge, sexe, revenus, CSP...) influencent à la fois le niveau de la consommation de santé, ainsi que ses caractéristiques. Dans cette analyse, les différents facteurs ont été isolés, pour repérer des effets "toutes choses égales par ailleurs"[59].

Le premier facteur influençant la consommation de santé est l'âge des individus. Hormis pour la petite enfance, les dépenses croissent avec l'âge.
Toutes choses égales par ailleurs, les effets revenu et classe[60] socioculturelle sont également déterminants. Le niveau du revenu influe fortement la probabilité d'avoir recours aux services sanitaires, ainsi que le montant dépensé. Les plus hauts revenus sont particulièrement sur-consommateurs de produits pharmaceutiques. Les dépenses de santé des cadres sont plus importantes que celles des catégories socio-professionnelles moins favorisées. En outre, le type de consommation varie : les catégories les moins favorisées consomment essentiellement des soins hospitaliers, tandis que les plus favorisées ont plus souvent recours aux soins ambulatoires, ainsi qu'aux soins dentaires et optiques. Ce type de consommation reflète des comportements typiques des deux visions de la santé déjà évoquées :

---

[58] Les médecins ne doivent pas faire payer les patients, mais se faire rémunérer après la consultation directement par l'organisme de protection sociale. Cette donnée apparaît aussi sur le plan national comme une limite importante de la CMU.

[59] Ces éléments sont issus d'un traitement de l'enquête Budget des ménages, dont le détail est présenté en annexe.

[60] Le terme classe ne renvoie pas uniquement à la catégorie socioprofessionnelle, mais bien à un ensemble de caractéristiques tant économiques que culturelles.

- la santé en tant qu'absence de maladie handicapante pour les classes *inférieures*, ce qui se traduit par des consultations moins fréquentes chez le médecin mais une santé finalement plus dégradée, qui oblige à avoir recours à l'hôpital.
- la santé comme bien être et plaisir à la vie pour les classes *supérieures*, ce qui a pour conséquence un investissement plus important dans la santé et une plus grande attention portée à la prévention.

Cependant, les caractéristiques économiques et socioculturelles n'influent pas de manière indifférenciée sur le recours à l'offre de soins. Les dépenses hospitalières sont par exemple les plus accessibles à tous, quelle que soit l'origine sociale.

De manière plus précise, si l'on neutralise totalement l'effet du revenu en ne considérant que la partie la plus pauvre de la population, on observe des comportements de deux types suivant les prestations :

- **Soins presque entièrement couverts par l'assurance maladie** : le montant d'aides sociales perçues n'a quasiment pas d'influence sur la consommation de santé.
- **Soins pour lesquels la couverture maladie reste à la charge des ménages** (optique, dentaire, spécialistes) : les dépenses de santé sont alors largement conditionnées par le montant des aides sociales. Les ménages qui perçoivent le plus de prestations sociales sont aussi en général bénéficiaires de la CMU complémentaire. Il est plus facile pour cette population pauvre d'avoir recours à certains soins habituellement "mal remboursés".

♦ Le cas des chômeurs

Les chômeurs sembleraient, selon des travaux de la DREES[61], confrontés à un **problème d'accès aux soins ambulatoires**. En effet, les chômeurs sont moins nombreux à engager des dépenses de santé ambulatoires dans l'année que les travailleurs. Par contre, les chômeurs qui ont eu recours aux soins ont des dépenses de santé plus élevées que les actifs en emploi.

A contrario, la **consommation hospitalière des chômeurs n'apparaît pas significativement différente de celle des actifs en emploi.**

Ces dépenses de santé plus élevées (en dépit de consultations chez le généraliste plus rares), auxquelles s'ajoute un recours plus fréquent à l'hospitalisation, sont le signe d'une santé plus détériorée que le reste de la population.

Une première interprétation repose sur l'idée d'une dégradation de la santé liée au ***stress social***[62]. Ce *stress* renvoie à de multiples facteurs fragilisants qui s'additionnent dans le cas des chômeurs (pression

[61] ibid.

[62] M.Bungener et J. Pierret in "*Trajectoires Sociales et Inégalités*".

financière et psychologique, mal logement, non intégration par le travail). Ils peuvent alors conduire non **pas** à des **pathologies spécifiques**, mais certainement à un **plus grand développement de certaines pathologies** (asthme, dépression, nervosité, anxiété, maux de tête, angoisses insomnies).

Le **chômage agit comme un révélateur qui,** par le biais d'une instabilité financière et psychologique, **met à jour des fragilités latentes**. Mais il ne produit pas en lui même des pathologies particulières. En cas de chômage, une fragilité psychologique sans inconvénient en période de travail et de vie stable peut s'aggraver jusqu'à la dépression, une fragilité physique peut empirer jusqu'à la maladie. **Le chômage cause l'altération de la santé en lien avec l'histoire personnelle du chômeur.**

Toutefois, ces symptômes de mal être et de dépression ne suffisent pas à décrire l'état sanitaire des chômeurs. Leur santé est objectivement plus dégradée et les symptômes ne se réduisent pas à un mal être engendré par le stress social. La **surmortalité des chômeurs** évoquée par M. Bungener et J. Pierret dans "Trajectoires Sociales et Inégalités" appuie d'ailleurs ce constat :
La mortalité d'un chômeur est trois fois supérieure à celle d'un actif occupé du même âge, celle d'une chômeuse deux fois supérieure. Le statut matrimonial, le niveau de diplôme et le groupe socioprofessionnel expliquent naturellement une part de ce surplus (effet de la sélection). Mais cette surmortalité existe toujours lorsque l'on neutralise les effets du diplôme et du groupe socioprofessionnel (effets de structure), ainsi que l'effet du statut matrimonial.

"**L'effet direct du chômage sur la santé** semble donc de nature à expliquer l'accentuation de la surmortalité des chômeurs ainsi que son intensité en cas d'exclusion permanente de l'emploi" ; tandis que **l'exercice d'une activité** ou la possession d'un diplôme **joue un rôle intégrateur**. Il facilite l'accès à l'information portant sur la santé et la prévention et contribue ainsi à la réduction du risque de mortalité.

♦ La prévention : un problème ?

Ce thème est abordé de manière récurrente par les personnes côtoyant les publics en difficulté. La prévention fait l'objet de peu d'attention par les populations en difficulté.
Ces personnes viennent consulter lorsqu'elles sont (et même lorsqu'elles se sentent) malades ; rares sont les habitants qui font des "contrôles techniques"[63] réguliers, ou qui prêtent une attention à leur santé, avant qu'elle ne défaille. Les raisons d'une telle absence de prévention seraient de trois ordres.

Des préoccupations plus urgentes.
Des problèmes plus urgents, qui touchent à leur survie, requièrent leur attention et les empêchent de pouvoir consacrer de l'énergie à des comportements de santé préventive. Par exemple, les personnes qui fument ou se droguent peuvent savoir que ce comportement est nocif mais à court terme, cette nocivité est ambiguë : ainsi, ces pratiques leur permettent d'évacuer du stress, de se sentir mieux ...

Une perception restreinte de la santé
Ainsi que nous l'avons déjà évoqué, la santé est souvent perçue par ces populations comme l'absence de maladie, et non comme un état de bien être[64]. Certains signes ne sont pas décryptés comme étant des symptômes de maladie ; cela peut être le cas de l'obésité, qui n'est considérée que comme un problème physique (c'est disgracieux) et non médical (c'est dangereux), ou de l'hypertension, considérée comme un problème de fragilité ou du diabète ; cela peut être le cas sur le plan psychique des dépressions, qui sont traitées comme un vague à l'âme passager.

Une information limitée
Enfin, les populations ont généralement une très faible connaissance des mécanismes de prévention et ne savent pas quels comportements sont nocifs ou positifs. Ceci sans compter la dimension "culturelle" de l'alimentation[65], plus favorable à la santé dans les milieux à fort capital culturel où les fruits et légumes sont plus consommés que la charcuterie et les féculents (pour des raisons financières et culturelles). Un **certain nombre de comportements ne sont pas perçus comme étant dangereux**, ou en lien avec la santé. Ainsi, l'équilibre alimentaire, qui est à la fois une question de budget et une question d'éducation. Ainsi le temps de sommeil, mal appréhendé comme facteur d'équilibre. Ainsi, l'hygiène corporelle ; en outre, certaines habitudes d'hygiène ne sont pas prises dès le plus jeune âge : un cas typique en est

[63] Selon le mot d'une femme des Hauts de Rouen.

[64] Ainsi, une enquête dans un quartier défavorisé de Rouen montrait que la moitié des personnes perçoit la santé comme un bon équilibre, l'autre moitié comme *l'absence de symptômes de maladie*. En outre, si une légère majorité est dans un modèle actif de la préservation de la santé, une grande minorité a une vision plus passive de cet état.

[65] Bourdieu, La Distinction.

l'absence de brossage de dents, qui produit 20 ans plus tard des jeunes ayant une dentition en très mauvais état. Dans un centre d'accueil des jeunes mères, la responsable constate que les mères ne sont pas capables de gérer un problème de fièvre chez leur jeune enfant (réflexe du bain, de la prise d'aspirine non acquis). Soit elles ne réagissent pas, soit elles ont une réaction disproportionnée (recours aux urgences).

➢ **La conséquence est l'arrivée dans des unités de soins de personnes dans un état très grave,** parfois désespéré ou en tout cas bien plus difficile à traiter que si le cas avait été pris plus tôt.

♦ Une mauvaise gestion des maladies ?

Pour les mêmes raisons de mauvaise information, les personnes en situation de précarité ont souvent une gestion problématique de leur santé sur le volet curatif.

La valorisation du médecin traitant

Les acteurs interrogés considèrent généralement que les personnes disposent d'un médecin traitant, hormis les cas de personnes très marginalisées qui n'ont plus de liens avec le monde médical.

Le médecin généraliste est un personnage très valorisé ; sa position est respectée et ses avis hautement considérés car dans un milieu où le niveau de formation est faible, l'ampleur de ses connaissances impressionne.

Un moindre recours aux spécialistes

Contrairement à d'autres milieux, le recours aux spécialistes est effectué dans un second temps, ***sur incitation forte du médecin traitant.*** Le recours aux spécialistes est, comme nous l'avons remarqué sur le plan statistique, plutôt moins fréquent que pour d'autres catégories sociales, par méconnaissance des symptômes subis, ainsi que des spécialités médicales.

Un cas extrême : la psychiatrie

Certains types de spécialistes sont moins facilement contactés que d'autres ; ainsi, **le recours au secteur psychiatrique est difficile.**

Les raisons sont multiples.

La première d'entre elle est que les symptômes d'un mal être psychologique ne sont pas rapportés par les allocataires à des troubles mentaux, mais à des problèmes sociaux.

En outre, demander une aide dans ce domaine revient à se considérer comme "fou" ; or, si les personnes en difficulté avouent relativement souvent être mal à l'aise, voire consommer des anti-dépresseurs, passer le seuil de la consultation s'avère plus délicat. Ce phénomène est très fréquent auprès de populations en difficulté, soit en situation de dépendance, soit en situation de souffrance psychologique, voire de

dépression, et qui nient leur état. Cette situation est certes en évolution, grâce à une mutation de l'image de la psychiatrie dans le grand public, liée partiellement à une évolution du positionnement et des pratiques de la psychiatrie. Ainsi, le fait que la psychiatrie ne traite plus seulement les problèmes de maladies mentales, mais d'une façon plus large la santé mentale en ouvre le champ. Sur le plan des pratiques, on constate une amélioration de la fluidité : par exemple, la possibilité d'être reçu très rapidement pour une première consultation par une infirmière, la prise de rendez-vous sur orientation par un professionnel ou sur demande directe d'aide, le travail avec les travailleurs sociaux du quartier pour le maintien d'un référent social facilitent et dédramatisent l'accès au secteur psychiatrique.

Le problème spécifique du secteur psychologique, ainsi que du traitement des dépendances, par rapport aux autres secteurs médicaux est l'importance de la demande. En effet, le traitement est d'autant plus efficace que la demande provient du patient. Or[66], la demande provient en fait plus souvent du dispositif d'insertion dans lequel est suivi la personne que de la personne elle même (sur un site particulier en Rhône-Alpes, le rapport entre ces deux origines de la demande est de 38 pour le secteur social à 9 pour le bénéficiaire sur une période limitée). Tout l'enjeu du dispositif, comme nous le verrons, consiste alors à faire émerger, voire à créer, une demande de soins sans laquelle le traitement ne peut avoir lieu.

Sur ou sous consommation médicale : une mauvaise gestion de la santé

Alors que certaines personnes sont en situation de sous-consommation médicale (non recours à la médecine avant un état physique grave), d'autres au contraire sont en surconsommation.

Pour les observateurs, deux causes peuvent justifier une auto censure :

- pour certaines familles, l'autocensure de consommation médicale provient d'une question d'argent. En ce sens, la CMU complémentaire a été un net progrès, mais il reste des freins financiers à l'accès à certains soins
- pour d'autres, la sous consommation est liée à une vision restrictive de la santé, comme opposée à la maladie, voire aux incapacités.

A contrario, d'autres personnes consultent les médecins à tout propos, pour des causes bénignes. Ils sont généralement particulièrement anxieux vis-à-vis de leurs enfants. Cette population est très peu informée sur les problèmes de santé, la médecine est le seul recours à tout type de problème (exemple de la fièvre chez les enfants).

Globalement, ces deux types de ménages ont une mauvaise perception de ce qui est grave ou ce qui ne l'est pas ; certains sont très négligents, et d'autres ont un comportement de consommateurs de santé.

Ces éléments permettent de mettre en lumière une gestion de la santé qui ne concourt pas forcément à son amélioration, indiquant ainsi des leviers d'action possible, notamment dans l'éducation à des principes de prévention.

---

[66] La relation d'aide à l'épreuve de la souffrance psychique et sociale : l'exemple du dispositif RMI en Rhône-Alpes. Christian LAVAL, Recherche MIRE, novembre 2002.

♦ ...Une nécessaire prise en charge de la santé dans un objectif d'insertion

Cette partie tend donc à (re)démontrer le lien fort entre la santé et l'insertion. Entrant dans le détail des problématiques de santé, on note que les intervenants effectuent, parmi les "maladies de la précarité", une catégorisation en fonction du type de réponse publique qui va leur être apportée.

Ce cheminement va de pair avec une vision du travail social fondée sur l'approche globale de la personne en difficulté. Rompant avec la segmentation traditionnelle par problèmes (logement / emploi / santé ...), les pratiques visent en effet à prendre la personne dans sa globalité et à lever de façon simultanée les freins à son insertion.

Il s'agit alors d'appréhender les solutions qui ont été effectivement mises en place.

LES RÉPONSES INSTITUTIONNELLES

Après avoir appréhendé le positionnement des intervenants, et en particulier des intervenants sociaux, cette partie vise à analyser les solutions mises en œuvre dans l'objectif d'améliorer à la fois la santé et l'insertion des populations en difficulté. Relativement disparates sur le territoire et hétérogènes quant au contenu, prenant en compte des problématiques ciblées et parfois ponctuelles, les expériences menées ne semblent au premier abord pas tout à fait à la hauteur des enjeux décrits. Toutefois, la richesse de certaines expériences permet d'apercevoir l'émergence de pistes d'action, dont certaines pourraient être reprises sur le plan national et dupliquées sur d'autres territoires.

Dans un premier sous-chapitre seront analysées les politiques mises en œuvre : est-ce que des politiques conjointes ont été menées ? comment, du côté social, a-t-il été intégré l'importance de la dimension sanitaire et comment, du côté du sanitaire, il a été tenu compte de l'importance des facteurs sociaux ? Les (premières) réussites, difficultés, modalités d'articulation seront également l'objet d'attention.

Un second sous-chapitre permettra de descendre à un niveau plus fin de l'action : les pratiques des professionnels. Il s'agira alors de comprendre comment, sur le terrain, se sont articulées les pratiques des différents corps de professionnels jusqu'alors habitués à travailler avec des partenaires plus proches de leurs logiques. Nous nous pencherons sur les difficultés auxquelles ils sont confrontés, mais également sur les réussites de certaines expériences mises en œuvre sur certaines sites, pour en examiner les conditions.

I. QUELLES POLITIQUES POUR LA SANTÉ DES POPULATIONS DÉMUNIES ?

Face aux inégalités de santé et de comportement des populations en insertion ont été mises en œuvre des politiques à caractère mixte tentant d'allier sanitaire et social. Cette prise en charge revêt deux formes :

- l'intégration d'actions de santé dans des dispositifs sociaux ; nous prendrons pour exemple les programmes départementaux d'insertion.
- l'introduction d'objectifs sociaux dans des programmes de santé – les PRAPS et les Ateliers Santé Ville

Il n'a pas été en revanche imaginé de programmes complètement mixtes, prenant en compte *à la fois* les dimensions sanitaires et sociales. Ce parti pris implique une dominante dans chaque type de programme, dont les objectifs prioritaires restent marqués par les professionnels qui les animent.

I.1 La santé dans l'offre d'insertion des programmes départementaux d'insertion du dispositif RMI

Les travaux menés par le CREDOC concernant les programmes d'insertion dans le cadre du dispositif RMI soulignent la grande diversité de la prise en compte de la santé dans ces PDI, qui peut être totalement absente des objectifs et des actions d'insertion financées, ou au contraire constituer un chapitre entier des PDI. L'analyse systématique d'un échantillon de PDI permet de catégoriser les départements en fonction à la fois de leur appréhension de la problématique de la santé des allocataires, et des actions mises en place dans ce cadre.

I.1.a RMI et santé : une "nécessaire" intégration

Sur le plan contextuel, il faut tout d'abord rappeler que la santé fait partie des objectifs de la lutte contre les exclusions.

♦ La santé : un droit fondamental...

"L'accès à la prévention et aux soins des personnes les plus démunies constitue un objectif prioritaire de la politique de santé."
Article 67 de la loi du 29 juillet 1998, relative à la prévention de l'exclusion.

Dans ce cadre, le RMI, outil stratégique de la lutte contre les exclusions, et, au sein du dispositif, l'offre d'insertion, notamment en matière de santé, s'inscrit dans le droit fil de cette politique de lutte contre l'exclusion.
L'emploi, la vie sociale, l'habitat et la santé sont autant de chemins vers l'insertion en cohérence avec la loi relative au revenu minimum d'insertion et à la lutte contre la pauvreté et à l'exclusion sociale et professionnelle.

Rappelons que la Loi de 1988 relative au RMI fait obligation aux départements jusqu'en 2004 (Loi n° 2003-1200) d'inscrire à leur budget une somme correspondant à 17% des allocations versées l'année précédente dans le département afin de les consacrer à la mise en œuvre des actions d'insertion destinées aux bénéficiaires.

♦ ... à rendre effectif

La Cour des comptes, dans son rapport annuel 2001, pointe cependant l'échec du volet insertion – défaillance du co-pilotage État / département, dispositif d'instruction débordé, faible taux de contractualisation, difficile retour à l'emploi des allocataires...
Seuls 50% des allocataires signent un contrat d'insertion et plus de 20% déclarent même n'avoir jamais entendu parler du dispositif[67].

[67] Rapport à l'Assemblé Nationale n° 1216, novembre 2003.

De façon encore plus marquante, le volet santé de l'offre d'insertion des PDI examinés revêt une importance fluctuante et généralement moindre comparée à celle des actions relevant d'autres domaines de l'insertion : sociale, professionnelle…

Poste de crédits généralement le moins valorisé, la problématique santé se définit en creux par rapport aux objectifs premiers de l'insertion professionnelle.
Globalement, les crédits dévolus à la santé oscillent entre 4 et 5,5% des crédits d'insertion. L'intérêt pour la santé ne semble suscité que par le frein qu'elle constitue au retour à l'emploi. La problématique de santé est essentiellement appréhendée en terme **d'employabilité**.

> *"En 2002, 12 actions dans le domaine de la santé ont été financées (soit 6% du nombre d'actions financées). Le montant consacré au financement de ces actions représente 4% du montant total consacré aux actions collectives. Le volet santé est donc en retrait notamment par rapport aux volets insertion professionnelle et vie sociale, en terme de montant financier consacré et de nombre d'actions mises en place. De surcroît, le taux de contractualisation dans le cadre des actions collectives dans le domaine de la santé est le plus bas par rapport aux autres volets du PDI.* [68]»

La santé est appréhendée comme un frein à l'insertion et à la valorisation professionnelle.
Le traitement de la santé est avant tout considéré comme une étape incontournable vers l'employabilité de personnes particulièrement éloignées de l'emploi ; une approche "**productive**" de la santé transparaît.

> *"Toutefois, cette volonté affichée (favoriser la contractualisation et la formation professionnelle) n'occulte pas l'attention qu'il faut porter aux bénéficiaires les plus fragiles et les plus éloignés de l'insertion professionnelle, pour lesquels une réelle dynamique d'accès aux droits, à la santé, au logement est maintenue et développée. Cette volonté est d'autant plus justifiée que le nombre de nos concitoyens en rupture avec le monde professionnel et en voie d'exclusion sociale ne cesse de croître."*

> *"Les difficultés psychologiques des publics (conduites à risques, défaillance du lien social, absences de repères et de projection dans un avenir inexistant, perte de l'estime de soi...) si elles ne sont pas prises en compte et résolues nuisent à la construction et à la réalisation d'un projet d'insertion durable."*

[68] Dans cette partie, les éléments mis en italiques sont extraits des PDI examinés.

De fait, la santé est envisagée comme un **"détour"** dont on ne peut faire l'économie, une contrainte nécessaire. Dès lors, le traitement de cette contrainte définit la conception de l'état de santé de l'allocataire. Les réponses apportées aux difficultés de santé énoncées dépendent de la reconnaissance ou non d'un particularisme éventuel de l'état de santé du bénéficiaire et de l'incidence d'une situation de précarité sur cet état.

Des conceptions de l'interaction précarité / santé découlent les modalités de traitement de la problématique santé au sein d'un PDI.

Les configurations les plus "abouties" procèdent d'une reconnaissance de la spécificité de l'état de santé de l'allocataire et le place au cœur d'une prise en charge sanitaire et sociale. Les dispositions plus minimalistes nient cette spécificité et reposent sur une prise en charge de droit commun.

I.1.b Précarité/santé : une interaction difficile à appréhender

Certains PDI laissent paraître leurs difficultés face à cette problématique santé qu'ils pressentent importante mais particulièrement complexe à aborder. Existe t-il, tout d'abord, un état de santé propre aux allocataires du RMI ? Dès lors, à quel moment s'en préoccuper et selon quelles modalités d'intervention ? À l'opposé, ce particularisme n'est pas avéré et le recours au droit commun s'impose alors de manière légitime.

