

# PRECARITE ANALYSE D'UN CONCEPT

Mémoire de Master 1  
Recherche en Ethique Médicale

Année Universitaire 2006-2007

Laboratoire d'Ethique Médicale et de Médecine Légale  
Université René Descartes Paris V

Directeur de mémoire : Pr Christian Hervé

Benoît TUDREJ

# PRECARITE ANALYSE D'UN CONCEPT

Mémoire de Master 1  
Recherche en Ethique Médicale

Année Universitaire 2006-2007

Laboratoire d'Ethique Médicale et de Médecine Légale  
Université René Descartes Paris V

<p style="text-align: center;"><b>PRECARITE</b> <b>ANALYSE D'UN CONCEPT</b></p>
---

1 PLAN

2 INTRODUCTION

3 PRECARITE ET SANTE – ses definitions, analyse bibliographique d'un concept

3.1. Un Peu d'Histoire

3.2. Le Réveil Humanitaire en France

3.3. Les Rapports de Référence

3.3.1. Rapport du Père Wresinski, 1987

3.3.2. Le Haut Comité de Santé Publique, 1998

3.3.3. Vision de la MRIE

3.3.4. Le Point de Vue du Psychiatre, Jean Furtos

3.3.5. La Métaphore du Trampoline

3.4. Termes employés outre Manche, témoin d'une acceptation

3.5. Définition Différentielle

3.5.1. L'Exclusion

3.5.2. La Pauvreté

3.5.3. La Vulnérabilité

3.6. Définition de la Santé et son Rapport à la Précarité

3.7. Déterminants Sociaux de la Santé

3.8. La Précarité, effets sur la Santé

3.9. Deux Idées Forces à Dégager

3.9.1. La Précarité n'est pas Statique mais correspond à une Dynamique

3.9.2. La Précarité doit se concevoir dans la Relation entre une Personne à son Environnement

3.10. Mesure de la Précarité

## 4 UNE INITIATIVE DE PRISE EN CHARGE GLOBALE – Les Réseaux de Santé

### 4.1. L'Hôpital et l'Accueil des Démunis

### 4.2. Réseaux de Santé, une Alternative efficace à la Prise en Charge Globale des Personnes en Situation de Précarité

#### 4.2.1. Principe

#### 4.2.2. Réseau et Encadrement Juridique

#### 4.2.3. Bénéfices, Risques et Investissement des Patients

### 4.3. Analyse du Réseau ASDES

#### 4.3.1. ASDES

#### 4.3.2. Objectifs

#### 4.3.3. Principe de Fonctionnement

#### 4.3.4. Critères d'Inclusion au Réseau

#### 4.3.5. Résultat

#### 4.3.6. Aspects Ethiques

### 4.4. Autres Initiatives Originales en Europe

#### 4.4.1. L'*Arztmobil* du Docteur Trabert

#### 4.4.2. La Prise en Charge des Migrants à *San Gallicano*

#### 4.4.3. *Blackpool* et l'Apport du Social au Médical

## 5 SITUATION DE PRECARITE ET SITUATION DE HANDICAP –

### Quelles limites entre ces deux concepts

### 5.1. Les Différentes Classifications du Handicap

#### 5.1.1. La Classification des Handicaps « *dite de Wood* », OMS, 1980

#### 5.1.2. La Classification de la Fonctionnalité, du Handicap et de la Santé, OMS, 2002

### 5.2. Deux Courants pour Deux Concepts

### 5.3. Système d'Identification et de Mesure du Handicap (SIMH)

### 5.4. Interactions entre le SIMH et la Notion de Précarité

## 6 CONCLUSION

*« L'ultime finalité de la médecine est sûrement de pérenniser, comme elle a su le faire depuis des millénaires, une attitude d'aide et de compréhension face à l'insupportable situation de souffrance, physique ou morale, que peut connaître tout être humain. »*

Ch. Hervé; Ethique, Politique et Santé, Médecine et Société, PUF, p16

## INTRODUCTION

Le thème de la Précarité est un thème sur lequel beaucoup d'auteurs d'horizons très divers et de formations différentes ont écrit. D'autant que ce thème paraît très lié et dépendant de l'époque et du lieu où il est évoqué. Cependant un point de convergence se profile, celui de la difficulté à qualifier ce terme et des personnes concernées.