De la reconnaissance ou non de l'incidence des situations de précarité sur la santé dépend la qualité, au sens propre du terme, du traitement de la problématique de santé au sein des PDI.
A un déni de cette spécificité et à une prise en charge minimale s'oppose une reconnaissance d'un état particulier et une réponse particulière aux besoins de santé.

Schématiquement, on peut opposer deux configurations types entre lesquelles oscillent les PDI.

♦ 1ère configuration

Le bénéficiaire RMI comme usager de droit commun

Dans ces départements, la complexité des situations de certains allocataires, la convergence des problématiques et le cumul de difficultés ainsi qu'une méconnaissance de l'état des besoins vont dans le sens d'une certaine pondération des questions de santé. On considère qu'**il est délicat d'isoler le facteur santé dans les freins avérés à l'insertion,** les problématiques d'interaction sont mal appréhendées et n'attirent pas toujours l'intérêt.

"Au niveau de la santé, le fait qu'un personne sur deux ayant des problèmes de santé bénéficie d'un contrat valide montre clairement l'intérêt qu'il y aurait à réfléchir aux actions les plus adaptées aux difficultés de ces personnes (difficultés qu'il faudrait caractériser de manière précise)."

"L'approche des difficultés de santé des bénéficiaires reste difficile même si elle fait partie de cette prise en compte de l'insertion dans sa globalité : environ un tiers des contrats d'insertion évoque une problématique de santé."

"Il est particulièrement difficile d'identifier les réels freins à l'insertion de ces bénéficiaires du RMI car, d'une part, les problématiques sont souvent imbriquées et, d'autre part un entretien réalisé par un contrôleur n'offre pas l'opportunité de mettre à plat toutes les difficultés."

«Cette situation paraît dommageable, puisqu'en matière de parcours d'insertion la complexité et l'intrication des problèmes dominent. Les problèmes auxquels sont confrontés les bénéficiaires du RMI résultent de la combinaison de plusieurs dimensions qui doivent toutes être prises en compte afin d'offrir une réponse globale recentrée sur le bénéficiaire.

*"**Aucune étude ne démontre une spécificité de l'état de santé de la population RMI**. Cependant, comme toute population en situation d'exclusion et/ou de précarité, elle connaît des indicateurs de santé dégradés. [...] **Par conséquence**, la prise en charge de population bénéficiaire du RMI s'inscrit dans de le cadre du Programme Régional D'accès à la Prévention et aux Soins PRAPS mis en place par la loi du 29 juillet 1998 relative à la lutte contre les exclusions qui vise à adapter l'offre de soins aux populations les plus démunies. Ce programme planifie et coordonne sur trois ans les mesures répondant à leurs besoins spécifiques."*

Cette relative méconnaissance de l'incidence santé tend à promouvoir un **traitement minimal** de la question et un engagement réduit.
L'incidence de la précarité sur l'état de santé des bénéficiaires n'étant pas formellement avérée la mise en œuvre d'actions de santé est généralement minorée et s'appuie sur "l'existant" à savoir des dispositifs de droit commun portés par l'État.

Un certain nombre de PDI délaissent ainsi l'accompagnement social de la santé : la prévention, l'éducation à la santé, la formation des intervenants... pour la mise en œuvre d'actions ponctuelles et "curatives" destinées à remettre le plus rapidement possible les allocataires sur le chemin de l'insertion professionnelle.

Ce type de PDI peut se caractériser par :

- **Une absence de stratégie** à l'égard des problématiques de santé, si ce n'est celle de "l'appui sur l'existant", notamment des dispositifs État. L'articulation est difficile à évaluer à la seule lecture des PDI.

- Un traitement de la santé qui **procède de l'insertion sociale ou de démarches d'autonomie sociale.**

  "43% des personnes contractualisent sur un projet d'insertion sociale, notamment en regard d'un suivi social régulier, de démarches liées à leur santé ou d'autres actions visant à l'autonomie sociale"

Le chapitre santé n'a que peu d'existence propre. Il se dilue dans les actions à étiquette sociale ; une prise en charge spécifique n'aurait sans doute pas lieu d'être.

- **Une présence forte de l'État qui "porte" le sanitaire** :

  - Par des actions de santé (éducation et prévention), vacations de psychologue et de médecins généraliste, lutte contre la toxicomanie, lutte contre le sida...

  "Une attention particulière sera portée à l'accès à la prévention et aux soins ainsi qu'aux besoins de santé mentale, ces objectifs sont notamment portés par l'État"

- **Un positionnement de subsidiarité** à l'égard des politiques de droits communs.

  "Les bénéficiaires du RMI disposent de la couverture maladie universelle qui comprend une couverture maladie de base et une couverture complémentaire. Les interventions sont individuelles et complètent, exceptionnellement[69], ces dispositifs."

- **L'existence d'actions thématiques**, facilement identifiables et réalisables : l'alcoologie en général.

- La présence **d'une action de prise en charge psychologique** aux contours peu définis, comportant peu de ponts vers la psychiatrie, une prise en charge essentiellement psychosociale.

- **L'inexistence d'un travail en réseau** : peu, voire aucun, partenariat fort n'est envisagé dans la prise en charge de l'allocataire entre le secteur sanitaire et social.

♦ 2ème configuration

L'alliance du sanitaire et du social

Une reconnaissance de l'interaction précarité/santé entraîne ce que l'on peut qualifier de **"traitement social de la santé"**. Une telle approche pose comme principe d'intervention une intégration des composantes sociales de la santé ; à ce titre la prévention et le soutien au maillage des dispositifs occupent une place structurante dans les PDI élaborés.

"L'incidence de la précarité sur la santé est une réalité à prendre en compte de manière spécifique et le département a défini comme l'une des priorités l'amélioration de l'accès aux droits et aux soins des plus démunis ; la santé constituant un élément prépondérant dans la resocialisation et la réinsertion professionnelle des bénéficiaires du RMI."

"Pour l'insertion par la santé, les axes fondamentaux seront ceux du développement d'une culture d'accès aux soins et d'une mise en cohérence des réponses apportées par les différents dispositifs"

[69] Souligné par nous.

Ce type de PDI peut se caractériser par :

- Un **accompagnement** vers l'accès aux droits, notamment la CMU : prise en charge des nouveaux bénéficiaires, connaissance des droits et procédures, choix de la CMU Complémentaire, immédiateté de la prise en charge…

- La **prévention est** un axe fort d'intervention via des actions d'éducation à la santé : dédramatiser les actions de santé mentale, prévention dentaire, actions de nutrition…

- **Une promotion de l'accès et la continuité des soins** par une mise en cohérence du territoire, qui s'exprime notamment par la coordination des dispositifs et des ressources en matière de santé : Programme Régional d'Accès à la Prévention et aux Soins, Contrats de ville, Ateliers Santé Ville, Programme Départemental d'Insertion des Travailleurs Handicapés, Programme départemental de prévention des dépendances et de lutte contre les drogues, par une éventuelle mixité des financements

- Une **sensibilisation intersectorielle** à la précarité par la formation des intervenants sociaux : par exemple via la formation à l'accueil et à l'accompagnement des publics précaires et parfois en souffrance psychique, séance de formation médicale continue.

- Une **interface importante** : le médecin référent RMI. La présence d'une cellule d'appui est bien souvent le pilier de toute l'organisation

> *"Malgré le dispositif législatif et les structures mises en place qui apportent une aide financière ou d'urgence en faveur de la santé, les travailleurs sociaux restent toujours confrontés aux problèmes de santé lors de l'élaboration de contrat d'insertion. Afin de les aider, en 1990, l'atelier santé a été expérimenté avant d'être reconnu comme cellule d'appui santé. Ce pôle d'intervention permet d'apporter un appui aux services instructeurs dans l'élaboration et la mise en œuvre des contrats d'insertion et permet aussi à certains allocataires d'engager une démarche de soins appropriée à leur situation globale. Animée par le Médecin contrôleur de la direction de la Solidarité Famille, elle travaille en lien avec d'autres médecins spécialisés et les personnes ressources des organismes instructeurs."*

I.1.c La décentralisation en marche : quels effets ?

La spécificité de ce domaine, à la croisée du sanitaire et du social, peut justifier jusqu'à présent la disparité des modalités d'intervention. Certains Conseils Généraux justifient leur engagement minime par des compétences moindres en matière sanitaire ou par l'existence du droit commun pour ce public n'ayant pas de particularités de santé.

La décentralisation du RMI, dont la gestion est aujourd'hui confiée aux Conseils Généraux, a pour corollaire le retrait de l'État sur cette problématique. Cette évolution conduit à s'interroger sur la pérennité de certaines actions et thématiques sanitaires portées traditionnellement par l'État, la santé mentale par exemple.

Les départements sont, depuis le 1e janvier 2004, les seuls pilotes et financeurs du revenu minimum d'insertion. Leur revient ainsi la responsabilité exclusive de l'attribution de la prestation, de son versement et de la politique d'insertion associée.
La loi de 1988 avait confié au préfet et au président du Conseil Général la charge de conduire ensemble l'action d'insertion. La responsabilité en est donc désormais transférée au seul président du Conseil Général. De fait, l'État devient un partenaire ordinaire parmi l'ensemble des acteurs qui apportent leur concours au département.

L'article L.262-38 du Code de l'Action Sociale et des Familles relatif au contenu du contrat d'insertion est réécrit "dans un sens qui se veut à la fois plus directif sur la nature des actions d'insertion, plus concret et plus orienté vers l'insertion professionnelle"[70]
La rédaction antérieure n'était pas impérative se contentant de viser les formes que "peut notamment prendre" l'insertion. La nouvelle loi impose que le contrat "comporte [...] une ou plusieurs des actions concrètes."

Le contrat doit donc comporter une ou plusieurs des actions concrètes suivantes :
- des prestations **d'accompagnement** social ou permettant aux bénéficiaires de retrouver ou de développer leur **autonomie sociale**
- une **orientation**, précédée le cas échéant d'un **bilan d'évaluation** des capacités des intéressés, vers le **service public de l'emploi**

[70] Rap. A.N. n°1216, novembre 2003.

- des **activités ou stages** destinés à acquérir ou à améliorer leurs compétences professionnelles ou à favoriser leur insertion en milieu de travail
- un **emploi aidé**, notamment un "contrat insertion revenu minimum d'activité" ou une mesure d'insertion par l'activité économique
- une assistance à la **réalisation d'un projet de création** ou de reprise d'une activité salariée

Le contrat d'insertion comporte également "en fonction des besoins des bénéficiaires", des dispositions concernant des actions permettant l'accès à un logement, au relogement ou l'amélioration de l'habitat ou visant à faciliter l'accès aux soins. En outre, le contrat d'insertion doit désormais faire "l'objet d'une évaluation régulière donnant lieu éventuellement à un réajustement des actions précédemment définies."

Les soins de santé envisagés ne peuvent toutefois en tant que tels, être l'objet du contrat.

Cet accroissement de la dimension professionnelle dans les objectifs des contrats d'insertion ne vont probablement pas concourir à accroître l'intérêt des Conseils Généraux pour la dimension santé du dispositif RMI, en tout cas pour les départements qui se situent dans la première configuration présentée. En outre, l'incertitude sur le maintien des crédits peut contribuer à accroître les divergences entre les tenants de la première et de la seconde configuration.

♦ Le maintien en 2004 des crédits départementaux d'insertion

La loi de 1988 relative au RMI, modifiée en juillet 1992, précise que les départements sont tenus d'inscrire à leur budget un crédit correspondant à 20% des allocations versées l'année précédente dans le département afin de les consacrer à l'insertion des bénéficiaires du RMI ; les crédits non consommés étant reportés sur l'exercice suivant. Cette obligation financière est passée de 20% à 17% en juillet 1999, en raison de la suppression de l'aide médicale et de la loi relative à la couverture maladie universelle.

A noter, le faible niveau de consommation de ces crédits d'insertion – il ne dépasse pas 50% en moyenne.

La règle des 17% se trouve maintenue a titre provisoire pour l'année 2004, ce pour le financement des "actions inscrites au programme départemental d'insertion et des dépenses de structures correspondantes". "Les dépenses liées au RMA doivent naturellement figurer parmi les dépenses d'insertion et être comptabilisées comme telles."

I.2 Les programmes sanitaires

En ce qui concerne le domaine sanitaire, les pratiques d'intégration de la dimension sociale ont consisté à créer de nouveaux dispositifs : les PRAPS, soutenus, localement, par les Ateliers Santé Ville. Ces dispositifs ont notamment pour charge de sensibiliser les acteurs traditionnels du secteur de la santé aux problématiques médico-sociales.

I.2.a Les PRAPS

♦ Objectifs

Les Programmes Régionaux d'Accès à la Prévention et aux Soins ont été pensés dans une logique d'équité en matière de santé. Prévus par l'article 71 de la loi du 29 juillet 1998 d'orientation relative à la lutte contre les exclusions, **les PRAPS visent à protéger les personnes qui vivent dans une situation précaire et qui connaissent des difficultés d'accès aux services sociaux et de santé.**

Le Haut Comité de la Santé Publique considère que 20 à 25% de la population française est touchée par la précarité. Il s'agit donc d'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 destinées à les empêcher de tomber dans la grande pauvreté ou dans l'exclusion, en protégeant en particulier leur santé.

Les PRAPS sont appréhendés comme des outils de concertation et de coordination entre partenaires, associations, mutuelles, organismes d'assurance, organismes professionnels, hôpitaux, collectivités locales, services de l'État... et invitent ainsi tous les acteurs du système sanitaire et social à travailler ensemble sur les inégalités de santé. Les DRASS et les DDASS coordonnent l'intervention des divers partenaires.

L'élaboration des 26 PRAPS de première génération s'est faite au cours de l'année 1999 en trois temps :

- un état des lieux départemental et une synthèse régionale des difficultés d'accès à la prévention et aux soins
- le choix de priorités, d'objectifs et la sélection d'actions régionales et départementales
- la définition de procédures d'évaluation du programme et de ses actions.

Les difficultés des populations démunies peuvent en effet être financières (couverture sociale insuffisante) mais aussi directement liées aux pratiques des professionnels (manque d'information, de

formation, d'implication), aux cloisonnements institutionnels (manque de coordination entre les services sanitaires et sociaux), à la complexité des textes et des dispositifs, à des problèmes d'organisation territoriale de l'offre (défaillance de l'offre en milieu rural, insuffisance de praticiens de secteur 1 pour certaines spécialités)...
Le développement d'actions d'accompagnement vers la santé pour **favoriser l'accès et** le recours au système de prévention et de soins des personnes défavorisées est alors un des axes majeurs des PRAPS.

Ces difficultés sont également liées à la demande (ou plutôt à l'absence de demande) des personnes en situation de grande précarité. Le recours inadapté au système de soins (recours tardif, généralement centré sur les urgences) résulte, comme nous l'avons vu, d'une non priorisation de la santé eu égard aux problèmes d'emploi, de logement, d'une méconnaissance des circuits de soins et parfois à une mauvaise image de soi.
Les PRAPS comportent donc une dimension **préventive** au même titre que la dimension curative car, ainsi que nous l'avons souligné, les inégalités apparaissent encore plus grandes en matière de prévention qu'en matière de soins, les populations démunies accordant fort peu d'attention aux problèmes de santé futurs.

Dans la quasi-totalité des PRAPS, le public qui apparaît prioritaire est celui des **jeunes** et la pathologie qui apparaît le plus fréquemment est la **santé mentale**. Cependant, la grande diversité des problèmes d'accès à la prévention et aux soins conduit à une grande diversité des objectifs et des actions programmées.

♦ *Actions*

Conformément à leur vocation, les PRAPS ne proposent pas seulement la mise en place d'actions relevant purement du domaine sanitaire. Il s'agit pour l'essentiel d'actions de coordination, d'organisation des différents partenaires gravitant autour de la question de la santé et de la précarité, ou d'actions d'organisation de l'accueil des publics en difficulté. Les actions de coordination, d'organisation, d'information et de communication prennent ici le pas sur le développement de services médicaux.
Pus précisément, selon l'analyse de la Direction générale de la santé, les objectifs que se sont donnés la majorité des PRAPS de première génération pour la période 2000-2002 peuvent être regroupés en 10 rubriques.

- **L'amélioration des capacités des services sociaux et de santé** à accueillir, prendre en charge et suivre les problèmes de santé des personnes vivant dans des conditions précaires notamment par l'intermédiaire des **PASS, les permanences d'accès aux soins de santé**. Ces cellules de prise en

charge médico-sociale sont destinées à faciliter l'accès des personnes démunies au système hospitalier ainsi qu'aux réseaux institutionnels ou associatifs de soins d'accueil et d'accompagnement social. Elle ont également pour fonction d'accompagner les personnes en difficulté dans les démarches nécessaires à la reconnaissance de leurs droits sociaux. En somme, une fonction de repérage des personnes en difficulté, de prise en charge ambulatoire sans délais, de récupération des droits sociaux avec pour objectif la réintégration au plus tôt dans le système de soins de droits commun.

- L'amélioration des conditions d'accès et de recours aux droits pour les personnes ayant des difficultés d'ordre social. La clef de voûte de ces actions est **la CMU**.

- L'amélioration de l'accès des personnes vivant dans des conditions précaires aux **dispositifs de prévention et de dépistage.** Il s'agit pour ces actions de faciliter l'accès aux bilans de santé, d'offrir une plus grande accessibilité à l'offre de soins et de prévention.

- Le développement du travail en réseau des professionnels du sanitaire et du social. Cette dimension d'ingénierie vise à **combattre le cloisonnement des pratiques des professionnels** de l'action sanitaire et de l'action sociale. Les axes de ces actions portent sur le développement d'une meilleure connaissance mutuelle des activités, des missions et des responsabilités de chacun, notamment par le biais de formations communes.

- La création de conditions pour **une meilleure prise en charge des problèmes de santé mentale et de souffrance psychique des personnes en situation de grande précarité**. La prévention dans le domaine de la santé mentale est insuffisante en particulier en ce qui concerne le repérage précoce de la souffrance psychique ainsi que la prévention du suicide et de ses récidives. La souffrance psychique s'exprime plus souvent auprès de professionnels du social, qui ne sont pas toujours formés à ce type de prise en charge, qu'auprès de professionnels de la psychiatrie. De plus, l'offre de soins psychiatriques est perçue comme insuffisante, inégalement répartie sur le territoire ou incapable de répondre dans de bonnes conditions à certaines situations comme l'urgence ; la sectorisation apparaît aujourd'hui inadaptée.

- Le développement **d'une connaissance spécifique des trajectoires** de précarisation et des problèmes de santé des personnes vivant des situations de précarité. Les états des lieux préalables à l'élaboration des PRAPS montrent que peu d'indicateurs sont disponibles pour définir les personnes concernées par les PRAPS et que les informations sont très dispersées, manquent de cohérence et de pertinence pour cerner leurs difficultés d'accès à la prévention et aux soins.

- **L'amélioration de l'information et de la communication** auprès des professionnels, des personnes vivant en situation de précarité et du grand public. Dans les actions relevant de cet objectif, on trouve par exemple la proposition de création d'un annuaire thématique des professionnels de l'action sanitaire et sociale afin de soutenir le travail en réseau des intervenants auprès des personnes en difficulté, la publication d'infos sur la CMU…

- Le lancement d'actions visant **à accroître les capacités de chaque personne à prendre en charge sa santé** quelle que soit sa situation sociale ou économique. Il s'agit dans cet axe de promouvoir la participation de personnes en situation de précarité dans l'élaboration des programmes d'actions qui les concernent.

- Une plus grande efficacité des dispositifs sociaux et de santé destinés aux personnes vivant des situations de grande précarité par **une meilleure coordination avec les autres dispositifs publics.** Afin de ne pas buter sur l'empilement et la redondance des actions, une articulation du PRAPS avec les différents dispositifs socio-sanitaires : Programme Régional de Santé, Schéma Régional d'Organisation Sanitaire, Schéma Départemental de l'Accueil, de l'Hébergement et de l'Insertion, Programme Départemental d'Insertion, doit être recherchée notamment par l'intermédiaire du Comité régional des Politiques de santé.

- La mise en œuvre d'actions spécifiques dirigées vers des groupes sociaux ou des pathologies particulières. Les PRAPS rappellent que la précarisation doit être appréhendée comme **un processus multiforme** recouvrant des réalités très diverses et qui frappe chaque individu de manière spécifique.

C'est en application de ces grandes priorités de politique de santé qu'ont été définies **les 1100 actions programmées** dans le cadre des PRAPS de première génération.

♦ Évaluation

L'évaluation[71] des PRAPS première génération montre qu'ils ont permis effectivement de créer une dynamique partenariale et de décloisonner les secteurs et acteurs concernés dans le champ sanitaire et social. Les contenus des PRAPS sont totalement cohérents au regard des objectifs et directives de niveau national.

Un difficile repérage des besoins

Cependant, l'évaluation pointe quelques limites inhérentes à ces actions : elles répondent aux besoins identifiés, mais tous les besoins ne sont pas identifiés, tant du point de vue des publics que des territoires.

Par défaut de méthodes, d'outils, de moyens, le PRAPS n'a donc pas toujours permis de mieux connaître globalement les publics vulnérables et leurs problèmes de santé sur tous les territoires régionaux couverts. Il a en revanche permis de mieux les connaître au niveau "micro-local" là où sont mises en œuvre les actions étudiées.

Concernant la problématique territoriale, se pose à la fois la question de la pertinence des actions financées (d'autres actions sur un micro-territoire donné n'auraient-elles pas pu bénéficier des financements PRAPS ?) et la question de la pertinence des micro-territoires couverts (il n'est pas certain que là où le PRAPS n'est pas intervenu, il n'y a pas les mêmes besoins que là où il intervient).

La complexité des diagnostics tient à plusieurs effets. D'une part, comme nous l'avons remarqué, le champ de la santé est délicat à appréhender, et ses frontières peuvent être discutées. D'autre part, localement, les diagnostics peuvent prendre du temps pour se mettre en œuvre. En effet, la réalisation d'un diagnostic partagé exige de réunir des acteurs du secteur social et des acteurs du secteur sanitaire, et, au sein du secteur sanitaire, des acteurs publics et libéraux, des intervenants médicaux, paramédicaux, spécialistes et généralistes ... Ces intervenants n'ont que peu d'habitudes de travail en commun, manquent parfois de temps ; ils n'ont pas forcément la même logique d'intervention auprès des publics, ne recueillent pas toujours les mêmes problématiques[72]. La mise en place d'un diagnostic à la fois complet et

---

[71] Évaluation nationale des PRAPS réalisée par Bernard Brunhes Consultant pour le Ministère de la Santé de la Famille et des Personnes Handicapées/Direction Générale de la Santé Avril 2003.

[72] Nous avions remarqué dans une étude sur deux quartiers de Rouen la difficulté de réunir l'ensemble des acteurs d'un territoire pourtant limité autour du diagnostic de santé local.

pertinent peut alors s'avérer un travail de partenariat très long. L'avantage de ce travail est en revanche qu'une fois les liens constitués, la mise en œuvre d'action peut être plus aisée.

Les PRAPS se présentent donc comme des programmes dont la pertinence est réelle mais limitée en partie par la faiblesse des diagnostics.

Des objectifs "trop consensuels"

Les objectifs régionaux sont quant à eux jugés parfois trop consensuels ou trop généraux dans leur définition.
Dans de nombreuses régions, le passage du diagnostic à la définition des objectifs du PRAPS semble avoir conduit à une certaine dilution. Ainsi, les objectifs sont souvent jugés trop consensuels par une grande majorité des acteurs rencontrés. Si leur élaboration a donné lieu à de nombreux échanges et débats en GTR et CRPS[73] et si certains acteurs disent s'y retrouver, une grande partie regrettent cependant des objectifs devenus trop régionaux, où la recherche de consensus a finalement limité la pertinence des objectifs au regard des situations et réalités départementales.

Ce problème peut être également lié à une absence de finesse des constats.

Une bonne articulation avec les autres dispositifs de santé publique

L'évaluation montre clairement que les actions mises en œuvre correspondent effectivement aux objectifs et priorités des PRAPS respectifs et des objectifs nationaux et s'articulent généralement bien avec les autres dispositifs ou programmes de santé publique : l**a cohérence entre les PRAPS et les PRS est satisfaisante**.

Mais un lien plus distendu avec les autres politiques sociales

Cette cohérence apparaît moins évidente avec les autres dispositifs, en particulier ceux qui impliquent aussi les collectivités territoriales : PDI, politique de la ville…

Même s'il existe d'autres dispositifs ou programmes qui peuvent venir en subsidiarité ou en complément du PRAPS, sur des thématiques définies (PRS suicide, PRS cancers…), à destination de certains publics (PRS jeunes, PDI à destination des Bénéficiaires du RMI) ou bien encore sur des territoires donnés

[73] Groupe Technique Régional et Comité Régional des Politiques de Santé.

(quartiers politique de la ville), la "cohérence externe" du PRAPS est essentiellement assurée de manière ascendante.

Les articulations entre dispositifs n'ont pas été pensées a priori, mais **réalisées à posteriori**. Ces "mises en cohérence" entre dispositifs sont parfois assurées "au coup par coup et au fil de l'eau" par les techniciens et professionnels de terrain (au niveau DDASS notamment), lors de l'instruction des dossiers de demandes de financements émanant des porteurs de projets. De plus, elles dépendent encore largement des modes de coopération pré existants et des bonnes volontés individuelles.

Et une difficulté à mobiliser le secteur libéral

Enfin, il convient de souligner que pour toutes les actions étudiées, le secteur privé ou libéral du champ sanitaire est le grand absent du PRAPS. On constate soit que les professionnels du champ sanitaire et social public et associatif ont assez peu recherché à développer un partenariat structuré ou des actions communes avec le secteur privé libéral, soit que l'implication du secteur privé libéral reste cantonnée à des initiatives individuelles ou isolées. La mobilisation "institutionnelle" du secteur libéral n'a donc pas pu voir le jour.

Des pratiques professionnelles en devenir

Indéniablement, améliorer l'accès à la prévention et aux soins, passe par une structuration des réseaux santé-social, dont le premier effet est l'évolution des pratiques professionnelles. Toutefois, l'impact du travail en réseau sur les publics eux-mêmes nécessite du temps.
Des résultats notables au niveau des professionnels concernés montrent **l'importance que revêt le travail en réseau.**

Le PRAPS a effectivement permis de structurer et de renforcer des réseaux qui désormais existent au niveau inter professionnels, inter institutionnels et non plus seulement au niveau inter individuels. Ainsi, les actions ont conduit à augmenter la capacité de dialogue, d'écoute, d'échanges et de coordination entre les professionnels, ce qui in fine conduit à une meilleure prise en charge des publics.
Les échanges entre professionnels d'horizon divers ont favorisé l'émergence et la mise en pratique de nouvelles réponses ou de nouvelles modalités de réponse envers le public. **Les pratiques des acteurs du champ sanitaire et social ne sont pas mélangées, les rôles respectifs ne devant pas effectivement être confondus. Mais grâce au rapprochement réciproque, elles ont évolué dans le même sens.**

♦ L'avenir des PRAPS

Quatre axes d'amélioration ont d'ores et déjà été identifiés par le Ministère pour les PRAPS de 2ème génération :

- dans leur méthode d'élaboration : **aller vers une plus grande cohérence avec d'autres dispositifs** connexes de niveau régional, départemental ou local (SROS, PRS, SREPS, PDI, volet santé des CPER, contrat de ville ou d'agglomération…)

- au niveau de leur pertinence grâce à **une meilleure identification et prise en compte des besoins et attentes des bénéficiaires**

- **dans leur mise en œuvre** : aller vers une implication renforcée de tous les acteurs concernés, vers l'optimisation de l'ancrage territorial des PRAPS et vers le renforcement des axes d'éducation et de prévention

- dans **leur suivi et leur évaluation**, tant au niveau régional que national, par la mise à disposition d'outils spécifiques et communs

I.2.b Les Ateliers Santé Ville

Depuis 1997, différentes actions ont été entreprises **dans le cadre de la politique de la Ville** afin de réduire les inégalités sociales et territoriales en matière de santé et notamment améliorer l'accessibilité aux soins et à la prévention des personnes en situation précaire.

Le Comité interministériel des Villes du 14 décembre 1999, en précisant les orientations de la Politique de la Ville en matière de santé, lui a donné un cadre d'action l'Atelier Santé Ville. Ces ateliers doivent "permettre une articulation dynamique entre la Politique de la Ville et la Politique de Santé afin de contribuer à la réduction des inégalités de santé…". **Cet outil est donc destiné à rapprocher acteurs et professionnels de santé afin d'élaborer des programmes adaptés au niveau local avec la participation des habitants.** L'idée de cette démarche est également d'identifier les problèmes et, en concertation avec les habitants, de définir des priorités et d'envisager des programmes d'intervention.

Ce sont les DDASS qui font en sorte de mobiliser les principales institutions concernées (Caisse d'assurance maladie, Éducation nationale, CRAM, Conseil des ordres des professionnels de santé, CAF…). Toutefois, la mise en place d'un atelier "santé-ville" ne peut se faire sans la volonté politique

forte des élus locaux, et particulièrement de ceux ayant une délégation sur les questions de santé. C'est pourquoi, même dans le cadre contractuel, les villes doivent se porter candidates.

L'ASV implique de préciser les besoins en matière de santé, de faire un état des lieux, de définir les enjeux, de nommer un animateur pour fédérer les promoteurs de projets, de prévoir les modalités pour associer la population...

Les bilans menés jusqu'alors de ces ateliers ne permettent pas d'avoir une idée homogène de cet outil. Il est cependant possible de noter que trois grandes difficultés apparaissent :

- comme pour les programmes régionaux, le travail en partenariat avec des acteurs très différents requiert du temps
- la participation des habitants, d'ordinaire accoutumés à la consommation de santé, est également un axe difficile à mettre en place
- enfin, à l'identique des programmes régionaux, l'articulation de ces dispositifs avec les autres dispositifs est très limitée, et souvent réalisée a posteriori.

A l'intégration de préoccupations sociales au sein de programmes sanitaires a répondu l'introduction d'objectifs de santé dans des dispositifs sociaux de type RMI par exemple.

I.3 Les programmes mis en œuvre : des questions en suspens

L'analyse des dispositifs prenant en compte les dimensions sanitaires et sociales des personnes en difficulté pose en particulier deux types d'interrogation.

I.3.a Une interrogation sur la mixité des programmes.

La prise en compte du lien entre la santé et l'insertion a consisté, soit à introduire des objectifs sociaux dans des programmes sanitaires, soit à introduire des objectifs sanitaires dans des programmes sociaux. Mais ces programmes ne sont pas réellement mixtes : ils ont une base sociale ou une base sanitaire. Lors d'une réorientation de leurs objectifs, la mixité peut alors disparaître totalement. Ce constat est particulièrement flagrant pour le dispositif RMI : alors que la loi de lutte contre les exclusions met en exergue la santé dans ses objectifs, le dispositif, se réorientant vers l'insertion professionnelle, risque dans certains départements de délaisser un secteur qui n'était déjà pris en charge qu'avec peu de conviction. Ce phénomène accroît la sélection des problématiques réalisées, et peut, dans certains cas, réduire l'interaction à quelques éléments pris en charge de façon ponctuelle.

I.3.b *Une interrogation sur l'articulation des dispositifs.*

Créés avec des objectifs proches, mais non identiques, avec des partenaires dont un certain nombre sont communs, sur des territoires se recoupant partiellement, les dispositifs que nous avons examinés donnent le sentiment d'une difficile articulation. Certains segments semblent alors très bien couverts, alors que d'autres sont plus délaissés.

II. PRATIQUES DES PROFESSIONNELS : ÉCUEILS ET RÉUSSITES

L'analyse des dispositifs traitant de façon simultanée les problématiques de l'insertion et de la santé montrent de difficiles articulations entre les programmes. L'interrogation d'acteurs sur les secteurs sanitaire et social permet de comprendre, au niveau local, comment les professionnels parviennent (ou non) à travailler ensemble.

Afin d'analyser ces pratiques communes, il a semblé opportun de se focaliser sur deux dimensions des liens entre la santé et l'insertion.

- ✓ **La santé mentale** est une problématique centrale de ces liens. Ainsi que nous l'avons remarqué, la santé mentale est un domaine dont les frontières sont tout particulièrement difficiles à cerner. En outre, les compétences requises semblent plus ambiguës que pour d'autres problématiques.

- ✓ **La prévention** a également été retenue comme thème symptomatique des pratiques professionnelles. A mi-chemin entre la santé et l'éducation, cet axe comporte des enjeux forts.

Une réflexion sur les **conditions de réussite** d'un travail en commun, via l'analyse de bonnes pratiques, suivra l'analyse de ces deux axes emblématiques.

II.1 Le social à la recherche du sanitaire : la santé mentale en exemple

L'interaction sanitaire et social n'est pas immédiate et parfois loin de s'inscrire dans des habitudes de travail partagé. Les discours des acteurs de terrain, dans leur globalité, décrivent une dynamique particulière où le social est généralement en demande et où le sanitaire ne voit pas toujours l'intérêt ou la

légitimité de répondre à cette sollicitation. Le traitement de la santé mentale correspond notamment à ce schéma et illustre pleinement la segmentation des compétences et des sphères d'influences des acteurs sanitaires et sociaux.

Notons que **la santé mentale** constitue une thématique récurrente dans la problématique insertion. Les programmes départementaux d'insertion, dans le cadre du RMI, la présentent dans leur chapitre santé comme **un frein majeur à l'insertion**. Frein d'autant plus considérable que les leviers se montrent particulièrement difficiles à cerner et mettre en œuvre. **La souffrance psychique**, loin de répondre à un protocole établi et à une réponse unique, nécessite du temps et une approche pour le moins personnalisée. Personnalisation, prise en charge individuelle demandant de manière opportune, voire idéale, une collaboration forte entre sanitaire et social.

II.1.a Le social en demande...

La prise en charge de la santé mentale, dans son appréhension la plus extensive, présente les difficultés rencontrées par le sanitaire et le social pour communiquer et agir de manière complémentaire.

Les représentants du social interrogés, responsables d'associations d'insertion agrées RMI, assistants sociaux de services de l'État ou de départements mentionnent leur désarroi face à l'émergence, depuis plusieurs années déjà, de troubles liés directement selon eux à la précarité de leurs allocataires : démobilisation, anxiété, déprime, dépression, voire agressivité, violence... Mal être estimé aux frontières de leur compétence tant dans la prévention, que dans "le diagnostic" ou la prise en charge.

Le **diagnostic ou le repérage** d'une éventuelle défaillance constitue un des moments les plus délicats de la pratique du travailleur social. Comment justement parvenir à un tel repérage et être suffisamment sûr de soi pour aborder le problème et éventuellement proposer une prise en charge adéquate ? Sur quelles bases indiquer une telle orientation ? Rappelons, par ailleurs, que le secret médical n'oblige pas la personne suivie à faire part au travailleur social des éléments médicaux la concernant.
Se pose par la suite le problème de **l'acceptation** du diagnostic par la personne suivie ; le déni dans ces problématiques, notamment de santé mentale, est récurrent. Le travailleur social doit élaborer toute une stratégie pour amener la personne à admettre, ou tout au moins, à concevoir la réalité de son état et à consulter malgré la crainte parfois engendrée par le contact de l'institution soignante.

La considération et le traitement de cette souffrance nécessitent ainsi un savoir-faire, des connaissances, des outils et des relais dans la prise en charge ou le suivi actuellement peu efficients. Les professionnels intervenant dans ces structures déplorent le manque de collaboration et d'échanges avec le monde

sanitaire, "les purs et durs du sanitaire", qui auraient sans nul doute des réponses à apporter, une expérience et une culture à partager.

II.1.b ... d'une reconnaissance de la prise en charge psycho-sociale

Une éventuelle collaboration entre sanitaire et social doit être accompagnée d'une reconnaissance des compétences ou des attributions de chacun ou tout au moins d'une identification des domaines d'intervention propres. Or, **la prise en charge psycho-sociale** généralement proposée dans un cadre d'intervention type PDI ne semble pas bénéficier d'une telle reconnaissance du secteur sanitaire, même si cette prise en charge s'inscrit de manière légitime dans les objectif affirmés de santé publique ; à savoir, l'appréhension de la santé mentale dans sa plus large acception.

Dans les discours relevés, **"la psychiatrie traditionnelle"**, l'offre de soins dans son ensemble, ne paraît pas en mesure de prendre le relais d'approches alternatives de type psychosocial. Le psycho-social est tenu de faire la preuve de la légitimité de son intervention et de sa qualité propre.

Ce désintérêt ou ce manque de disponibilité du secteur traditionnel s'expliquent ainsi par **un relatif déni de la prise en charge psychosociale et de la reconnaissance pathologique des états rencontrés.**
Le débat se formule alors en ces termes : la souffrance engendrée ou avivée par des situations de précarité est-elle pathologique, et mérite t-elle une prise en charge à ce titre ?

La réponse ne semble pas encore évidente pour tous les acteurs sanitaires. Notons toutefois que depuis 1990, la loi a redéfini la mission de la psychiatrie, en lui confiant la promotion de la santé mentale et plus seulement la gestion des malades. La frontière entre le normal et le pathologique a été également remise en question. A. Ehrenberg[74] montre comment la souffrance psychique s'est détachée de la folie et s'inscrit dans un réseau de prise en charge "normé".
En dépit de cette volonté affichée, "la psychologie sociale, [est] la science du conflit entre l'individu et la société [75]", **et le référentiel premier du sanitaire, à savoir la psychiatrie traditionnelle semblent encore loin de partager un référentiel commun.**

[74] A. Ehrenberg, *La fatigue d'être soi. Dépression et société*, Odile Jacob, 1998.

[75] Source : Moscovici, S. (1984), *Psychologie Sociale*, Paris, PUF.

II.1.c Des référentiels et des logiques de fonctionnement différenciées

Un groupe de travail, porté par le Ministère de l'Emploi et de la Solidarité en 2002, relatif "aux recommandations d'organisation et de fonctionnement de l'offre de soins en psychiatrie pour répondre aux besoins en santé mentale" corrobore les constats émis par les acteurs interviewés.
Le rapport souligne en effet les liens insuffisants entre la psychiatrie et les autres secteurs, rapports trop marqués par l'hospitalo-centrisme.

Les acteurs interrogés déplorent, en ce sens, le manque de souplesse des prises en charge traditionnelles qui catégorisent plus qu'elles ne prennent en compte les situations particulières et les approches différenciées et de fait ne se remettent guère en question.

> *"De manière caricaturale, on traite de la même manière le schizophrène et le mal être de l'allocataire du RMI. En face de nous, on a rien en dehors de la psychiatrie traditionnelle, qui en plus nous considère que peu. Nous se sommes pas clairement identifiés et encore moins reconnus dans le champ du sanitaire. La prise en charge psychosociale est une alternative à la psychiatrie traditionnelle qui traite un peu tous les problèmes de la même façon."*
> *Responsable d'association d'insertion dans le cadre du RMI, prise en charge psychologique.*

Une différence de logique et des référentiels spécifiques peuvent expliquer en partie cette segmentation des compétences, des savoir-faire et ce déficit de communication : le social prend en considération l'ensemble de la personne y compris son environnement, le sanitaire circonscrit davantage les problématiques et fonctionne par champ d'intervention, par maladie et de fait de manière cloisonnée.

- **À une logique de réseau s'oppose ainsi une logique de traitement.**

Il s'agit donc d'une différence de nature entre le travail social, le dispositif d'accompagnement des allocataires et les modes de traitement de la santé. La logique d'accompagnement social est bien souvent une logique de travail en réseau : les travailleurs sociaux orientent vers des prestataires qu'ils connaissent ; cette orientation prend la forme d'une injonction plus ou moins forte. Ils attendent de ces derniers un retour sur les résultats de cette prescription.

Les actions dans le domaine de la santé ne font le plus souvent que peu partie de ces réseaux.
De plus, elles ne permettent pas de retour sur l'action couverte par le secret professionnel. En particulier, les problématiques psychologiques sont fondées sur le volontariat et une démarche active des bénéficiaires.

De fait, le sanitaire éprouve quelques difficultés, inhérentes à son mode opératoire, à considérer la personne hors de son état de santé. La personne "est définie et appréhendée" par la maladie ; ses caractéristiques sociales ne le constituent que secondairement et ne sont pas considérées dans le champ d'action du sanitaire.

> *"Il n'existe pas de catégorie sociale dans la maladie. Avant d'être Rmiste ou professeur de géographie, le malade en post cure est avant tout un alcoolique face à sa maladie."*
> *Responsable d'un établissement de post cure.*

Sortir de cette incompréhension mutuelle passe nécessairement par l'établissement d'une relation d'échange où sanitaire et social doivent apprendre à se faire face, à se considérer mutuellement comme clef de voûte d'un indispensable partenariat. Les deux institutions dans une relation spéculaire doivent apprendre à se répondre l'une l'autre sur des problématiques partagées.

II.1.d Sanitaire et social : une relation spéculaire

Le sanitaire éprouve ainsi de la difficulté à cerner les limites des domaines d'action investis par le social, en sur ou sous estimant ses capacités. Quant au sanitaire, il est bien souvent perçu par le social comme une sorte de temple sacré où il est particulièrement difficile de s'introduire.

> *"On doit parfois les ramener sur terre en leur expliquant que ce qu'ils souhaitent n'existe tout simplement pas d'où l'importance de mon diagnostic social. Ils ont trouvé leur solution et pensent que le reste (l'encadrement social) suit et assoie leur travail, leur traitement.»*
> *Assistante social d'un hôpital de jour psychiatrique.*

> *"Bien souvent, le sanitaire et le social ne parlent pas le même langage et n'ont pas idée des compétences de l'un et de l'autre. Les assistantes sociales seront toujours des assistantes sociales et les médecins des médecins, avec tous les enjeux de pouvoir que cela peut représenter.»*
> *Assistante sociale Pass*

"Les relations entre le sanitaire et le social ne sont pas simples, la pluridisciplinarité non plus, mais chez nous on est dans l'échange."
Directeur d'un foyer de postcure

Certains acteurs locaux déplorent que la réussite d'initiatives repose sur des relations de travail interpersonnelles ; initiatives de fait non pérennes et soumises aux aléas de la disponibilité des personnes concernées.

"Cela marche parfois, mais cela repose sur des relations inter-personnelles et ce n'est pas l'idée que je me fais d'un partenariat efficace. C'est trop informel et aléatoire".
Responsable d'association d'insertion dans le cadre du RMI, prise en charge psychologique.

D'une collaboration avérée et reconnue avec le monde sanitaire dépendent la reconnaissance et la légitimité de ce type de structures médico-sociales. **Le "médico-psycho-social"** ne peut prétendre à une légitimité que dans la reconnaissance du sanitaire à son égard. Une telle reconnaissance peut permettre à ces pratiques et professionnels de sortir de l'isolement ressenti et du maintien dans un état de "non statut". Notons que la plupart des structures "sociales" interrogées ne se reconnaissent pas dans cette catégorisation. L'identification par une ligne budgétaire exclusivement sociale les contient dans ce domaine d'action et entrave un développement possible vers un mode de fonctionnement que l'on pourrait imaginer mixte.

"En gros, nous ne sommes considérés ni comme des durs de l'action sociale, ni comme des durs du sanitaire. Nous n'appartenons pas au PRAPS malheureusement. Notre financement DDASS est un financement pour l'insertion sociale mais ce serait une bonne chose pour nous [d'entrer dans le PRAPS]. Pour le moment, les approches traditionnelles psychiatriques y sont représentées mais entrer dans le PRAPS reviendrait à y faire entrer et reconnaître la prise en charge psycho-sociale.»
Responsable d'association d'insertion dans le cadre du RMI, prise en charge psychologique.

"Nous sommes à la croisée des chemins et nous nous considérons comme une structure médico-psycho-sociale !»
Responsable d'association d'insertion dans le cadre du RMI, prise en charge psychologique et alcoolique.

II.1.e Une prise en charge intermédiaire ?

Quelques expériences ont consisté à réaliser, pour les personnes "en souffrance psychologique", une prise en charge "intermédiaire" entre le sanitaire et le social.

Cette forme de prise en charge consiste à réaliser un **suivi spécifique**, basé sur l'écoute et d'autres techniques issues de la psychologie, de personnes en situation d'exclusion. Cette prise en charge, qui *n'est pas un soin*, a pour objectif de lever les freins psychologique à l'insertion, d'absorber la souffrance qui empêche le développement de l'autonomie de la personne, tout en travaillant, de façon concomitante, sur les autres dimensions de l'insertion, espérant ainsi inverser le cercle vicieux : mal-être / désinsertion / mal-être.