En effet, la précarité peut être vue selon différents angles comme le domaine du logement, du travail, de l'hygiène, de la santé mentale et physique, de l'isolement social et familial, etc...

Dans un éditorial du Point (3-12-1990), Jean-François REVEL soulignait que : « chaque époque a ses mots passe-partout. La nôtre a l'exclusion. L'exclusion est partout et tout est exclusion (...) Lorsqu'un terme veut tout dire, il ne veut plus rien dire, (...) l'émergence de l'exclusion dans le discours est désormais le signe sûr du zéro absolu de la pensée ». Près de 20 ans plus tard, le mot Précarité aurait-il pris le relais ? Nous essaierons ici de redéfinir ce concept et de redonner un sens pertinent et pragmatique à ce terme employé dans de nombreuses situations bien différentes et nécessitant des attitudes bien différentes.

<p style="text-align: center;"><b>LA PRECARITE ET LA SANTE</b> ses définitions, analyse bibliographique d'un concept</p>
--

"Le Robert" définit la précarité comme une situation instable sans garantie synonyme d'incertitude et de provisoire.

### **3.1 Un Peu d'Histoire**

Concrètement, la notion de Précarité associée à des situations de vulnérabilités sociales et de santé est ouvertement apparue dès 1976, alors que le contexte social en France se durcit. « Les conséquences de la crise se font sévèrement sentir et le chômage devient rapidement le problème social le plus préoccupant. Les conditions d'emploi se fragilisent et des formes intermédiaires de travail, caractérisées par l'instabilité, se développent. La notion de précarité est introduite pour décrire ces phénomènes »<sup>1</sup>.

« L'usage de la notion de précarité masque pour un temps le développement silencieux et ravageur de la grande pauvreté »<sup>1</sup>.

« Il faudra attendre 1984 pour assister à un renouvellement, assez désordonné, de l'action publique dans ce domaine. Par l'intermédiaire d'une cinglante campagne de presse, la droite mettra en cause le gouvernement socialiste dans son incapacité à juguler l'extrême pauvreté. [...] De manière tout à fait curieuse, tout se passe alors – à gauche aussi bien qu'à droite – comme si la pauvreté était un phénomène nouveau »<sup>1</sup>.

Au delà d'une appropriation politicienne de ce vrai problème, un grand élan de solidarité s'organise. Cette impulsion est notamment relayée par des personnages charismatiques comme Coluche et l'Abbé Pierre permettant de sensibiliser un très large public.

### **3.2. Le Réveil Humanitaire en France**

« L'urgence s'inscrit ainsi dans un réseau de notions telles que la détresse, l'immédiateté ou la mobilisation. La diffusion de ces catégories profita du développement parallèle de l'action humanitaire, alors en pleine expansion. Le mouvement humanitaire ne tarda pas à venir soulager la misère jusqu'en France, favorisant ainsi un transfert vers la France de catégories habituellement utilisées pour les pays du Sud »<sup>1</sup>.

On s'aperçoit en effet que les pathologies que les ONG vont traiter à l'autre bout du monde se retrouvent en France. Bernard KOUCHNER, un des pionniers de l'action humanitaire témoigne de cette observation : « "Viens, nous rentrons", m'avait dit Jacques Lebas, un soir en Amérique centrale. [...] Après des années d'engagement au-delà des mers, du Salvador au Tchad, de Beyrouth en Pologne, il décida qu'il nous fallait regagner la France, où les malheurs étaient plus graves encore d'être mitoyens des richesses. Depuis quelques temps, dans les années quatre-vingt, nous étions mal à l'aise. Avec Médecins du Monde, nous avons ouvert à Paris, grâce à l'intuition d'un chirurgien cardiaque, Alain Deloche, une consultation pour les plus démunis. Et nous avons reçu, comme une gifle, des malades qui présentaient les mêmes pathologies que nos patients des pays démunis : des diabètes en bout de course, des tuberculoses en pleine rue, des grossesses non suivies. Nous avons fait le tour du monde pour nous retrouver au même point des souffrances, au début des vocations médicales. Boucler la boucle nous avait pris du temps. »<sup>2</sup>.