La prise en charge est réalisée par une personne identifiée, *différente* du référent RMI, généralement un psychologue. Cette personne peut être interne à une structure qui effectue du suivi des allocataires, mais il peut également exister des structures spécialisées dans ce suivi particulier.
Elle est mieux acceptée par les bénéficiaires qu'une prise en charge psychiatrique (qui en outre n'est pas toujours justifiée par l'état sanitaire de la personne), car il ne s'agit pas de se faire "soigner". Elle comporte également l'avantage d'être plus souple (en termes de temps consacré au suivi).
Les résultats obtenus sont généralement satisfaisants, et, en particulier, le suivi permet dans un certain nombre de cas de lever des freins à l'insertion, et ainsi d'enclencher une dynamique positive. Le coût en revanche peut être élevé (le suivi exige parfois de nombreux rendez-vous) et le dispositif ne peut être proposé à l'ensemble des allocataires, mais seulement à ceux qui manifestent une souffrance, qui n'est pas d'origine psychiatrique.

Au global, les expériences menées localement dans cette direction sont donc plutôt positives et certains promoteurs de ces actions souhaiteraient les voir se diffuser à une échelle plus importante.

II.1.f Les PRAPS et la santé mentale[76]

Le problème de la santé mentale est repéré dans la totalité des PRAPS.

♦ Diagnostic

Le **diagnostic** fait état de problèmes récurrents au regard de la santé mentale des plus démunis, à la fois du point de vue de la demande de soins que de l'offre.
On constate en particulier :

- Le **cloisonnement** entre le secteur psychiatrique et les travailleurs sociaux

- Une grande difficulté **d'accès aux soins** en raison :
  - d'une offre souvent déficitaire (sous dotation en lits notamment en pédopsychiatrie, délais long pour l'obtention d'une consultation en CMP)
  - d'une offre perçue comme inadaptée face à certaines situations : problème de l'urgence, limite de la sectorisation pour la prise en charge de certaines situations (enfants placés ou en internat, personnes en errance..)
  - l'absence de **prise en charge** financière des consultations de psychologues, professionnels perçus comme plus accessibles par certaines populations

- Un mauvais repérage et une prise en compte inadaptée de la **souffrance psychique**
  - Les travailleurs sociaux sont souvent désarmés face à la détresse psychique, ils ne sont pas formés aux réponses à apporter, et ne se sentent pas soutenus sur cette dimension
  - D'une façon générale, il y a une grande difficulté à mesurer la souffrance psychique, à la repérer
  - En outre, la représentation négative de la santé mentale au sein de la population conduit souvent les individus à cacher leur mal être.

[76] Synthèse Direction Générale de la Santé.

♦ Actions proposées

Les actions proposées par les PRAPS tentent de répondre point à point aux constats, sur plusieurs axes.

Reconnaissance et prise en charge de la souffrance psychique

Il s'agit tout d'abord de mieux **l'identifier** par la **formation** des acteurs de terrain au dépistage des troubles psychiques par des professionnels de la psychiatrie, via une information sur les pathologies mentales et la souffrance psychique des exclus, une sensibilisation à l'importance de l'écoute.

Il peut s'agir ensuite d'introduire la **psychiatrie comme aidant et soutien** du travailleur social. On peut alors imaginer un travail indirect de soutien des équipes socio-éducatives, ainsi qu'un travail direct par la participation de l'intervenant psychiatrique à des accueils personnalisés.

Améliorer l'accès à l'offre de soin spécialisée

Une des actions possibles pour améliorer cet accès est d'articuler la règle de la **sectorisation** avec la nécessité de la prise en charge des personnes sans domicile. Une autre est de **faciliter** l'accès des Centres Médico-Psychiatriques par exemple par la désignation d'infirmiers référents pour les situations de précarité, par la mise en œuvre d'accès en urgence aux consultations ; par le développement de liens privilégiés avec les structures sociales du secteur concerné, par la diminution des délais de consultations pour tenir compte des situations d'urgence. Il est également possible d'aller directement **à la rencontre** des publics précaires par la présence d'un professionnel de la psychiatrie dans les principaux lieux fréquentés par les plus exclus, par la création d'équipes mobiles, de consultations délocalisées dans les lieux d'accueil et de vie tels les CHRS. Enfin, une des voies permettant de toucher les populations en difficulté est d'améliorer le **suivi après hospitalisation** et l'adapter aux personnes en situation précaire.

♦ Actions originales

Quelques actions plus originales ont été proposées dans les PRAPS.

- Développer des **actions de prévention** en santé mentale, par exemple en accompagnant les événements de vie fragilisant (deuil, grossesse, divorce, perte d'emploi). Une première écoute peut prévenir l'enclenchement du processus de précarisation ou son aggravation : sensibiliser les accueillants de première ligne, informer la population sur l'existence et les missions des CMP.

- Formalisation d'un **annuaire des intervenants** : support télématique d'annuaire, actualisé, ouvert aux associations et usagers

- Mise en place d'un **professionnel référent** issu de l'institution formé à l'écoute et à la connaissance des réseaux d'intervenants, chargé de détecté le plus tôt possible les personnes en souffrance. Il sera un relais en interne, une personne ressource pour les autres intervenants de la structure

- Élaboration d'une **grille de repérage** de la souffrance psychique, standardisée, utilisable dans toutes les institutions

- Mise en place d'un **système d'information** ayant pour objectif la veille de la souffrance psychique, la centralisation et l'exploitation de données qualitatives et quantitatives

L'étude des relations entre les secteurs sanitaire et social sur la problématique de la santé mentale montre les divergences existantes entre ces deux secteurs, sur le volet curatif. La prise en charge partenariale du curatif, notamment en santé mentale, est encore loin d'être efficiente en dépit, si ce n'est de l'urgence, tout au moins de l'importance de répondre aux besoins détectés.
La prévention, quant à elle, s'apparente de fait au parent pauvre du traitement sanitaire et social.
Dans la hiérarchisation de l'urgence, la prévention ne constitue pas une priorité malgré la légitimité avérée de ce type d'actions. Rappelons que la prévention est un principe fondateur de tous les dispositifs à vocation sociale, y compris du secteur sanitaire via les PRAPS, les PASS, les Ateliers Santé Ville...
La prévention n'appartient ni au secteur sanitaire, ni au secteur social. Ce positionnement ambigu ne facilite pas la prise en charge, car aucun des deux secteurs n'est moteur d'un partenariat.
Peut-être est-il temps de concevoir la prévention comme la pierre angulaire tant attendue du système sanitaire et social ?

II.2 La prévention : sanitaire ou social ?

Au-delà du traitement à proprement parler des ennuis de santé des populations précaires et donc d'une approche curative, la prévention constitue un axe d'intervention fort auprès de ces publics. Cet axe est particulièrement délicat car l'information n'est pas suffisante pour modifier les comportements.

De prime abord, la prévention est une thématique par nature transversale, inter publics et intersectorielle. Or, les entretiens menés auprès de structures dédiées à cette mission publique, mettent en évidence, là encore, une identification aléatoire, des statuts peu clairs et des pratiques à la limite du confidentiel ou loin de mettre en jeu des partenariats forts et étendus.

Sanitaire ou social, il est particulièrement difficile d'appréhender le domaine d'action auquel appartient la prévention ; les deux sans doute.

De fait, les acteurs en charge de cette problématique ont beaucoup de mal à **définir leur propre positionnement** : sanitaire sur les thématiques traitées (la fatigue, le cancer, l'alimentation...) et social quant à la visée des actions (éduquer à la santé des populations ayant des comportements à la marge) sans pour autant faire intervenir des sanitaires "purs et durs" (médecins, psychologues) ou des travailleurs sociaux et donc instaurer un suivi. L'ensemble des interventions ne reposent pas non plus sur un partenariat particulièrement développé.

Les Comités départementaux d'Éducation pour la Santé et les services d'éducation à la santé des Caisses primaires d'assurance maladie déclarent ne pas s'inscrire dans un réseau particulier et profiter du bouche à oreille pour mettre en œuvre un certain nombre de leurs actions. Les deux structures n'ont par exemple qu'une vague idée du contenu des actions de santé proposées par le PDI de leur département.

> *"Notre but est de nous faire connaître en fonction des programmes. Le souci est que nous sommes peu connus, que nous passons pour et nous sommes des généralistes, ce n'est donc pas évident de nous présenter et de communiquer."*
> *Codes*

> *"Nous n'effectuons aucune publicité ou promotion sur nos actions. Nous travaillons à la demande sans partenariat formalisé. Notre fonction est d'informer, nous ne sommes ni médecins, ni assistantes sociales ; nous sommes des généralistes de l'info."*
> *Service éducation et prévention à la santé de la CPAM.*

Symptomatique de l'isolement des intervenants quels qu'ils soient, sanitaire, social, médico-social, la prévention est présentée comme un pilier de l'action sanitaire et sociale et intégrée à l'ensemble d'un réseau partenarial. Pour le moment, son positionnement est plutôt intermédiaire, et peu reconnu.
Elle pourrait pourtant, d'une façon positive, être envisagée comme un pont entre le sanitaire et le social.

II.3 L'action sanitaire et sociale : une utopie ?

En dépit des constats précédents qui soulignent les problèmes de l'interface entre le sanitaire et le social, il existe des collaborations réussies entre ces deux "institutions". Ces collaborations reposent sur un environnement propice à ce type de partenariat.

♦ La nécessité d'un contexte favorable

Les expériences relatées ont été généralement mises en œuvre sur des sites ayant une tradition d'échanges et d'ouverture, clairement identifiés et au centre d'un réseau déjà constitué et opérant. Preuve est cependant faite, notamment par l'existence des Pass[77], qu'une telle interaction est également possible dans des structures dépourvues d'une longue antériorité de pratiques, mais généralement installée au cœur du sanitaire, à savoir près de l'hôpital.

Dans ce type d'environnement privilégié, dans un établissement reconnu, clairement identifié, **la pertinence de la mixité des équipes** ne fait plus aucun doute : comme nous l'indique une assistante sociale d'un hôpital de jour :

> *"le social, le diagnostic social participe à part entière au traitement proposé et au projet thérapeutique mis en œuvre."*

Cette personne explique le succès de cette collaboration par un respect mutuel de tous les membres de l'équipe soignante et administrative **qui travaillent ensemble depuis de longues années déjà.**
La pluridisciplinarité n'est pas facile à "gérer", "soignants et assistantes sociales n'ont pas forcément le même langage" et nécessite des rencontres fréquentes, des concertations formelles et informelles.

♦ A la recherche de "la meilleure solution"

La réussite d'une prise en charge repose sur cette concertation afin **de trouver ensemble "la meilleure solution" pour le patient** avec les moyens à disposition. En ce sens, la thérapeutique doit parfois se plier à la réalité sociale du patient ou de son environnement. Assertion corroborée par d'autres acteurs interrogés.

> *"Je téléphone parfois au médecin pour lui rappeler la situation sociale de la personne et lui demander d'adapter son ordonnance, son traitement. Un SDF peut difficilement respecter la prise à heure fixe d'un comprimé trois ou quatre fois par jour."*
> *Infirmière psychiatrique*

[77] Permanence d'accès aux soins de santé.

A l'inverse, l'intervenant social, surtout dans le domaine de la santé mentale, doit peser les recours sociaux à mettre en œuvre pour la personne. Une reconnaissance AAH par exemple n'est pas forcément la meilleure chose pour la réinsertion d'un jeune étant donné "les représentations négatives et erronées de la maladie mentale". "C'est une étiquette qui colle à la personne et peut davantage lui nuire que l'aider. La catégorisation de personne fragile mentalement n'est pas forcément idéale même pour servir de caution pour un engagement de soins dans le cadre du RMI par exemple." La reconnaissance sociale du handicap est ainsi validée en concertation avec les soignants de la structure. Cette synergie des compétences n'a cependant pas été évidente, au commencement bien entendu, la personne interrogée souligne "on m'a laissée ma place et je la prend."

Trouver la meilleure solution est une phrase récurrente dans le discours des personnes interrogées qui estiment entretenir une collaboration étroite et efficiente avec le sanitaire ou le social comme si le gage de la réussite d'un partenariat passait nécessairement par le compromis.

Cet exemple montre la possibilité d'une collaboration réussie entre les deux secteurs. Elle passe cependant ici plus par une reconnaissance respective des contraintes (le sanitaire est contraint par la situation sociale de la personne, le social par son état de santé) que par une prise en compte globale des problématiques.

II.3.a Le compromis, la clé de l'alliance du sanitaire et du social ?

"Les médecins RMI ne soignent pas mais offrent une écoute, posent un diagnostic et tente de proposer la "meilleure" solution en fonction de la situation".

Médecin référent

♦ Les PASS, un exemple d'initiative réussie

Les personnels des Pass rencontrés semblent de cet avis. Instaurées majoritairement en 2000, les intervenants de ces structures ont effectivement dû cultiver l'art du compromis :

"Au début, on a du mal à se comprendre, on ne parlait pas forcément de la même chose et de la même manière".

Infirmière Pass

Très vite, la pertinence d'une telle collaboration est devenue évidente tant pour les infirmières, que pour les assistantes sociales. Au sein d'une Pass ayant dans ses locaux une infirmière, une assistante sociale, un

agent d'accueil et la permanence d'un médecin, l'assistante sociale et l'infirmière "n'imaginent même pas comment travailler autrement qu'ensemble".
Tout en respectant le secret médical, chacune a un accès libre au dossier commun et ajuste ainsi son traitement ou diagnostic en fonction des données à disposition, sanitaires ou sociales. Là encore, des relations personnalisées, des temps de rencontre fréquents, formels ou informels facilitent une communication pour trouver la meilleure solution pour le patient. Preuve de la parfaite intégration de ce dispositif dans le paysage sanitaire et social, les urgences toutes proches ne pourraient plus se passer de la Pass qui les soulage des cas les plus difficiles et les acteurs sociaux environnant n'hésitent pas à leur faire parvenir des personnes en situation de précarité.

♦ Le sanitaire à la recherche du social

Le sanitaire vient parfois à la rencontre du social. La Pass Psychiatrique de Rouen a par exemple comme principe d'organisation de recevoir les personnes qui les sollicitent ou leur sont adressées et d'aller également à la rencontre des personnes en difficulté sur leurs lieux de vie. **L'UMAPP**[78], équipe volante ou itinérante, concilie étroitement le médical et le social et a établi dès le départ ce mode de fonctionnement comme principe de leur action et pour ainsi dire comme philosophie de vie de la structure.

A la suite du programme régional de santé intitulé "Agir en faveur de la santé des populations défavorisées en Haute-Normandie" en 1998, le PRAPS en 1999 conforta la nécessité d'organiser des structures d'accueil médical et social pour les personnes en situation de précarité. Début juillet 1999, le projet "Travailler mieux ensemble sans psychiatriser la souffrance sociale mais en prenant compte la souffrance psychique", fut retenu.

La configuration des locaux n'est elle même pas anodine. L'UMAPP jouxte Le Carrefour des Solidarités comprenant le Service d'orientation et d'Hébergement d'urgence, SOS crises. Mis en place au début des années 1990, l'idée directrice de ce Carrefour était et demeure de proposer en un lieu unique une réponse globalisée aux personnes en situation d'urgence sociale. Cette proximité facilite les relations directes entre professionnels, l'intervention rapide vue la permanence infirmière, quotidienne, puis une "mise en commun des éléments cliniques" dans l'après coup.

La collaboration avec des foyers sociaux est courante, l'orientation de personnes en souffrance est régulière selon le cheminement suivant.

---

[78] Unité Mobile d'Action Psychiatrique pour Personnes Précarisées.

"L'animateur social repère chez l'usager des comportements, des attitudes, des modalités de fonctionnement psychique qui l'interrogent et font obstacles à la réalisation de son travail. Cette offre d'un matériel clinique de la part de l'usager tend à le faire dévier de son champ d'activité spécifique et de l'entraîner sur celui de la réalité psychique. Adresser un usager à un professionnel de la santé mentale nécessite donc de lui signifier ce glissement, en reprécisant les limites de son propre territoire d'intervention afin de le différencier de celui de la vie psychique et de convoquer ainsi la nécessité d'un professionnel ad hoc. Ce travail préparatoire à la rencontre avec nous est parfois long car les réticences peuvent être anciennes, tenaces, voire rédhibitoires. C'est ainsi que nous sommes amenés à aider certains professionnels à travailler avec certains qui refusent catégoriquement de nous rencontrer, alors que leur état le nécessiterait : un minimum de consentement est indispensable."

"L'UMAPP, en tant qu'observatoire aux confins du médico-psycho-social, repense les clivages usuels en nous forçant à sortir des ornières, en créant des chemins de traverse."

L'analyse des politiques mises en œuvre, comme l'analyse des pratiques des acteurs, apportent un constat très mitigé sur la réponse sociale aux problématiques de santé liées à l'insertion.

Les politiques s'avèrent en effet très parcellaires, reflétant à la fois une certaine catégorisation des problématiques de santé, ainsi qu'une appréhension divergente au niveau local de la réponse qui doit y être apportée. Globalement, les politiques apparaissent donc peu cohérentes, ponctuelles, et fortement marquées par leur origine sociale ou sanitaire, aucun programme réellement mixte n'ayant été fondé.

Les pratiques des professionnels reflètent également ce fossé entre les deux secteurs, que l'absence de référentiel commun porte à une difficile collaboration. Sur ce point, les deux secteurs les plus emblématiques de la relation sanitaire / social que sont la psychiatrie et la prévention montrent encore de grandes lacunes dans l'articulation du travail en commun. Les autres secteurs semblent encore plus éloignés d'une intégration des pratiques.

Toutefois, ces constats relativement pessimistes peuvent être nuancés par l'apparition d'expériences (prise en charge intermédiaire de la souffrance psychologique, actions de prévention), qui manifestent l'intérêt de certains acteurs, sur certains territoires, pour une politique intégrée. Ces expérimentations ouvriront peut être le débat à une échelle plus vaste, permettant une prise en charge globale de la santé sociale.

CONCLUSION

Il s'avère, sans surprise, que l'état de santé a des liens forts avec les difficultés sociales. Les allocataires du RMI ont une santé plus défaillante que l'ensemble de la population française. Une typologie montre que près de la moitié des allocataires du RMI de notre échantillon ont un rapport problématique avec la santé, qu'ils soient en situation de mal être, malades avérés, attribuant ou non leur situation sanitaire à leur situation sociale. En dehors des critères habituels (âge, sexe influent sur la perception de la santé), on note que l'activité professionnelle a un rôle essentiel. Toutefois, si les liens sont forts, leur sens est difficile à expliquer, tant les facteurs sont imbriqués et les effets circulaires : ces deux problématiques semblent interdépendantes. L'exclusion pouvant être une cause de dégradation de la santé, les problèmes de santé être une origine de l'exclusion, les risques sanitaires étant maximum lorsque l'insertion sociale et l'insertion professionnelle sont défaillantes.

Parallèlement à cet état de santé dégradé, les personnes démunies ont un comportement de consommation de la santé spécifique. Les dépenses de santé augmentent en fonction du capital économique et socio-culturel, mais tous les soins ne sont pas identiquement croissants avec l'augmentation du capital économique : les consommations ambulatoires et de prévention, les spécialistes et parmi eux les soins dentaires et optiques ont une plus grande élasticité aux revenus que les soins hospitaliers.

Ces constats statistiques sont partagés par les observateurs des populations en difficulté, qui repèrent des problèmes de santé liés à la précarité, ainsi que les comportements spécifiques des populations démunies, au premier rang desquels l'absence de comportement de prévention.

Entre ce qu'il est possible de déduire de ces éléments statistiques, et la lecture que font les observateurs des problématiques principales et des comportements spécifiques des populations en difficulté, un choix se fait. Certains problèmes sont mis plus en lumière que d'autres.

Le premier de ces problèmes est la santé mentale. Au confluent des deux visions de la santé (absence de maladie versus bien être), la santé mentale est d'autant plus délicate à appréhender que ces symptômes peuvent en apparaître subjectifs et que le secteur sanitaire qui en est en charge, la psychiatrie, est réputé soigner "les fous".

Le second problème est celui de la prévention. Dans un contexte de forte tension, voire d'engorgement du secteur sanitaire, la problématique de la prévention apparaît secondaire au regard de l'urgence de la dimension curative. Toutefois, cette dimension est essentielle, elle relève à la fois du sanitaire et de l'éducation.

Enfin, une problématique qui est à la jonction des deux précédentes, et qui fait également le lien avec les problèmes physiques est la question des dépendances.

Ces trois problèmes sont les plus souvent identifiés par les acteurs rencontrés, à la fois car ils comportent des enjeux importants, et car leur traitement est très complexe. Face à ces problèmes, les questions pourtant nombreuses de maladies physiques, d'usure, paraissent plus simples à traiter.

Dans le contexte de cette lecture sélective du lien entre la santé et l'insertion, des dispositifs ont été mis en œuvre : les PRAPS, dispositifs à dominante sanitaire intégrant un regard social, tandis que certains PDI intègrent des volets sanitaires. Ces dispositifs qui sont mis en œuvre au niveau local (région / département) sont confrontés à la disparité des points de vue des acteurs locaux. L'appréhension différente de la santé apparaît ici comme une bonne grille d'analyse, en particulier des dispositifs sociaux mettant en œuvre des dimensions sanitaires. Dans certains départements, une appréhension stricte de la santé (opposée à la maladie) conduit à une segmentation des deux domaines, et à un rejet de la santé dans le champ sanitaire et dans le droit commun. Dans d'autres départements au contraire, une vision plus extensive de la santé, jointe à une réflexion sur sa dimension sociale, implique fortement les acteurs du social dans une démarche concertée. De plus, la jeunesse de ces dispositifs peut expliquer une articulation défaillante (qui aurait toutefois pu être prévue en amont).

Sur le plan des pratiques quotidiennes, la grande difficulté des professionnels à travailler ensemble réside principalement dans la différence de leurs référentiels. Alors que les travailleurs sociaux ont intégré la nécessité du travail en réseau, à partir d'une approche globale de la personne, les acteurs du sanitaire travaillent plutôt de façon indépendante, sur un problème spécifique du patient, qui n'est pas envisagé dans son contexte social. La notion de réseau est particulièrement peu développée dans le monde des professionnels libéraux. D'autres expériences[79] ont pourtant montré la possibilité de ce partenariat, et son intérêt pour le secteur sanitaire comme pour le secteur social. Une des pistes possibles de l'amélioration de ce partenariat pourrait être la réalisation des diagnostics locaux de santé : permettant de faire le point avec l'ensemble des partenaires sur les besoins d'un territoire, ils peuvent également être l'occasion de comprendre les logiques de chacun, et offrir une base pour la répartition postérieure des actions à mettre en œuvre.

---

[79] Ainsi, une expérimentation en cours par la Caisse Nationale d'Assurance Vieillesse permet de faire le lien entre le secteur sanitaire et le service social des caisses à l'occasion du retour à domicile de personnes âgées sortant d'hospitalisation.

Finalement, on constate donc effectivement que, face à une problématique globale du lien entre le défaut d'insertion et les problèmes sanitaires, la réponse publique est disparate et ponctuelle, tant sur le plan territorial qu'en ce qui concerne les différentes questions de santé.

Trois éléments concourent à cette dispersion.

L'analyse du lien entre les deux problématiques en est encore à ses prémisses : certains éléments (alcoolisme, dépression) sont clairement identifiés, d'autres étant encore mal cernés ou mal appréhendés par les acteurs.

Une **sélection** est également effectuée par les acteurs à propos des problèmes qui *doivent* être pris en charge par les secteurs social et sanitaire de façon conjointe, en dehors du droit commun. Dans certains territoires, et pour certaines problématiques, aucune nécessité de traitement social de la santé n'est perçue.

Enfin, le **manque d'intégration** des domaines sanitaires et social constitue le troisième élément concourant à la dispersion des expériences. Au niveau des politiques, qui sont scindées en deux champs, comme au niveau des pratiques, qui se fondent sur des référentiels différents, les deux secteurs ont du mal à travailler ensemble.

Une meilleure prise en charge conjointe des problématiques de santé en lien avec l'exclusion nécessiterait alors :

- ✓ Une plus grande **diffusion** des travaux, nombreux, portant sur ce lien.
- ✓ Un **débat** national sur les modalités de prise en charge des problématiques de santé dont on sait qu'elles n'ont pas la même signification selon la position sociale des populations. Il s'agirait de déterminer les modalités les plus pertinentes : prise en charge par le droit commun, aménagement du droit commun ou dispositif spécifique.
- ✓ Une **intégration** des politiques, par exemple à l'instar des politiques menées sur la drogue ou sur la ville (existence d'une instance interministérielle), et des pratiques, par exemple par la constitution de référentiels communs.

ANNEXES

I. BIBLIOGRAPHIE

"Une souffrance qu'on ne peut plus cacher", *Rapport du groupe de travail "Ville, santé mentale, Précarité et exclusion sociale"*, février 1995. Antoine Lazarus, Hélène Strohl.

La relation d'aide à l'épreuve de la souffrance psychique et sociale : l'exemple du dispositif RMI en Rhône-Alpes. Christian LAVAL, Recherche MIRE, novembre 2002.

Question d'économie de la santé, septembre 2001. *Vie et santé des jeunes sans domicile ou en situation précaire. Enquête INED Paris et petite couronne*. Thomas Amossé, Anne Doussin, Jean-Marie Firdion, Maryse Marpsat, Thierry Rochereau.

Question d'économie de la santé, décembre 2002. *Comment évaluer l'impact de la complémentaire CMU sur l'emploi ?* Agnès Couffinal, Paul Frougnon, Pierre-Yves Geoffard, Michel Grignon, Florence Jusot, Florence Naudin.

Santé, précarité, précarisation. Michel Joubert INSERM (Internet). Compte rendu d'un séminaire (24/25 novembre 1997) tenu à l'initiative de l'inter-commission 6 de l'INSERM "Analyse et évaluation des systèmes de soins et de prise en charge, de prévention et de protection sociale".

Questions d'économie de la santé. *Problèmes dentaires et précarité.* Alice Beynet, Georges Menahem.

Écoute de la précarité, Jean-Pierre Martin (Internet)

Précarisation, risque et santé, collection Questions en santé publique, Éditions de l'INSERM, 2001, dossier de Presse sur l'ouvrage.

Questions d'économie de la santé, n°63, janvier 2003. *Précarité, risque et santé; enquête menée auprès des consultants des centres de soins gratuits*. Marc Collet, Georges Menahem, Valérie Paris, Herbé Picard

Contexte de précarité et souffrance psychique : quelques particularités de la clinique psychosociale. Jean Furtos. Article de la revue Soins, septembre 1999.

Mipes. *Santé Mentale et précarisation.* Compte-rendu de la rencontre "Études et Recherches" du 7 novembre 2003.

DRESS Études et résultats. N° 294, mars 2004. *État de santé et recours aux soins des bénéficiaires de la CMU. Un impact qui se consolide entre 2000 et 2003.* Bénédicte Boisguérin.

DRESS Études et résultats. N° 300 mars 2004. *Insertion sociale et conditions de vie des bénéficiaires de minima sociaux.* Anne Belleville.

Santé et famille : l'accès aux droit. Nadia Kesterman in Informations sociales n°81

INSEE Première n°893 ; avril 2003, *La santé des sans-domicile usagers des services d'aide.* Bernadette de la Rochère, divisions Conditions de vie des ménages, INSEE

DRESS Études et résultats n°7 février 1999. *État de santé et insertion professionnelle des bénéficiaires du RMI.* Cédric AFSA

Ville et santé publiques, les annales de la recherche urbaine n°73, décembre 1996

Trajectoires sociales et inégalités recherches sur les conditions de vie. Françoise Bouchayer, Daniel Verger, 1994.

Rapport du groupe de travail relatif aux "recommandations d'organisation et de fonctionnement de l'offre de soins en psychiatrie pour répondre aux besoins en santé mentale" Mars 2002, Ministère de l'emploi et de la solidarité, direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins.

De la psychiatrie vers la santé mentale
Dr Eric Piel , Dr jean-Luc Roelandt. Rapport de mission juillet 2000

La relation d'aide à l'épreuve de la souffrance psychique et sociale : l'exemple du dispositif RMI en région Rhône-Alpes. Christian Laval, CRESAL, novembre 2002.

La surmortalité des chômeurs : un effet catalyseur du chômage ? Annie Mesrine, Économie et statistique n0334, 2000

Le retour des maladies sociales. Marie-Thérèse Fritz Dossier enfants pauvres, pauvres enfants. Informations sociales N°79

Santé, précarité : quelles pratiques dans les Centres d'Examens de santé. Outil d'aide à l'action, avril 2000. Par le Comité Français d'éducation pour la santé, Aktis, CETF. Document réalisé dans le cadre de la formation en santé publique des centres d'examen de santé coordonnée par le CETAF.

DRESS Études et résultats n°7, février 1999 *État de santé et insertion professionnelle des bénéficiaires du RMI.* Cédric AFSA.

La relation d'aide à l'épreuve de la souffrance psychique et sociale : l'exemple du dispositif RMI en région Rhône-Alpes. Christian Laval novembre 2002

Questions d'économie de la santé. N°63. *Précarité, risques et santé.* Marc Collet, Georges Menahem, Valérie Paris, Hervé Picard

II. ÉTUDES DU CRÉDOC SUR LA SANTÉ

✎ Enquête auprès des anciens élèves de l'ENSP, de l'IRA Bastia et Nantes, de l'INTEFP et auprès de leurs employeurs

2004

Étude sur la prise de fonction des anciens élèves, sur l'impact des formations longues et sur l'opinion des employeurs

- Enquêtes téléphoniques

🗁 ENSP

✎ Analyse de la situation du secteur sanitaire et social de droit privé à but non lucratif en Midi-Pyrénées

2004

- Analyse du secteur en terme d'activités et offre de formation.

🗁 Conseil Régional Midi-Pyrénées

✎ Évaluation du dispositif des automates échangeurs/distributeurs de seringues – Volet environnement

2004

- Réalisation d'un protocole d'étude (objectifs, questions évaluatives, outils d'enquête)
- phase exploratoire.

🗁 Ville de Marseille /Direction générale de la prévention et de la protection / Mission sida toxicomanies et prévention des conduites à risques,
DDASS.

✎ Connaissance, représentation et perception des soins palliatifs

Septembre 2003

Étude exploratoire sur les connaissances, représentations, perceptions à l'égard des soins palliatifs et de l'accompagnement.

- Entretiens qualitatifs auprès de personne (échantillon population générale), de professionnels de la santé ;
- Réunions de groupe auprès de personnes, et professionnels de la santé (médecins et infirmiers).

🗁 Institut National de Prévention et d'Éducation pour la Santé (INPES)

✎ Diagnostic "santé sociale" sur les quartiers des Hauts de Rouen et de Grammont Sablière

2003

Les thématiques couvertes concernent à la fois, les soins, l'accès, la prévention, les conduites addictives et la réduction des risques et des dommages ou les conditions de vie.

- Recueil de données.
- Entretiens auprès des acteurs locaux

🗁 Pour la Coordination Régionale des Intervenants en Toxicomanie et Santé (CRTIS) à Rouen

✎ Territoires professionnels : proximité et distance - Analyse des faisceaux d'activités dans les emplois du secteur social et médico-social

Cahier de recherche n° 168, janvier 2002

Ce cahier de recherche raisonne sur les emplois et les professions dans le secteur social et médico-social en considérant les activités réalisées, c'est-à-dire ce que les personnes font ou disent faire. L'analyse vise à atteindre une compréhension des emplois, et surtout de leur contenu, en prenant de la distance avec les catégories habituellement utilisées, et en particulier les catégories professionnelles. Il s'agit à travers les différentes combinaisons d'activités, de repérer les territoires, les frontières, les zones partagées ou de tension.

✎ Les besoins en formation continue des cadres sanitaires et sociaux

Christine Olm, Pierre Le Quéau
Mai 2003, Février 1999, 1998

Étudier les comportements et les besoins de formation continue des anciens élèves de l'ENSP. Interrogation par téléphone de 950 cadres sanitaires et sociaux. Questionnaire de 25 minutes

🗁 École Nationale de la santé publique de Rennes

✎ Contrat d'Étude Prospective dans le domaine sanitaire et médico-social

2001-2002

Étude prospective sur les métiers

- Questionnaire auto-administré destiné aux directeurs d'établissement et aux salariés,
- Groupes de travail autour de l'ensemble des secteurs, traitement de données.
- Un chapitre est consacré au secteur de la petite enfance.

🗁 Ministère de l'Emploi et de la solidarité / DGEFP

✎ Les anciens élèves de l'ENSP - Formation initiale et prise de fonction

Mai 2003, juin 2001, 2000, 1999

Reconduction de l'étude effectuée en 1999 et 2000 : rendre compte des difficultés éventuelles rencontrées par les anciens élèves dans le cadre de leur fonction, et recueillir leur opinion et leur degré de satisfaction sur la formation qu'ils ont reçue. Étudier les évolutions par rapport aux années précédentes

- Interrogation exhaustive par téléphone des 200 anciens élèves de l'ENSP, sortis en 2000

🗁 École nationale de la santé publique

✎ L'impact des mémoires professionnels dans les établissements et service

Juin 2001

Comprendre quel est l'impact des mémoires professionnels réalisés par les anciens élèves de l'ENSP dans les établissements et services d'accueil, et plus généralement, sur les pratiques professionnelles

- Interrogation par téléphone de 150 professionnels, maître de stage en 1999 d'un ancien élève de l'ENSP.

🗁 École Nationale de la Santé Publique

✎ Information en matière de santé

Christine Olm, Pierre Le Quéau, Marie-Odile Simon
Septembre 2001

Connaître les sources qu'utilisent les Français pour s'informer dans le domaine de la santé, le crédit qu'ils leur accordent, ainsi que leurs besoins d'information non pourvus.

- Interrogation par téléphone de 1000 personnes représentatifs des habitants de la métropole âgés de 18 ans ou plus.

🗁 Haut comité à la santé publique

✎ La construction sociale de la perception de la santé

Christine Olm, Pierre Le Quéau
Cahier de recherche n° 128, juin 1999

Inventaire critique des différentes modalités de recueil de la perception de la santé à partir notamment des enquêtes menées par le Crédoc.

✎ La demande de santé des habitants de Vitry sur Seine

Pierre Le Quéau
Octobre 1998

- Interrogation téléphonique de 400 habitants de la commune

🗁 *Ville de Vitry sur Seine (94 – Val de Marne)*

✎ La perception de la santé en France

Pierre Le Quéau, Christine Olm
Rapport n°185, janvier 1998

Mesurer les perceptions des habitants de la métropole en matière de santé, et leurs attentes en qui concerne les politiques de santé

Étudier les évolutions de ces attentes et perceptions par rapport à l'enquête analogue de 1992

- Interrogation par téléphone d'un échantillon de 2000 personnes, représentatif de la population française métropolitaine de plus de 20 ans.

🗁 *Haut Comité de Santé Publique*

✎ Les français et la prévention de l'alcoolisme et du tabagisme : étude des effets de la loi Evin sur la consommation d'alcool et de tabac

Pierre Le Quéau, Pascal HEBEL
Septembre 1998

- Entretiens qualitatifs auprès de 30 personnes
- Enquête quantitative auprès de 2000 individus fumeurs, ex-fumeurs et non fumeurs.
- Analyse lexicale

🗁 Commissariat Général au Plan

✎ La mobilité dans les hôpitaux publics : motivations et réticence du personnel et des établissements

Déc. 1996

🗁 Direction de la Prévision du Ministère de l'Économie et des Finances.

✎ **La santé, un nouveau terrain d'action pour les communes ?**

GROC, M. Legros
Oct. 1995, Collection des Rapport n°165

🗁 Réseau National de Santé Publique

III. INTERROGATIONS

Rouen

Inseraction : social

Hôpital de jour MGEN : sanitaire

Insersanté : social

CPAM sanitaire

Pass psychiatrique sanitaire

Sous direction Seine Maritime

Côte d'Or

Pass CHU Dijon

CODES sanitaire

CHRS postcure social

Emmaüs social

CPAM sanitaire

Marseille

Médecin pôle santé RMI Bouches du Rhône

Pass Aubagne

Pass des Hôpitaux du Sud

Coordination RMI

Association pour la Réadaptation Sociale social

Responsable d'un espace d'accueil pour les allocataires du RMI sur deux arrondissements marseillais

Association pour la réadaptation sociale à Marseille, directrice d'un centre maternel

Médecin et infirmière bénévoles dans une communauté Emmaüs.

III.1 Les liens entre l'âge et l'état de santé

Âge et perception de la santé[80]

Santé	Moins de 30 ans	De 30 ans à 39 ans	De 40 ans à 49 ans	50 ans et plus	Ensemble
Vous êtes en bonne santé	**38% ++**	35%	26%	**17% - -**	485
Cela peut vous arriver d'être malade, comme tt le monde	**47% +**	44%	42%	**29% - -**	676
Vous êtes très souvent malade, fatigué	12%	13%	21%	**28% ++**	321
Ne peut rien faire à cause état de santé	**2% - -**	7%	10%	**21% ++**	178
Autre	1%	1%	2%	4%	37
Total %	**100%**	**100%**	**100%**	**100%**	
Effectifs	**282**	**531**	**436**	**448**	**1697**

Source : enquêtes CREDOC sur le RMI. Non Réponses=2

Guide de lecture : parmi les individus de moins de 30 ans, 38% se disent en bonne santé, contre seulement 17% parmi les plus de 50 ans

Âge et maladies "graves"

Avez-vous connu ou connaissez vous de gros problèmes de santé ?	Moins de 30 ans	De 30 ans à 39 ans	De 40 ans à 49 ans	50 ans et plus	ensemble
Oui, mais c'est sans rapport avec les circonstances	16%	21%	28%	34%	426
Oui, et c'est en rapport avec la situation (RMI)	6%	11%	14%	22%	228
Non	79%	69%	58%	44%	1037
Total %	**100%**	**100%**	**100%**	**100%**	
Effectifs	**280**	**530**	**436**	**445**	**1691**

Source : enquêtes CREDOC sur le RMI. Non Réponses=8

Guide de lecture : parmi les individus de moins de 30 ans, 38% se disent en bonne santé, contre seulement 17% parmi les plus de 50 ans

III.2 Le croisement des classes de la typologie *insertion* avec la typologie *santé*

Lecture du tableau :

Dans chaque case, la première ligne donne les effectifs réellement observés sur notre échantillon. La deuxième ligne est l'effectif théorique, celui que l'on devrait avoir si les deux variables était indépendantes. La troisième ligne mesure donc l'écart entre les effectifs théoriques et empiriques.

La quatrième ligne stipule le poids joué par la cellule dans la déviation totale.

[80] L'utilisation des caractères en gras indique une différence significative entre les réponses données par les personnes de la colonne concernée, et celles de l'ensembles de la population. Les signes + ou – indiquent le sens de ces différences.

Enfin les trois dernières lignes donnent les pourcentages "classiques" des effectifs de la cellule par rapport à la population totale, en ligne et en colonne.

Fréquence , clsant(classification domaine santé)	clinser(classes domaine insertion)								
Requis(e) ,									
Écart ,									
Cell. Khi-2 ,									
Pourcentage ,									
Pourct. en ligne,									
Pourct. en col. ,	1,	2,	3,	4,	5,	6,	7,	8,	9, Total
1 ,	75 ,	38 ,	56 ,	54 ,	33 ,	27 ,	17 ,	29 ,	3 , 332
,	60.45 ,	33.319 ,	51.168 ,	55.452 ,	36.175 ,	21.895 ,	15.708 ,	38.793 ,	19.039 ,
,	14.55 ,	4.681 ,	4.8315 ,	-1.452 ,	-3.175 ,	5.1047 ,	1.2925 ,	-9.793 ,	-16.04 ,
,	3.502 ,	0.6576 ,	0.4562 ,	0.038 ,	0.2786 ,	1.1901 ,	0.1063 ,	2.4721 ,	13.512 ,
,	5.38 ,	2.72 ,	4.01 ,	3.87 ,	2.37 ,	1.94 ,	1.22 ,	2.08 ,	0.22 , 23.80
,	22.59 ,	11.45 ,	16.87 ,	16.27 ,	9.94 ,	8.13 ,	5.12 ,	8.73 ,	0.90 ,
,	29.53 ,	27.14 ,	26.05 ,	23.18 ,	21.71 ,	29.35 ,	25.76 ,	17.79 ,	3.75 ,
2 ,	89 ,	40 ,	75 ,	57 ,	47 ,	33 ,	22 ,	40 ,	7 , 410
,	74.652 ,	41.147 ,	63.19 ,	68.48 ,	44.674 ,	27.039 ,	19.398 ,	47.907 ,	23.513 ,
,	14.348 ,	-1.147 ,	11.81 ,	-11.48 ,	2.3262 ,	5.9606 ,	2.6022 ,	-7.907 ,	-16.51 ,
,	2.7575 ,	0.032 ,	2.2073 ,	1.9246 ,	0.1211 ,	1.3139 ,	0.3491 ,	1.305 ,	11.597 ,
,	6.38 ,	2.87 ,	5.38 ,	4.09 ,	3.37 ,	2.37 ,	1.58 ,	2.87 ,	0.50 , 29.39
,	21.71 ,	9.76 ,	18.29 ,	13.90 ,	11.46 ,	8.05 ,	5.37 ,	9.76 ,	1.71 ,
,	35.04 ,	28.57 ,	34.88 ,	24.46 ,	30.92 ,	35.87 ,	33.33 ,	24.54 ,	8.75 ,
3 ,	56 ,	34 ,	50 ,	59 ,	39 ,	16 ,	14 ,	37 ,	12 , 317
,	57.719 ,	31.814 ,	48.857 ,	52.947 ,	34.541 ,	20.906 ,	14.998 ,	37.04 ,	18.179 ,
,	-1.719 ,	2.1864 ,	1.1434 ,	6.053 ,	4.4595 ,	-4.906 ,	-0.998 ,	-0.04 ,	-6.179 ,
,	0.0512 ,	0.1503 ,	0.0268 ,	0.692 ,	0.5758 ,	1.1513 ,	0.0664 ,	435E-7 ,	2.1003 ,
,	4.01 ,	2.44 ,	3.58 ,	4.23 ,	2.80 ,	1.15 ,	1.00 ,	2.65 ,	0.86 , 22.72
,	17.67 ,	10.73 ,	15.77 ,	18.61 ,	12.30 ,	5.05 ,	4.42 ,	11.67 ,	3.79 ,
,	22.05 ,	24.29 ,	23.26 ,	25.32 ,	25.66 ,	17.39 ,	21.21 ,	22.70 ,	15.00 ,
4 ,	8 ,	12 ,	11 ,	30 ,	18 ,	2 ,	4 ,	30 ,	40 , 155
,	28.222 ,	15.556 ,	23.889 ,	25.889 ,	16.889 ,	10.222 ,	7.3333 ,	18.111 ,	8.8889 ,
,	-20.22 ,	-3.556 ,	-12.89 ,	4.1111 ,	1.1111 ,	-8.222 ,	-3.333 ,	11.889 ,	31.111 ,
,	14.49 ,	0.8127 ,	6.954 ,	0.6528 ,	0.0731 ,	6.6135 ,	1.5152 ,	7.8044 ,	108.89 ,
,	0.57 ,	0.86 ,	0.79 ,	2.15 ,	1.29 ,	0.14 ,	0.29 ,	2.15 ,	2.87 , 11.11
,	5.16 ,	7.74 ,	7.10 ,	19.35 ,	11.61 ,	1.29 ,	2.58 ,	19.35 ,	25.81 ,
,	3.15 ,	8.57 ,	5.12 ,	12.88 ,	11.84 ,	2.17 ,	6.06 ,	18.40 ,	50.00 ,
5 ,	26 ,	16 ,	23 ,	33 ,	15 ,	14 ,	9 ,	27 ,	18 , 181
,	32.956 ,	18.165 ,	27.896 ,	30.232 ,	19.722 ,	11.937 ,	8.5634 ,	21.149 ,	10.38 ,
,	-6.956 ,	-2.165 ,	-4.896 ,	2.7685 ,	-4.722 ,	2.0631 ,	0.4366 ,	5.8509 ,	7.6201 ,
,	1.4683 ,	0.258 ,	0.8593 ,	0.2535 ,	1.1305 ,	0.3566 ,	0.0223 ,	1.6186 ,	5.594 ,
,	1.86 ,	1.15 ,	1.65 ,	2.37 ,	1.08 ,	1.00 ,	0.65 ,	1.94 ,	1.29 , 12.97
,	14.36 ,	8.84 ,	12.71 ,	18.23 ,	8.29 ,	7.73 ,	4.97 ,	14.92 ,	9.94 ,
,	10.24 ,	11.43 ,	10.70 ,	14.16 ,	9.87 ,	15.22 ,	13.64 ,	16.56 ,	22.50 ,
Total	254	140	215	233	152	92	66	163	80 1395
	18.21	10.04	15.41	16.70	10.90	6.59	4.73	11.68	5.73 100.00

La procédure FREQ

Statistiques pour table de clsant par clinser

Statistique	DDL	Valeur	Prob.
Khi-2	32	208.0000	<.0001
Test du rapport de vraisemblance	32	178.1742	<.0001
Khi-2 de Mantel-Haenszel	1	56.6448	<.0001
Coefficient Phi		0.3861	
Coefficient de contingence		0.3602	
V de Cramer		0.1931	

Taille de l'échantillon = 1395

III.3 Les résultats des régressions sur la situation des allocataires du RMI[81]

Lecture des tableaux :

Les colonnes Logit et Probit présentent des chiffres quasiment identiques qui sont le résultats de deux méthodes différentes de calcul. Le lecteur peut indifféremment lire l'une ou l'autre : la comparaison des deux a essentiellement un intérêt théorique (pour vérification).

La probabilité donnée pour la valeur *Intercep* est celle pour l'individu de référence d'avoir répondu oui à la variable expliquée. Par exemple, pour le premier tableau, l'individu de référence a 17% de chances de répondre Oui à la question "Avez vous déjà eu de gros problèmes de santé ?".

Les caractéristiques de l'individu de référence :

Il s'agit d'un homme, entre 40 et 50 ans, vivant en couple, qui a demandé le RMI suite à une perte ou diminution d'allocations. Il n'a jamais signé de contrat d'insertion, a un diplôme de niveau BEPC. Il a de la famille ou des amis et vit en location.

- Pour les régressions qui utilisent la situation professionnelle comme facteur explicatif, l'individu de référence travaille et a régulièrement travaillé au long de sa vie.
- Pour les régressions qui font intervenir les variables sur l'état de santé, on prend comme référence une personne qui n'a jamais eu de graves problèmes de santé et qui considère qu' "il peut [lui] arriver d'être malade, comme tout le monde".

[81] Ne figurent que les probabilités issues des estimations significatives au seuil de 5%.

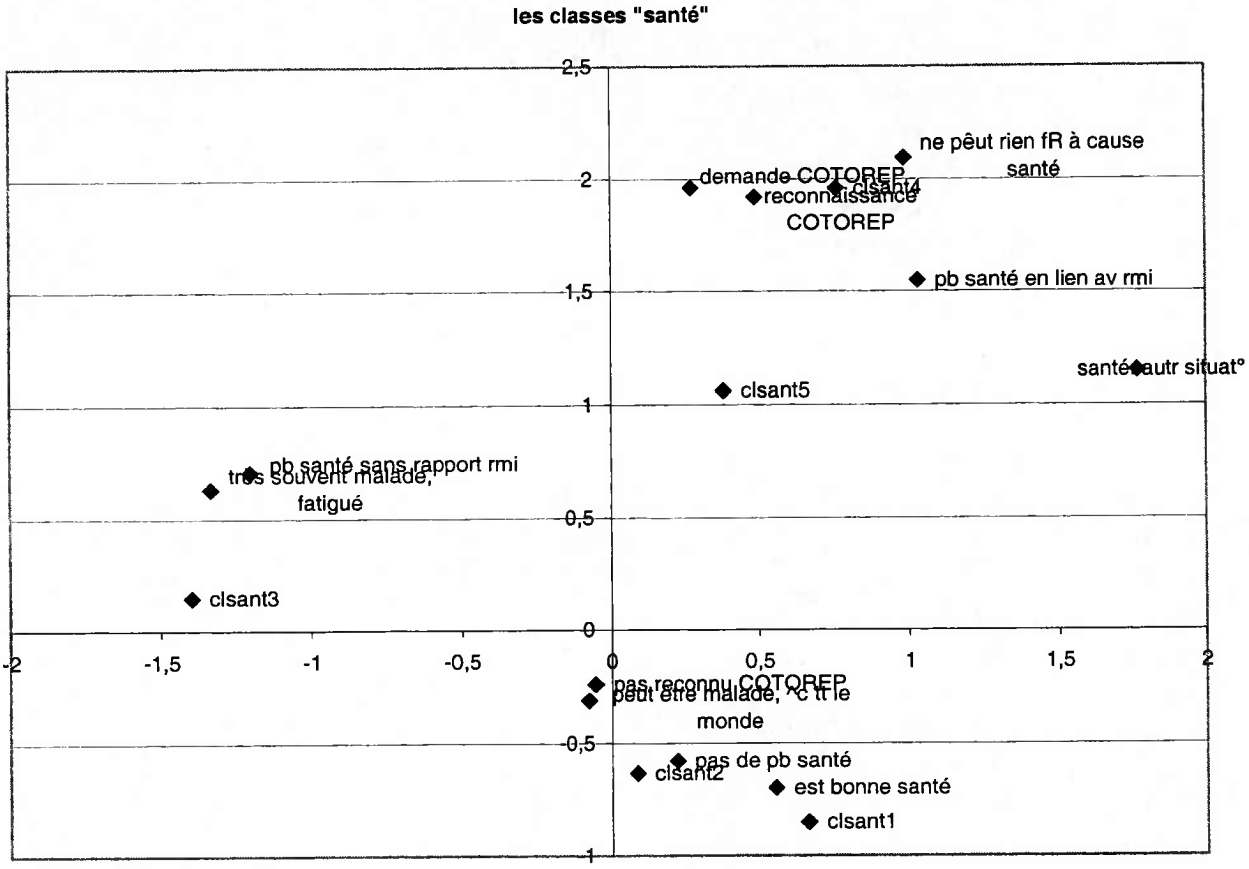
	Déclarer de graves maladies	LOGIT	PROBIT
Intercept	intercep	17%	17%
ag20	moins de 30 ans	11%	10%
ag30	de 30 à 40 ans	11%	11%
ag50	plus de 50 ans	25%	25%
causermi1	dem rmi perte d emploi, stage, fin assedic		
causermi2	dem rmi difficultes pour premier emploi		
causermi3	dem rmi separation, evnmt familial	22%	22%
causermi5	dem rmi Vous veniez d avoir 25 ans		
causermi6	dem rmi Pb de santé	39%	39%
causermi7	dem rmi Autres raisons		
celib	célibataire	22%	23%
monop	monoparental		
contra1	signe au moins 1 CI	22%	22%
contra2	signe plusieurs CI	21%	21%
diplome1	0 diplôme		
diplome2	CEP		
diplome3	BEPC,		
diplome4	CAP-BEP		
diplome6	1er cycle		
diplome7	2-3ème cycle		
diplome8	Autre diplôme		
femme			
isol	isolé (pas de famille ni amis)		
logenow1	Propriétaire		
logenow2	Locat HLM		
logenow5	Héberg famille amis		
logenow6	Héberg précaire		
pas_tel			
permis2	pas permis		
situat2	en stage forma°	24%	24%
situat3	recherche travail/formation	22%	22%
situat5	invalidité,AAH, longue maladie	70%	69%
situat7	Au foyer		
situat8	Autre situa profess	25%	25%
passprof2	W puis chôm		
passprof3	W puis chomage/emploi		
passprof4	chôm puis qqs emploi		
passprof5	a cessé Wer ô raison	28%	28%
passprof6	jamais travaillé		

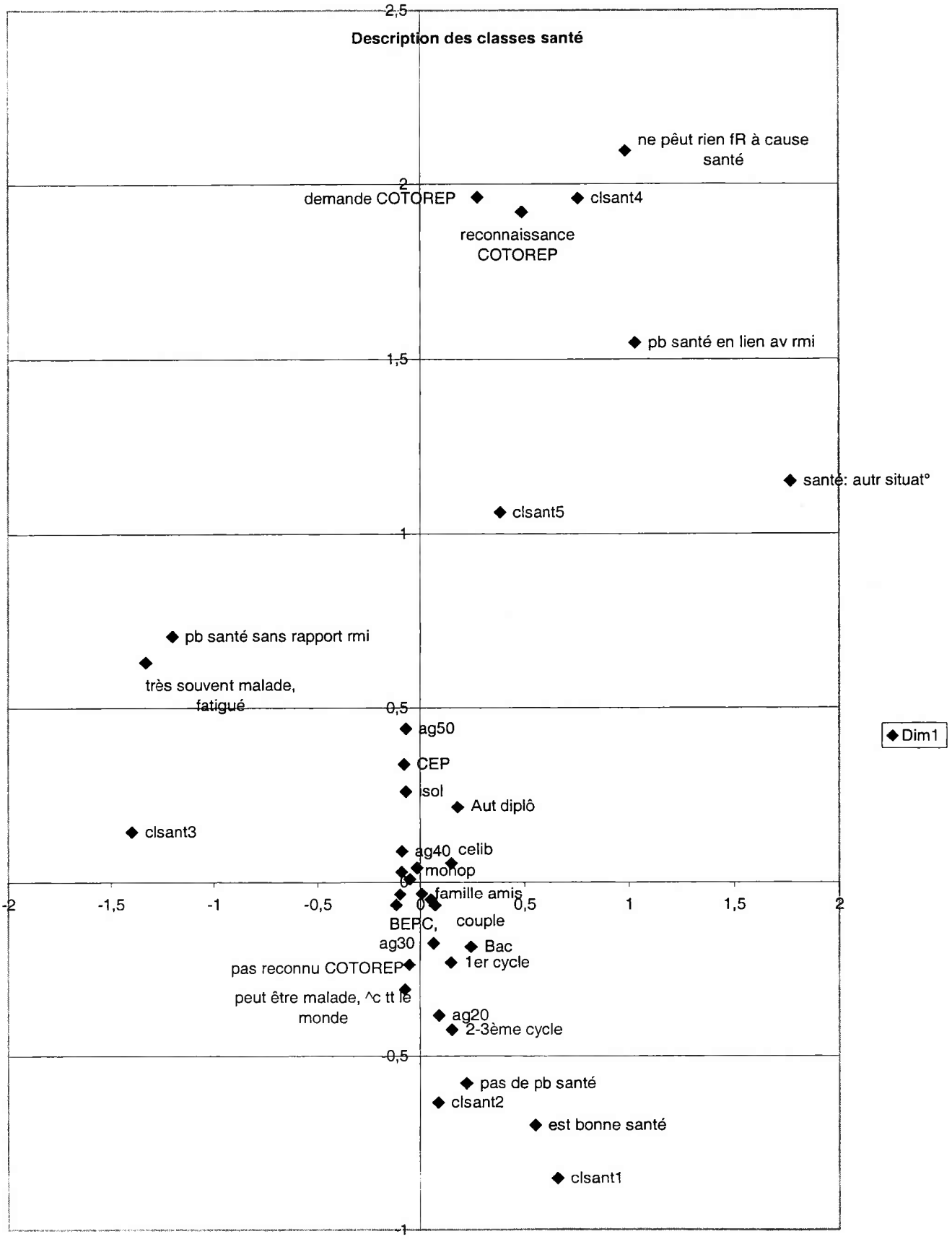
	Variables expliquées :	Très souvent malade et fatigué		Ne peut rien faire à cause état de santé	
		LOGIT	PROBIT	LOGIT	PROBIT
Intercept	intercep	2%	1%	4%	4%
ag20	moins de 30 ans			1%	1%
ag30	de 30 à 40 ans	1%	1%		
ag50	plus de 50 ans	3%	2%	9%	10%
causermi1	dem rmi perte d emploi, stage, fin assedic				
causermi2	dem rmi difficultes pour premier emploi				
causermi3	dem rmi separation, evnmt familial				
causermi5	dem rmi Vous veniez d avoir 25 ans				
causermi6	dem rmi Pb de santé	5%	4%	13%	14%
causermi7	dem rmi Autres raisons				
celib	célibataire				
monop	monoparental				
contra1	signe au moins 1 CI				
contra2	signe plusieurs CI				
diplome1	0 diplôme	4%	3%		
diplome2	CEP				
diplome3	BEPC,				
diplome4	CAP-BEP				
diplome6	1er cycle				
diplome7	2-3ème cycle				
diplome8	Aut diplô	4%	4%		
femme		3%	3%	3%	2%
isol	isolé (pas de famille ni amis)			8%	8%
logenow1	Propriétaire	3%			
logenow2	Locat HLM				
logenow5	Héberg famille amis				
logenow6	Héberg précaire				
pas_tel					
permis2	pas permis				
situat2	en stage forma°	5%	5%		
situat3	recherche travail/formation	4%	4%		
situat5	invalidité,AAH, longue maladie				
situat7	Au foyer	5%	5%		
situat8	Autre situa profess				
passprof2	W puis chôm				
passprof3	W puis chomage/emploi				
passprof4	chôm puis qqs emploi				
passprof5	a cessé Wer ô raison				
passprof6	jamais travaillé				

	Variables expliquées :	Être au foyer		N'avoir jamais travaillé	
		LOGIT	PROBIT	LOGIT	PROBIT
Intercept	intercep	4%	4%	4%	4%
ag20	moins de 30 ans			19%	19%
ag30	de 30 à 40 ans			10%	10%
ag50	plus de 50 ans	8%	9%	9%	9%
causermi1	dem rmi perte d emploi, stage, fin assedic	2%	1%	1%	0%
causermi2	dem rmi difficultes pour premier emploi			15%	17%
causermi3	dem rmi separation, evnmt familial				
causermi5	dem rmi Vous veniez d avoir 25 ans	1%	1%		
causermi6	dem rmi Pb de santé	1%	1%		
causermi7	dem rmi Autres raisons				
celib	célibataire	2%	2%	2%	2%
monop	monoparental	2%	2%	2%	2%
contra1	signe au moins 1 CI	2%	1%		
contra2	signe plusieurs CI	2%	1%		
diplome1	0 diplôme				
diplome2	CEP				1%
diplome3	BEPC,			2%	1%
diplome4	CAP-BEP			1%	0%
diplome6	1er cycle				
diplome7	2-3ème cycle				
diplome8	Aut diplô				
femme		14%	15%	13%	15%
isol	isolé (pas de famille ni amis)			11%	12%
logenow1	Propriétaire				
logenow2	Locat HLM				
logenow5	Héberg famille amis			10%	10%
logenow6	Héberg précaire			12%	15%
pas_tel	Pas de téléphone				
permis2	pas permis	6%	6%	8%	8%
sant1	en bonne santé				
sant3	se sent très souvent malade ou fatigué	8%	9%		
sant4	ne rien pouvoir faire à cause de sa santé	10%	11%		
sant5	Autre situation de santé	10%	12%		
pboui1	Pb de santé sans lien avec circonstances	2%	1%		
pboui2	pb de santé en rapport avec situation (RMI)				

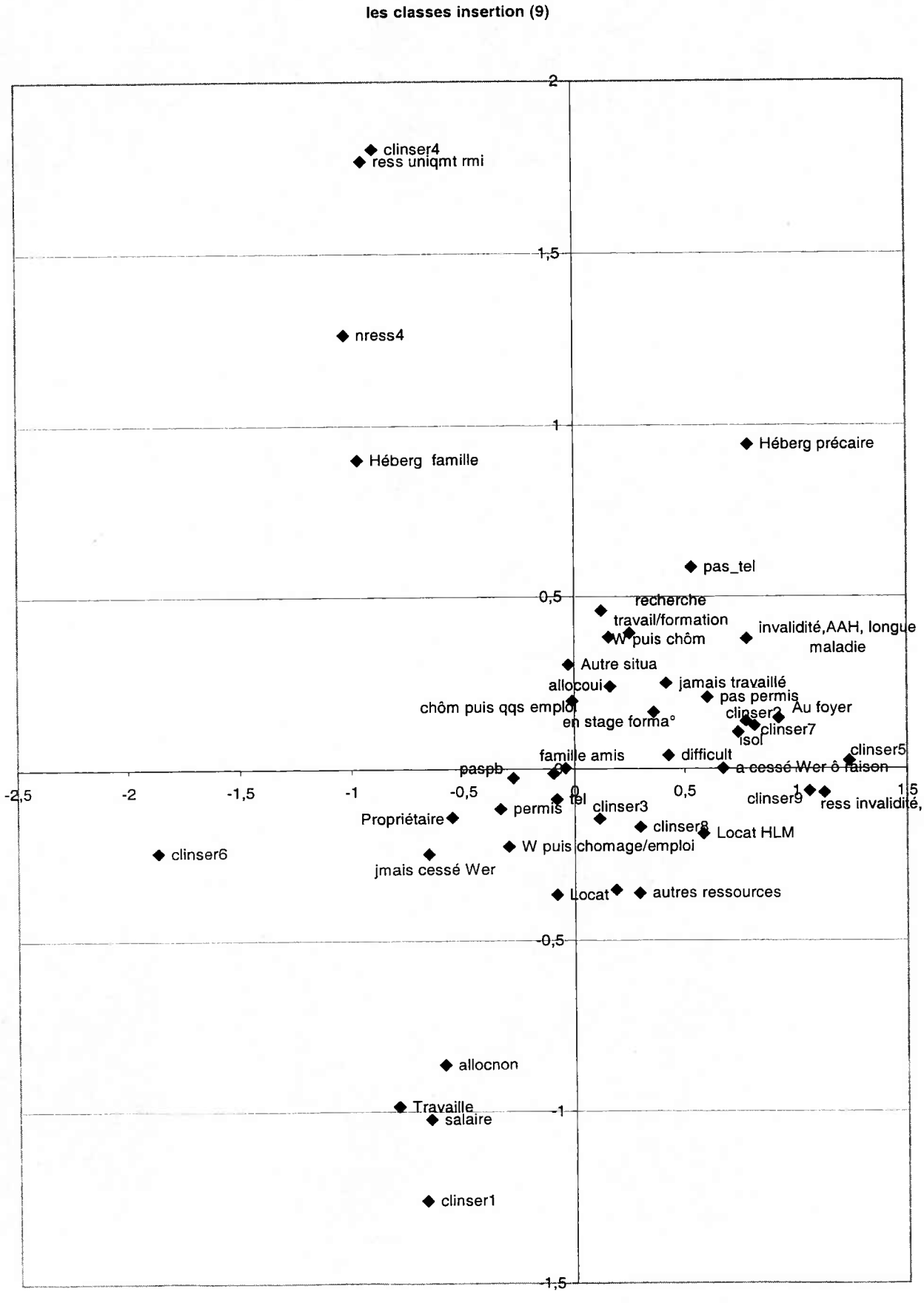
III.4 les typologies

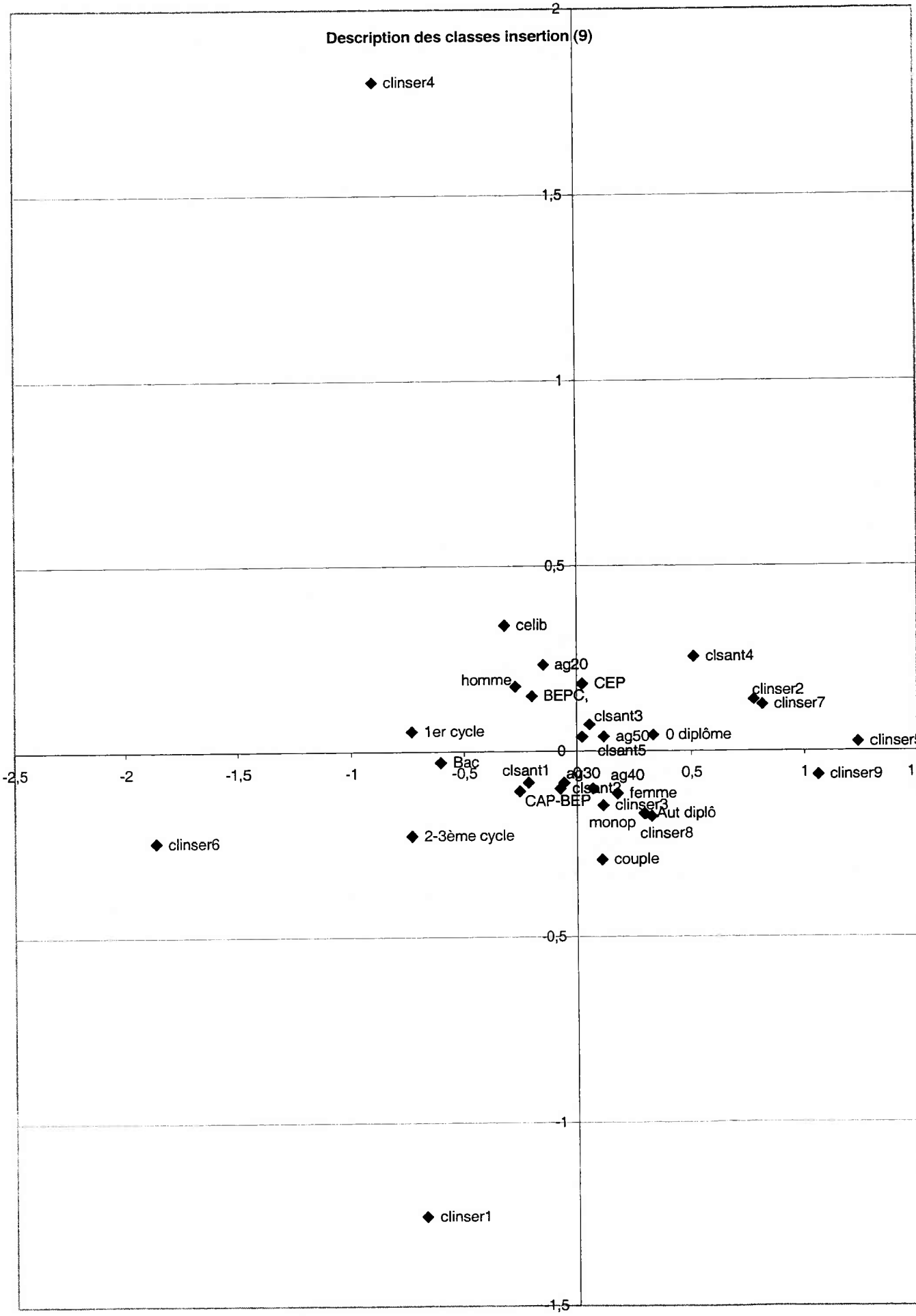
III.4.a la typologie sur la santé




Description des classes santé
ne pêut rien fR à cause santé
demande COTOREP
clsant4
reconnaissance COTOREP
pb santé en lien av rmi
santé: autr situat°
clsant5
pb santé sans rapport rmi
très souvent malade, fatigué
ag50
CEP
sol
Aut diplô
clsant3
ag40
celib
monop
famille amis
couple
BEPC,
ag30
Bac
1er cycle
pas reconnu COTOREP
peut être malade, ^c tt le monde
ag20
2-3ème cycle
pas de pb santé
clsant2
est bonne santé
clsant1
Dim1
2,5
2
1,5
1
0,5
0
-0,5
-1
-2
-1,5
0,5
1
1,5

III.4.b La typologie sur l'insertion




Description des classes insertion (9)
clinser4
celib
clsant4
ag20
homme
CEP
clinser2
clinser7
BEPC
clsant3
1er cycle
ag50
0 diplôme
clinser5
clsant5
Bac
clsant1
ag30
ag40
clinser9
femme
CAP-BEP
clinser3
Aut diplô
monop
clinser8
clinser6
2-3ème cycle
couple
clinser1
2
1,5
1
0,5
0
-0,5
-1
-1,5
-2,5
-2
-1,5
-1
-0,5
0,5
1
1,5

III.5 Résultats des régressions sur les déterminants des dépenses de santé

variable expliquée : dépenses de santé		PROBIT		TOBIT
Les variables explicatives :		paramètre	probabilité d'avoir des dépenses	Impact sur montant des dépenses
	Intercept : assoui=1	0,3674	64%	4,4277
revuc01	moins de 640€ par uc	-0,5160	44%	-60,5148
revuc02	de 640€ à 800€ par uc	-0,2333	55%	-15,3773
revuc03	de 800€ à 950€	-0,1358	59%	
revuc04	de 950 à 1080€	-0,1073*	60%*	
revuc05	de 1080€ à 1220€	-0,1043*	60%*	23,4579
revuc07	de 1390 à 1600€	-0,1372	59%	42,047
revuc08	de 1600 à 1920€			-79,3984
revuc09	de 1920€ à 2490€			33,4004
revuc10	plus de 2490€			
depsoc1	0 revenu social	-0,1145	60%	
depsoc3	plus de 50% d'aides sociales ds rev total	-0,1721	58%	
csp1	agriculteurs exploitants			
csp2	artisans, commerçants, chefs d'entreprise			23,0385
csp3	cadres, professions libérales			
csp4	professions intermédiaires			-12,3144
csp6	ouvriers			-16,376*
csp7	retraités	0,2091	72%	-22,2668
csp8	autres personnes sans activité professionnelle	0,1716	71%	
age1	moins de 25 ans	-0,3085	52%	
age2	de 25 à moins de 35 ans			
age3	de 35 à moins de 45 ans			
age5	de 55 à moins de 65 ans			
age6	de 65 à moins de 75 ans	0,1250*	69%*	
age7	75 ans et plus	0,2383	73%	12,6675
dipl0	aucun diplôme	-0,1151	60%	58,7356
dipl1	diplôme de niveau Certificat d'études			-64,6514
dipl2	diplôme de niveau CAP BEP			-35,2827
dipl4	diplôme de niveau BAC technique			-21,1418
dipl5	diplôme de niveau BAC	0,1394	69%	
dipl6	diplôme de niveau BAC + 2			
dipl7	diplôme de niveau supérieur ou égal à BAC + 3			
femme		0,3627	77%	
celib		-0,6544	39%	19,3312
enf		0,2571	73%	24,3974

variable expliquée : dépenses de produits pharmaceutiques		**PROBIT**		**TOBIT**	
Les variables explicatives :		paramètre	probabilité d'avoir des dépenses	paramètre	variation du montant des dépenses
	Intercept : assoui=1	-0,5975	28%	-56,3877	
revuc01	moins de 640€ par uc	-0,3953	16%	-27,3092	-48%
revuc02	de 640€ à 800€ par uc	-0,2489	20%	-19,2091	-34%
revuc03	de 800€ à 950€			-7,3673*	-13%*
revuc04	de 950 à 1080€				
revuc05	de 1080€ à 1220€				
revuc07	de 1390 à 1600€				
revuc08	de 1600 à 1920€			9,6676	17%
revuc09	de 1920€ à 2490€	0,1069*	31%*		
revuc10	plus de 2490€	0,2248	35%	15,5866	28%
depsoc1	0 revenu social				
depsoc3	plus de 50% d'aides sociales ds rev total				
csp1	agriculteurs exploitants				
csp2	artisans, commerçants, chefs d'entreprise				
csp3	cadres, professions libérales	0,1186*	32%*	8,0625*	14%*
csp4	professions intermédiaires	0,1558	33%	10,7463	19%
csp6	ouvriers				
csp7	retraités	0,1698	33%	11,7987	21%
csp8	autres personnes sans activité professionnelle	0,1405*	32%*		
age1	moins de 25 ans				
age2	de 25 à moins de 35 ans				
age3	de 35 à moins de 45 ans				
age5	de 55 à moins de 65 ans				
age6	de 65 à moins de 75 ans				
age7	75 ans et plus			12,364	22%
dipl0	aucun diplôme	-0,1141	24%	-7,8839	-14%
dipl1	diplôme de niveau Certificat d'études				
dipl2	diplôme de niveau CAP BEP				
dipl4	diplôme de niveau BAC technique				
dipl5	diplôme de niveau BAC	0,1453	33%	12,01	21%
dipl6	diplôme de niveau BAC + 2				
dipl7	diplôme de niveau supérieur ou égal à BAC + 3				
femme		0,3670	41%	25,5011	45%
celib		-0,5141	13%	-28,6177	-51%
enf		0,1631	33%	5,7034	10%

variable expliquée : dépenses pour matériel thérapeutique		**PROBIT**		**TOBIT**	
Les variables explicatives :		paramètre	probabilité d'avoir des dépenses	paramètre	variation du montant des dépenses
	Intercept : assoui=1	-1,1681	12%	-304,756	
revuc01	moins de 640€ par uc	-0,2493	8%	-61,0346	-20%
revuc02	de 640€ à 800€ par uc	-0,1410*	10%*	-45,7159	-15%
revuc03	de 800€ à 950€			-36,5124	-12%
revuc04	de 950 à 1080€				
revuc05	de 1080€ à 1220€	-0,1307*	10%*	-42,5216	-14%
revuc07	de 1390 à 1600€				
revuc08	de 1600 à 1920€				
revuc09	de 1920€ à 2490€				
revuc10	plus de 2490€	0,1527	15%	35,1257*	12%*
depsoc1	0 revenu social	-0,1325	10%	-34,9648	-11%
depsoc3	plus de 50% d'aides sociales ds rev total				
csp1	agriculteurs exploitants				
csp2	artisans, commerçants, chefs d'entreprise				
csp3	cadres, professions libérales				
csp4	professions intermédiaires				
csp6	ouvriers				
csp7	retraités				
csp8	autres personnes sans activité professionnelle				
age1	moins de 25 ans			-63,2778*	-21%*
age2	de 25 à moins de 35 ans	-0,2425	8%	-71,7602	-24%
age3	de 35 à moins de 45 ans				
age5	de 55 à moins de 65 ans				
age6	de 65 à moins de 75 ans	0,2871	19%	61,8489	20%
age7	75 ans et plus	0,4337	23%	91,2885	30%
dipl0	aucun diplôme	-0,1698	9%	-50,6641	-17%
dipl1	diplôme de niveau Certificat d'études			-31,5851*	-10%*
dipl2	diplôme de niveau CAP BEP				
dipl4	diplôme de niveau BAC technique				
dipl5	diplôme de niveau BAC				
dipl6	diplôme de niveau BAC + 2	-0,1312*	10%*	-37,364*	-12%*
dipl7	diplôme de niveau supérieur ou égal à BAC + 3				
femme				42,0543	14%
celib		-0,3176	7%		
enf		0,2005	17%		

variable expliquée : dépenses en services médicaux		**PROBIT**		**TOBIT**	
Les variables explicatives :		paramètre	probabilité d'avoir des dépenses	paramètre	variation du montant des dépenses
	Intercept : assoui=1	-0,3344	37%	-29,9924	
revuc01	moins de 640€ par uc	-0,3260	25%	-24,4654	-83%
revuc02	de 640€ à 800€ par uc	-0,1319	32%	-11,3749	-38%
revuc03	de 800€ à 950€				
revuc04	de 950 à 1080€				
revuc05	de 1080€ à 1220€				
revuc07	de 1390 à 1600€				
revuc08	de 1600 à 1920€				
revuc09	de 1920€ à 2490€				
revuc10	plus de 2490€				
depsoc1	0 revenu social	-0,1031	33%	-5,5632	-19%
depsoc3	plus de 50% d'aides sociales ds rev total	-0,1026*	33%*		
csp1	agriculteurs exploitants				
csp2	artisans, commerçants, chefs d'entreprise	-0,1873	30%	-13,6678	-46%
csp3	cadres, professions libérales				
csp4	professions intermédiaires				
csp6	ouvriers				
csp7	retraités	0,1438	42%	9,052*	31%*
csp8	autres personnes sans activité professionnelle				
age1	moins de 25 ans	-0,3808	24%	-29,5857	-100%
age2	de 25 à moins de 35 ans			5,922*	20%*
age3	de 35 à moins de 45 ans			5,1471*	17%*
age5	de 55 à moins de 65 ans				
age6	de 65 à moins de 75 ans	0,1330*	42%*	10,1559	34%
age7	75 ans et plus	0,2752	48%	24,0485	81%
dipl0	aucun diplôme				
dipl1	diplôme de niveau Certificat d'études				
dipl2	diplôme de niveau CAP BEP				
dipl4	diplôme de niveau BAC technique				
dipl5	diplôme de niveau BAC				
dipl6	diplôme de niveau BAC + 2				
dipl7	diplôme de niveau supérieur ou égal à BAC + 3				
femme		0,2386	46%	17,2281	58%
celib		-0,5478	19%	-32,6486	-110%
enf		0,2182	45%	8,63	29%

variable expliquée : dépenses pour soins dentaires		**PROBIT**		**TOBIT**	
Les variables explicatives :		paramètre	probabilité d'avoir des dépenses	paramètre	variation du montant des dépenses
	Intercept : assoui=1	-1,6175	5%	-998,883	
revuc01	moins de 640€ par uc	-0,4220	2%	-231,06	-23%
revuc02	de 640€ à 800€ par uc				
revuc03	de 800€ à 950€	-0,1944	3%	-109,764	-11%
revuc04	de 950 à 1080€				
revuc05	de 1080€ à 1220€				
revuc07	de 1390 à 1600€				
revuc08	de 1600 à 1920€	-0,2621	3%	-124,908	-13%
revuc09	de 1920€ à 2490€				
revuc10	plus de 2490€				
depsoc1	0 revenu social				
depsoc3	plus de 50% d'aides sociales ds rev total				
csp1	agriculteurs exploitants				
csp2	artisans, commerçants, chefs d'entreprise				
csp3	cadres, professions libérales				
csp4	professions intermédiaires				
csp6	ouvriers				
csp7	retraités				
csp8	autres personnes sans activité professionnelle				
age1	moins de 25 ans	-0,3130*	3%*	-197,46*	-20%*
age2	de 25 à moins de 35 ans	-0,1884	4%	-113,386	-11%
age3	de 35 à moins de 45 ans				
age5	de 55 à moins de 65 ans				
age6	de 65 à moins de 75 ans				
age7	75 ans et plus	-0,2711	3%		
dipl0	aucun diplôme				
dipl1	diplôme de niveau Certificat d'études				
dipl2	diplôme de niveau CAP BEP				
dipl4	diplôme de niveau BAC technique				
dipl5	diplôme de niveau BAC				
dipl6	diplôme de niveau BAC + 2				
dipl7	diplôme de niveau supérieur ou égal à BAC + 3				
femme		0,2752	9%	144,6402	14%
celib		-0,3407	3%	-178,282	-18%
enf		0,1773	7%	93,2109	9%

variable expliquée : dépenses pour laboratoires et cabinets de radiologie		**PROBIT**		**TOBIT**	
Les variables explicatives :		paramètre	probabilité d'avoir des dépenses	paramètre	variation du montant des dépenses
	Intercept : assoui=1	-1,5807	6%	-250,337	
revuc01	moins de 640€ par uc				
revuc02	de 640€ à 800€ par uc				
revuc03	de 800€ à 950€				
revuc04	de 950 à 1080€				
revuc05	de 1080€ à 1220€				
revuc07	de 1390 à 1600€	0,1579	8%		
revuc08	de 1600 à 1920€	0,1773	8%	24,6966*	10%*
revuc09	de 1920€ à 2490€				
revuc10	plus de 2490€				
depsoc1	0 revenu social				
depsoc3	plus de 50% d'aides sociales ds rev total				
csp1	agriculteurs exploitants				
csp2	artisans, commerçants, chefs d'entreprise				
csp3	cadres, professions libérales				
csp4	professions intermédiaires				
csp6	ouvriers				
csp7	retraités				
csp8	autres personnes sans activité professionnelle				
age1	moins de 25 ans				
age2	de 25 à moins de 35 ans				
age3	de 35 à moins de 45 ans				
age5	de 55 à moins de 65 ans				
age6	de 65 à moins de 75 ans				
age7	75 ans et plus				
dipl0	aucun diplôme	-0,2264	4%	-34,1896	-14%
dipl1	diplôme de niveau Certificat d'études				
dipl2	diplôme de niveau CAP BEP	-0,1164*	4%*		
dipl4	diplôme de niveau BAC technique				
dipl5	diplôme de niveau BAC				
dipl6	diplôme de niveau BAC + 2				
dipl7	diplôme de niveau supérieur ou égal à BAC + 3				
femme		0,2260	9%		
celib		-0,5210	2%		
enf		0,0964*	7%*		

variable expliquée : dépenses pour services hospitaliers		**PROBIT**		**TOBIT**	
Les variables explicatives :		paramètre	probabilité d'avoir des dépenses	paramètre	variation du montant des dépenses
	Intercept : assoui=1	-1,4925	7%	-60,091	
revuc01	moins de 640€ par uc			-7,0033*	-12%*
revuc02	de 640€ à 800€ par uc				
revuc03	de 800€ à 950€				
revuc04	de 950 à 1080€				
revuc05	de 1080€ à 1220€				
revuc07	de 1390 à 1600€				
revuc08	de 1600 à 1920€				
revuc09	de 1920€ à 2490€				
revuc10	plus de 2490€				
depsoc1	0 revenu social	-0,1508	5%	-6,9747	-12%
depsoc3	plus de 50% d'aides sociales ds rev total	0,1865	10%	8,5706	14%
csp1	agriculteurs exploitants				
csp2	artisans, commerçants, chefs d'entreprise				
csp3	cadres, professions libérales				
csp4	professions intermédiaires	-0,1507*	5%*	-7,2993	-12%
csp6	ouvriers				
csp7	retraités				
csp8	autres personnes sans activité professionnelle				
age1	moins de 25 ans	-0,4074	3%	-15,3088	-25%
age2	de 25 à moins de 35 ans	0,1269*	9%*		
age3	de 35 à moins de 45 ans				
age5	de 55 à moins de 65 ans				
age6	de 65 à moins de 75 ans				
age7	75 ans et plus				
dipl0	aucun diplôme				
dipl1	diplôme de niveau Certificat d'études				
dipl2	diplôme de niveau CAP BEP				
dipl4	diplôme de niveau BAC technique				
dipl5	diplôme de niveau BAC	0,1714	9%		
dipl6	diplôme de niveau BAC + 2	0,2038	10%	8,2538	14%
dipl7	diplôme de niveau supérieur ou égal à BAC + 3			8,3681	14%
femme					
celib		-0,3747	3%	-10,5075	-17%
enf		0,0350	7%		

variable expliquée : dépenses en assurances santé		PROBIT		TOBIT	
Les variables explicatives :		paramètre	probabilité d'avoir des dépenses	paramètre	variation du montant des dépenses
	Intercept : assoui=1	1,2833	90%	33,8157	
revuc01	moins de 640€ par uc	-0,8690	66%	-13,9749	-41%
revuc02	de 640€ à 800€ par uc	-0,5708	76%	-8,5474	-25%
revuc03	de 800€ à 950€	-0,2422	85%	-3,8359	-11%
revuc04	de 950 à 1080€				
revuc05	de 1080€ à 1220€				
revuc07	de 1390 à 1600€				
revuc08	de 1600 à 1920€				
revuc09	de 1920€ à 2490€			3,3779	10%
revuc10	plus de 2490€			5,8355	17%
depsoc1	0 revenu social	0,1113	92%	4,4734	13%
depsoc3	plus de 50% d'aides sociales ds rev total	-0,6206	75%	-12,4469	-37%
csp1	agriculteurs exploitants	0,8131	98%	20,707	61%
csp2	artisans, commerçants, chefs d'entreprise	-0,2142	86%	4,5235	13%
csp3	cadres, professions libérales				
csp4	professions intermédiaires				
csp6	ouvriers			-3,0486	-9%
csp7	retraités	0,2562	94%	3,3111	10%
csp8	autres personnes sans activité professionnelle				
age1	moins de 25 ans	-0,3748	82%	-15,6318	-46%
age2	de 25 à moins de 35 ans	-0,1032*	88%*	-6,3693	-19%
age3	de 35 à moins de 45 ans			-2,5051	-7%
age5	de 55 à moins de 65 ans			6,327	19%
age6	de 65 à moins de 75 ans			12,397	37%
age7	75 ans et plus			12,7929	38%
dipl0	aucun diplôme				
dipl1	diplôme de niveau Certificat d'études	0,1466	92%	2,015*	6%*
dipl2	diplôme de niveau CAP BEP	0,1087	92%		
dipl4	diplôme de niveau BAC technique				
dipl5	diplôme de niveau BAC	-0,1257*	88%*		
dipl6	diplôme de niveau BAC + 2	0,1754	93%		
dipl7	diplôme de niveau supérieur ou égal à BAC + 3			2,4682*	7%*
femme		0,2846	94%	4,7919	14%
celib		-0,5391	77%	-12,6019	-37%
enf		0,1273	92%	-2,6248	-8%

III.6 Structure de la consommation des ménages sous le seuil de pauvreté

Les dépenses de consommation des ménages sous le seuil de pauvreté

dépenses de santé en pourcentage de la consommation totale	0%	plus de 50%	Total
c01uc produits alimentaires et boissons non alcoolisées	15%	17%	16%
c02uc boissons alcoolisées et tabac	2%	5%	3%
c03uc articles d'habillement et articles chaussants	4%	6%	5%
c04uc logement, eau, électricité, et combustibles	**16%**	**25%**	20%
c05uc ameublement, équipement et entretien ménager	6%	4%	5%
santuc santé	4%	2%	3%
c07uc transports	8%	9%	9%
c08uc communications	3%	4%	3%
c09uc loisirs et culture	6%	6%	6%
c10uc enseignement	0%	1%	1%
c11uc restaurants et hôtels	5%	5%	5%
c12uc autres biens et services	**11%**	**8%**	10%
c13uc dépenses hors champ de la compta nat	**20%**	**8%**	15%
Total budget consommation	**100%**	**100%**	**100%**
effectifs	**998**	**661**	**1659**

Sources : enquête INSEE Budget des Familles 2001

Guide de lecture : parmi les ménages qui vivent sous le seuil de pauvreté, ceux qui ne bénéficient d'aucune aide sociale consacrent 15% de leur budget à l'achat de produits alimentaires, et 4% à la consommation de produits pour la santé. Les ménages dont le revenu est composé pour plus de la moitié de prestations sociales consacrent 17% de leur budget aux produits alimentaires, et 2% aux produits pour la santé.

IV. L'IMPACT DE LA PRÉCARITÉ SUR LES COMPORTEMENTS SANITAIRES

Le tableau de l'état de santé des allocataires du RMI dressé précédemment a fait ressortir des liens étroits entre la précarité sociale et les problèmes sanitaires. Puisque l'état de santé des personnes précaires semble effectivement dégradé, il convient de se demander si cette situation a un impact sur la consommation de produits "sanitaires" (consultations, médicaments, etc.)

Les individus les plus démunis dépensent-ils plus que les autres pour faire face à cet état de santé plus mauvais ? Ou au contraire, est-ce parce qu'ils accordent moins d'importance à la consommation de soins que leur santé se dégrade ?

Cette partie a pour objet de décrire, ente ces deux situations types, les comportements spécifiques des populations pauvres tant en matière de prévention, que d'accès aux soins ou de dépenses pour la santé.

IV.1 Les déterminants individuels des dépenses de santé

Avant de s'intéresser spécifiquement aux comportements des plus démunis en matière de santé, il convient de rappeler quels facteurs influencent les dépenses de soins.

Un lien évident peut être mis en exergue entre le niveau de revenu et le montant des dépenses de santé.

Mais ce lien mérite d'être explicité. En effet, le salaire et le niveau de revenu sont étroitement liés à d'autres variables plus socioculturelles, telles que l'âge, le niveau de diplôme, la Catégorie SocioProfessionnelle.

Ces différentes variables ne sont pas indépendantes, et il est difficile de déduire laquelle influe sur les dépenses de santé. Il faut tenir compte des corrélations entre les différentes caractéristiques (âge, CSP, sexe, diplôme, logement..), ce que ne permettrait pas une simple analyse descriptive. Seule une analyse "toutes choses égales par ailleurs[82]" permet d'isoler l'influence propre à chaque facteur.

Un modèle de type TOBIT sert à **estimer** à la fois la **probabilité d'avoir recours aux soins** et le **montant des dépenses** s'il y a consommation. Le modèle TOBIT peut être considéré comme un intermédiaire entre un modèle qualitatif et un modèle quantitatif traditionnel.

[82] Voir étude de J.P. Zoyem (INSEE), "*Contrats d'insertion et sortie du RMI, évaluation des effets d'une politique sociale*", collection Économie et Statistiques N° 346-347, 2001-6/7.

Méthodologie : le modèle TOBIT

On souhaite expliquer une variable Y (les dépenses de santé) ne pouvant prendre que des valeurs positives. Un modèle linéaire du type $Y_i = X'_i.b + U_i$ n'est donc pas le plus approprié, Y pouvant a priori prendre des valeurs de signe quelconque.

On considère alors qu'il existe une variable latente Y* telle que :

$Y_i = 0$ si $Y^*_i <= 0$

$Y_i = Y^*_i$ si $Y^*_i > 0$

$Y_i = X'_i.b + U_i$, où : U_i est un résidu aléatoire suivant une loi normale $N(0, \sigma^2)$

Espérance de Y* (= espérance de Y pour les valeurs au dessus de la limite) :

$E(Y_i^*) = E(Y_i / X_i, Y_i > 0)$

$= X'_i.b + \sigma . f(X'_i\, b/\sigma) / F(X'_i\, b/\sigma)$ avec : f(z) = fonction de densité de la loi N(0,1)

F(z) = fonction de répartition de la loi N(0,1)

Espérance de Y :

$E(Y_i / X_i) = X'_i\, b.F(X'_i\, b/\sigma) + \sigma.f(X'_i\, b/\sigma)$

$= F(X'_i\, b/\sigma) . [X'_i.b + \sigma.f(X'_i\, b/\sigma) / F(X'_i\, b/\sigma)]$

$= P(Y_i > 0).E(Y_i / X_i, Y_i > 0)$

$= F(X'_i\, b/\sigma) .E(Y_i^*)$

Impact de la variation d'un facteur explicatif (δX_i) :

$\delta E(Y_i / X_i) / \delta X_i = P(Y_i > 0). \delta E(Y_i / X_i, Y_i > 0) / \delta X_i + E(Y_i / X_i, Y_i > 0). \delta P(Y_i > 0) / \delta X_i$

Cette dernière équation traduit le fait que toute variation d'un facteur explicatif exerce une double influence : une sur le montant des dépenses consacrées à la santé, l'autre sur la probabilité d'avoir recours aux soins.

Ici, le premier effet correspond à la moyenne conditionnelle dans la partie positive de la distribution.

Le deuxième terme de l'équation représente l'impact sur la probabilité qu'une observation soit effectivement dans la partie positive de la distribution.

Pour l'estimation des effets du revenu, de la CSP et des aides sociales sur la consommation de biens de santé, nous utilisons donc ce modèle TOBIT, avec une régression unique sur tout l'échantillon en tenant compte de la censure pour la variable dépendante. On aurait également pu envisager de mener l'investigation sur les seules fréquences positives en corrigeant alors le biais de sélection suivant la méthode de Heckman (1979), mais une utilisation judicieuse de la procédure LIFEREG de SAS s'avère bien adaptée.

variable expliquée : dépenses de santé		**PROBIT**		**TOBIT**
Les variables explicatives :		paramètre	probabilité d'avoir des dépenses	Impact sur montant des dépenses
	Intercept : assoui=1	0,3674	64%	4,4277
revuc01	moins de 640€ par uc	-0,5160	44%	-60,5148
revuc02	de 640€ à 800€ par uc	-0,2333	55%	-15,3773
revuc03	de 800€ à 950€	-0,1358	59%	
revuc04	de 950 à 1080€	-0,1073*	60%*	
revuc05	de 1080€ à 1220€	-0,1043*	60%*	23,4579
revuc07	de 1390 à 1600€	-0,1372	59%	42,047
revuc08	de 1600 à 1920€			-79,3984
revuc09	de 1920€ à 2490€			33,4004
revuc10	plus de 2490€			
depsoc1	0 revenu social	-0,1145	60%	
depsoc3	+ de 50% de revenus soc dans rev total	-0,1721	58%	
csp1	agriculteurs exploitants			
csp2	artisans, commerçants, chefs d'entreprise			23,0385
csp3	cadres, professions libérales			
csp4	professions intermédiaires			-12,3144
csp6	ouvriers			-16,376*
csp7	retraités	0,2091	72%	-22,2668
csp8	autres personnes sans activité professionnelle	0,1716	71%	
age1	moins de 25 ans	-0,3085	52%	
age2	de 25 à moins de 35 ans			
age3	de 35 à moins de 45 ans			
age5	de 55 à moins de 65 ans			
age6	de 65 à moins de 75 ans	0,1250*	69%*	
age7	75 ans et plus	0,2383	73%	12,6675

dipl0	aucun diplôme	-0,1151	60%	58,7356
dipl1	diplôme de niveau Certificat d'études			-64,6514
dipl2	diplôme de niveau CAP BEP			-35,2827
dipl4	diplôme de niveau BAC technique			-21,1418
dipl5	diplôme de niveau BAC	0,1394	69%	
dipl6	diplôme de niveau BAC + 2			
dipl7	diplôme de niveau supérieur ou égal à BAC + 3			
femme		0,3627	77%	
celib		-0,6544	39%	19,3312
enf	avoir au moins un enfant	0,2571	73%	24,3974

Source : enquête Budget des Familles 2001 de l'INSEE / traitement CREDOC

*Guide de lecture : L'individu "type" pris comme référence est un homme, entre 45 et 55 ans, marié, sans enfant, employé, qui perçoit entre 1220€ et 1390€ par mois. Il reçoit des aides sociales représentant moins de la moitié de ses ressources totales. (les valeurs sont significatives au seuil 5%, et au seuil 10% si *)*

Les régressions pour chaque poste de dépenses de santé (produits pharmaceutiques, soins médicaux, hospitaliers, assurances santé, etc.) sont présentées en annexe.

IV.1.a Les caractéristiques individuelles

♦ être une femme

Les femmes ont plus fréquemment recours aux soins que les hommes, et dépensent globalement plus que leurs homologues masculins.

On retrouve cet effet sexe pour quasiment tous les postes de dépenses santé (produits pharmaceutiques, services médicaux, dentaires, assurances).

Le montant de la consommation de services auprès des **laboratoires d'analyse médicale** et des cabinets de **radiologie** est **le même pour un homme et une femme**. En outre, on note que **les dépenses hospitalières ne différent pas non plus selon le sexe.**

♦ avoir des enfants (au moins un)

Le fait d'être parent **augmente tout d'abord la probabilité de consommer des services *santé*** au cours de l'année, et les montants (lorsque dépense il y a) sont également plus importants. Ceci peut s'expliquer par le fait que le montant des dépenses santé pour la petite enfance est élevé. L'arrivée d'un enfant dans la

famille aura donc tendance à augmenter les dépenses consacrées à la santé par unité de consommation dans le ménage.

Toutefois, cet effet est notable surtout pour le premier enfant. Selon une étude de la DRESS[83], il semble qu' à partir de 6 personnes dans le ménage, les consommations de soins ambulatoires et de médicaments diminuent avec le nombre d'enfants. Il ressort que **les familles nombreuses consomment moins de soins** (par unité de consommation), phénomène qui pourrait en partie s'expliquer par des pratiques **d'automédication** plus répandues…

♦ L'effet âge

Les dépenses individuelles de soins, et surtout de médicaments sont globalement croissantes avec l'âge (à l'exception de la petite enfance[13]).

Certains postes de dépenses sont plus sensibles que d'autres à l'âge.

Ainsi, la probabilité d'acheter du matériel thérapeutique, de consommer des services médicaux, d'aller chez le dentiste, ou d'utiliser un service hospitalier est moindre chez les jeunes et plus élevée à partir de 65 ans (par rapport à la classe de référence 45-55 ans).

Sans surprise, le *montant* des dépenses suit cette tendance et croit avec l'âge.

Les études menées par la DRESS confirment d'ailleurs ces résultats : les dépenses de médicaments des plus de 70 ans sont, par exemple, 11 fois plus élevées que pour les personnes de 10 à 19 ans[84].

De même on note que les dépenses chez un médecin généraliste des plus de 70 ans sont 4 fois plus élevées que celles des 10-19 ans, et 3 fois plus élevées chez un médecin spécialiste.

Seules les dépenses dans les laboratoires d'analyse médicale et les cabinets de radiologie ne semblent pas directement liées à l'âge.

IV.1.b Les effets revenu

♦ Effet revenu au sens strict

De façon générale (toutes dépenses de santé confondues), le revenu joue très fortement sur les dépenses de santé. Non seulement les individus aux revenus les plus bas ont une probabilité nettement plus faible d'avoir recours aux services sanitaires (44% pour ceux qui touchent moins de 640 € par mois, contre 64% pour la classe de référence), et le *montant* des dépenses est aussi largement réduit. Les **revenus**

[83] Étude de la DREES n° 182, juillet 2002, "*Les déterminants individuels des dépenses de santé*".

[84] ibid.

supérieurs (au delà de 1920 € par mois) n'ont pas forcément plus souvent recours aux soins, mais **leurs dépenses sont plus élevées.** Il ne faut certainement pas y voir le résultat d'une santé plus dégradée, mais peut être au contraire le signe d'un **plus grand investissement dans la santé**. Ils hésitent moins et sont largement disposés à payer pour les produits sanitaires. Cet écart tient essentiellement au fait qu'ils achètent plus souvent que le reste de la population des produits pharmaceutiques (35% vs 27%).
Les bas revenus se distinguent pour leur part en ce qu'ils ont moins fréquemment recours aux services médicaux, aux soins dentaires, aux produits pharmaceutiques, et au matériel thérapeutique. Pour ce type de soins, un revenu élevé permet d'être mieux soigné.

♦ La proportion de revenus sociaux dans le revenu total

En raisonnant toutes choses égales par ailleurs, on peut mettre en évidence l'effet des aides sociales sur les comportements individuels en matière de santé.
L'hypothèse "toutes choses égales par ailleurs" signifie que l'on raisonne "pour un même niveau de revenu "(ici entre 1220 € et 1390 €) . Mais on doit bien admettre que malgré l'utilisation de la régression, on ne peut totalement annihiler le lien entre le montant des ressources et la proportion d'aides sociales. En effet, tous les individus dont les revenus sont uniquement des revenus sociaux ne peuvent pas appartenir aux classes de revenus supérieures.

L'impact des revenus sociaux est assez paradoxal. Le fait de ne bénéficier d'aucune aide sociale et le fait d'être totalement dépendant des revenus sociaux sont deux cas extrêmes qui diminuent tous les deux la probabilité d'avoir recours aux soins.
Mais **pour les personnes sans aucune aide sociale**, ce **moindre recours aux soins** s'accompagne de **plus faibles dépenses pour la santé**. Tandis que pour **les plus dépendants de l'aide sociale**, les dépenses rattrapent celles du groupe de référence.
On peut supposer que :

- soit ces personnes **vont moins facilement consulter, mais ont une santé plus dégradée, si bien qu'elles dépensent relativement "plus".**
- Soit ces personnes -dont les revenus sont constitués à plus de 50% de prestations sociales- sont plus fréquemment bénéficiaires de la CMU et peuvent donc plus facilement se permettre de payer pour la santé que leurs homologues tout aussi démunis, mais sans aides sociales.

Les dépenses concernant les assurances liées à la santé sont particulièrement bien expliquées par le montant des aides sociales. N'avoir aucune aide implique des dépenses plus élevées dans les assurances liées à la santé, tandis que le fait de dépendre (pour plus de 50 %) des revenus sociaux se traduit par une forte diminution des assurances. Ce phénomène se justifie par le fait que les plus dépendants des prestations sociales sont aussi plus fréquemment des bénéficiaires de la Couverture Maladie Universelle

Complémentaire. Ils ont par conséquent moins besoin de souscrire à d'autres types d'assurances pour la santé.

IV.1.c L'effet du statut socioculturel

♦ Les actifs et les autres

La régression TOBIT fait ressortir des différences de comportement significatives entre les actifs, quelque soit leur profession et les personnes sans activité professionnelle ou à la retraite. Concernant les dépenses de santé (globales), les retraités ont 72% de chances de faire appel à des services sanitaires contre 64% pour les employés et les autres salariés.

Les personnes sans activité professionnelle ont également 70% de chances (soit 6 point de plus que les travailleurs) de consommer des biens de santé.

♦ Influence des Catégories Socioprofessionnelles

En raisonnant à structures d'âge et de sexe identiques, les dépenses de santé sont croissantes des ouvriers non qualifiés aux cadres[85]. Mais la nature des dépenses diffèrent largement selon les CSP. Les CSP "inférieures" consomment essentiellement des soins hospitaliers, tandis que les CSP supérieures ont plus fréquemment recours aux soins ambulatoires.

Ceci traduit des **situations plus *risquées* chez les ouvriers** que chez les cadres : comme s'ils hésitaient plus, ou retardaient plus la visite chez un médecin généraliste (et a fortiori un spécialiste).

La **décision de consulter n'intervient que quand la situation est vraiment critique, voire handicapante**, autrement dit à un stade certainement plus avancé de la maladie, ce qui explique les dépenses en hospitalisation des ouvriers supérieures à la moyenne.

En effet, un moindre recours à la prévention se traduit *in fine* par des pathologies plus graves ayant pour conséquence des dépenses hospitalières élevées.

On retrouve ici les deux définitions de la santé évoquées en début de partie :

- la santé des CSP inférieures, entendue comme absence de maladie ou de handicap. C'est pourquoi ils ne consultent que quand la situation est déjà grave.
- la santé des CSP supérieures, correspondant plus à un bien être, un confort de vie. Ces catégories sont par conséquent plus attentive à leur santé, consultent plus facilement par prévention, et leurs éventuels problèmes peuvent être traités plus tôt.

[85] Ibid.

Ainsi les travaux de le DREES[86] ont montré que les ouvriers non qualifiés dépensent 15% de plus que les employés en soins hospitaliers, les ouvriers qualifiés 8% de plus, et les cadres et professions intellectuelles supérieures 13% de moins.
Parallèlement, la probabilité de recours aux soins dentaires et optiques est plus forte chez les cadres (toutes choses égales par ailleurs). En revanche, alors que les ouvriers ont une probabilité plus faible d'en consommer, ils ont paradoxalement les dépenses dentaires les plus élevées (+11% par rapport aux employés), ce qui est révélateur d'un état de santé moins bon et de mutuelles moins généreuses. L'exemple des soins dentaires vient corroborer le constat précédent qui est celui **d'un état de santé plus dégradé, en raison du peu d'attention accordée à la prévention.**

Notre étude fait également ressortir le **comportement spécifique des *artisans-commerçants*** : ils semblent moins soucieux de leur santé que les employés, puisqu'ils consultent moins souvent et ont une consommation de services médicaux inférieure. Cela étant, pour tous les autres postes de dépenses, leur comportement est analogue à celui des employés ou des cadres et professions intellectuelles supérieures. On peut donc supposer qu'ils ont **au départ un comportement moins axé sur la prévention** (ils ne vont pas systématiquement consulter), mais dès lors qu'un problème apparent est déclaré (quelle qu' en soit la gravité), ils se donnent les moyens d'y faire face.

♦ L'effet diplôme

L'effet diplôme rejoint largement l'effet CSP. De façon très nette, le fait de **n'avoir aucun diplôme tend à diminuer les dépenses de santé[87].** À l'inverse, un **diplôme au moins du niveau bac augmente la probabilité d'avoir recours à un service de santé, mais pas nécessairement le montant des dépenses.** Il s'agit encore d'un comportement de **prévention** qui semble payant, puisqu'en consultant "tôt", les affections éventuelles peuvent être détectées à temps et s'avérer finalement plus faciles à soigner.

[86] Ibid.

[87] L'individu de référence a un diplôme de niveau BEPC.

IV.2 Les dépenses de santé des populations "pauvres"

On s'intéresse ici aux populations les plus démunies de l'enquête Budget Des Familles de l'Insee (2001), dont le niveau de vie est inférieur au seuil de pauvreté (590 € par mois par unité de consommation). L'idée est de vérifier l'existence de comportements spécifiques en matière de dépenses de soins.

Rappels méthodologiques sur les mesures de la pauvreté monétaire[88]

➢ La mesure de la pauvreté est un exercice extrêmement délicat, car plusieurs dimensions sont à prendre en compte[89]. On peut distinguer différents types d'indicateurs renvoyant soit à la pauvreté monétaire, soit à la pauvreté de conditions d'existence (mesurée à l'aune des difficultés, manques ou privations pour les ménages), soit encore à la pauvreté subjective (celle perçue par les personnes).

➢ Parmi ces multiples approches de la pauvreté, nous nous intéresserons dans cette étude essentiellement à la pauvreté monétaire, celle qui touche les individus dont le niveau de vie est inférieur au seuil de pauvreté.

Revenu total ou revenu avant impôt : il s'agit du revenu déclaré au fisc augmenté des prestations sociales. Il comprend :

- les revenus d'activité indépendante ou salariée, les indemnités du chômage, les pensions (retraite, invalidité, et pension alimentaire), et les revenus du patrimoine mentionnés sur la déclaration fiscale.
- Les prestations sociales : prestations familiales, allocations logement, minima sociaux (RMI, API, AAH, minimum vieillesse)

Revenu disponible = revenu avant impôt diminué des impôts directs.

Niveau de vie = revenu disponible par unité de consommation. L'échelle choisie pour calculer le nombre de parts étant ici celle de l'OCDE (une u.c. pour le premier adulte, 0,5 pour chaque autre membre de plus de 14 ans, et 0,3 pour chaque enfant de moins de 14 ans).

Seuil de pauvreté : il est égal à la moitié du niveau de vie médian. L'avantage du revenu médian est de ne pas être sensible aux incertitudes des enquêtes sur les revenus élevés.

[88] Voir pour les définitions la synthèse INSEE PREMIERE, *"Des ménages modestes aux ménages aisés : des sources de revenus différentes"*, n° 916, août 2003.

[89] Voir Cahier de Recherche du CREDOC n° C173, juillet 2002, "*Hétérogénéité des conditions de vie sous le seuil de pauvreté*".

IV.2.a Les liens entre revenus sociaux et dépenses de santé

On a mis en évidence précédemment l'augmentation des dépenses de santé avec le niveau de revenu (hormis pour les soins hospitaliers).

Si l'on considère à présent spécifiquement les ménages à revenus modestes : la proportion des revenus sociaux dans les ressources totales a-t-elle un impact ? Existe-t-il une corrélation entre les dépenses de santé et l'origine des revenus du ménage ?

La corrélation est une mesure de l'importance de la relation linéaire qui existe entre deux variables (elle prend des valeurs entre -1 et 1). Si une variable X peut être exprimée exactement comme une fonction linéaire d'une autre variable Y, la corrélation est alors de 1 ou -1, tout dépendant si les deux variables sont directement ou inversement liées. Une corrélation de zéro indique que les variables sont indépendantes l'une de l'autre.

Figure

Corrélation entre part des prestations dans revenu total et dépenses de santé[90]

	Part des rev soc
c06 santé	**-0,15375** <,0001
c06111 produits pharmaceutiques	**-0,11309** 0,0013
c06112 autres produits médicaux	-0,01861 0,5977
c06113 appareils et matériel thérapeutiques	**-0,09287** 0,0083
c06211 services médicaux	**-0,15862** <,0001
c06221 services dentaires	0,01287 0,7151
c06231 services des laboratoires d'analyse médicale et cabinets de radiologie	**-0,07724** 0,0282
c0623a autres services médicaux	-0,034 0,3347
c06311 services hospitaliers	-0,01329 0,7062
c12431 assurances liées à la santé	**-0,41241** <,0001

[90] Les corrélations significatives sont notées en caractères gras.

De façon générale, plus un individu est dépendant des prestations sociales, moins il investit dans les soins. Cependant les coefficients sont extrêmement faibles (proches de 0). On ne peut donc pas conclure à un lien certain et fiable entre les variables.

On ne s'attardera finalement que sur quelques points majeurs :

Les dépenses en assurances santé (positivement liées au revenu) sont **inversement proportionnelles au niveau de prestations sociales perçues.**

Pour ce qui est des soins proprement dits, les produits pharmaceutiques et les services médicaux sont moins utilisés par les individus très dépendants des aides sociales.

En revanche, il n'existe **pas de lien significatif entre le montant des dépenses hospitalières et le revenu** -ou la proportion de revenus sociaux-. Ceci tendrait à prouver que l'hôpital est le service sanitaire le plus accessible à toutes les personnes défavorisées, sans aucune forme de discrimination.

IV.2.b L'incidence de la proportion de revenus sociaux sur les comportements sanitaires

Au sein de la population pauvre, les personnes touchant plus de 50% d'aides sociales ont un niveau de vie inférieur aux personnes percevant uniquement des revenus d'activité (409 € par mois contre 462 €). Au vue de cet écart (pour des niveaux de revenus pourtant très proches) la très légère différence dans l'importance accordée aux soins n'est pas significative : les personnes pauvres qui ne bénéficient d'aucune aide sociale consacrent 4% de leur budget *consommation* à la santé, tandis que les plus dépendants des aides sociales y consacrent deux fois moins : 2%.

dépenses de santé **par an** par unité de consommation en €	Montant de dépenses		En % des dépenses santé	
Individus sous le seuil de pauvreté avec :	Aucune aide sociale	plus de 50% de rev soc	Aucune aide sociale	plus de 50% de rev soc
c06111uc produits pharmaceutiques	81	30	18%	17%
c06112uc autres produits médicaux	6	4	1%	2%
c06113uc appareils et matériel thérapeutiques	126	6	27%	3%
c06211uc services médicaux	148	57	32%	32%
c06221uc services dentaires	**28**	**56**	**6%**	**32%**
c06231uc services des labo d'analyse médicale et radiologie	38	7	8%	4%
c0623auc autres services médicaux	28	15	6%	8%
c06311uc services hospitaliers	4	4	1%	2%
Total santé	**461**	**178**	**100%**	**100%**

Une différence de comportement est observable pour les soins dentaires, puisque le fait **de percevoir des revenus sociaux facilite l'accès aux soins dentaires.**

Ceci peut s'expliquer par la différence de revenu moyen évoquée ci dessus : les individus qui perçoivent plus d'aides sociales sont relativement "moins riches", et plus susceptibles d'atteindre le seuil donnant

droit à la Couverture Maladie Universelle. De plus, parmi ceux qui sont les plus dépendants des aides sociales se trouvent les Bénéficiaires du RMI, qui par définition bénéficient de la CMU. **Comme les soins dentaires sont peu pris en charge par la sécurité sociale, les populations pauvres qui bénéficient de la CMU y ont un accès facilité**. En revanche, leurs homologues, qui ne perçoivent aucune aide sociale, mais ont également de faibles revenus (et par conséquent rarement une très bonne mutuelle) vont nettement moins souvent chez le dentiste.

Pour le reste, la *structure* des dépenses est peu sensible aux prestations sociales.

Le fait de vivre essentiellement de revenus sociaux ou de revenus d'activité a peu d'impact, et cette population pauvre a plutôt un comportement homogène en matière de consommation pour la santé.

Dépôt légal NOVEMBRE 2004

ISSN : 1257-9807

ISBN : 2-84104-249-9

CAHIER DE RECHERCHE

Récemment parus :

Travailler en étudiant : les enjeux pour l'insertion professionnelle
V. COHEN-SCALI - **n°199 (2004)**

Les représentations sociales de l'accompagnement de la fin de vie
A. SITBON - B. MARESCA - **n°200 (2004)**

Modes de vie, attitudes, projets professionnels : le rôle de l'origine culturelle
V. COHEN-SCALI - **n°201 (2004)**

L'influence de la composition du foyer sur les opinions
R. BIGOT - F. DELPAL - **n°202 (2004)**

Peut-on parler d'une « dématérialisation de la consommation » ?
M. ROUSTAN - **n°203 (2004)**

L'essor de la consommation citoyenne traduit-il un retour des préoccupations d'ordre holiste dans la consommation ?
M. SEGUETTE - **n°204 (2004)**

Croissance des jeunes entreprises et territoires Approche économétrique
M. MAZARS - P. MOATI - L. POUQUET - **n°205 (2004)**

Quelques expériences sur la formulation des questions d'enquête. A partir du matériau « Aspirations et Conditions de Vie des Français »
C. PIAU - **n°206 (2004)**

L'évolution de la géographie du commerce en France : une approche par les statistiques d'emploi
P. MOATI - J. LIBOUTON - L. POUQUET - **n°207 (2004)**

Président : Bernard SCHAEFER Directeur Général : Robert ROCHEFORT
142, rue du Chevaleret, 75013 PARIS - Tél. : 01 40 77 85 01

ISBN : 2-84104-249-9

CRÉDOC

Centre de recherche pour l'Étude et l'Observation des Conditions de Vie