### **3.3. Les Rapports de Référence**

#### **3.3.1. Rapport du Père Wresinski, 1987**

La notion de Précarité se diffuse alors ; notamment grâce au rapport du **Père Wresinski** de 1987 *Grande Pauvreté et Précarité Economique et Sociale*. La Précarité est alors définie comme « **l'absence d'une ou plusieurs des sécurités, notamment celle de l'emploi, permettant aux personnes et familles d'assumer leurs obligations professionnelles, familiales et sociales et de jouir de leurs droits fondamentaux. Elle conduit à la grande pauvreté quand elle affecte plusieurs domaines de l'existence, qu'elle devient persistante, qu'elle compromet les chances de réassumer ses responsabilités et de reconquérir ses droits par soi-même, dans un avenir prévisible** »<sup>3</sup>.

#### **3.3.2. Le Haut Comité de Santé Publique, 1998**

Onze ans plus tard, en 1998, le **Haut Comité de Santé Publique** reprend la définition du Père Wresinski et affirme que « La précarité ne caractérise pas une catégorie sociale particulière mais est le résultat d'un enchaînement d'événements et d'expériences qui débouchent sur des situations de fragilisation économique, sociale et familiale »<sup>4</sup>.

#### **3.3.3. Vision de la MRIE**

De nos jours, on peut trouver sur le site de La Mission Régionale d'Information sur l'Exclusion (MRIE) des Rhône-Alpes non plus la définition de la précarité mais de la « Situation de précarité ». Elle est « caractérisée par le caractère incertain, aléatoire, ou irrégulier des ressources (CDD,



intérim, chômage, maladie, etc.) et par la fragilité qui résulte de cette insécurité dans la vie quotidienne, familiale et sociale. En fonction de son importance l'insécurité économique accroît les risques de vulnérabilité aux événements. »<sup>5</sup>.

Ces définitions sont les plus répandues et les plus partagées par les acteurs de terrain.

Cependant, d'autres auteurs travaillent également sur la question et enrichissent le concept par des concepts procéduraux ou des métaphores tentant d'illustrer le concept.

### **3.3.4. Le Point de Vue du Psychiatre, Jean Furtos**

**Jean Furtos** (psychiatre et directeur scientifique de L'observatoire National des Pratiques en Santé Mentale et Précarité (ONSMP)) définit quatre stades de précarité socio-psychologiques [Furtos J., *Quelques particularités de la clinique psychosociale, Soins Psychiatrique*, septembre 99, p. 11-15].

« Premier stade : La perte est pensable, c'est la précarité normale ou zone d'inclusion. Elle peut produire des souffrances sans empêcher de vivre.

Deuxième stade : La précarité exacerbée ou zone de vulnérabilité à la perte possible. Celui qui a peu ou pas perdu sur le plan économique commence à avoir peur de perdre : « A quand mon tour ? » La souffrance commence d'empêcher de vivre.

Dans ces deux premiers stades les objets sociaux sont globalement conservés.

Troisième stade : C'est celui de la vulnérabilité assistée : il y a perte des objets sociaux. La souffrance psychique susceptible d'empêcher de vivre peut être compensée par les modalités concrètes et subjectives de l'aide sociale. Cette souffrance est repérée sur les lieux du social et non dans le champ sanitaire. [...] Les personnes ont encore un désir qui permet d'animer un projet. A ce stade, il suffit que la personne qui éprouve de la honte et du découragement entre dans une relation de respect et d'aide pour qu'elle retrouve courage et fierté.

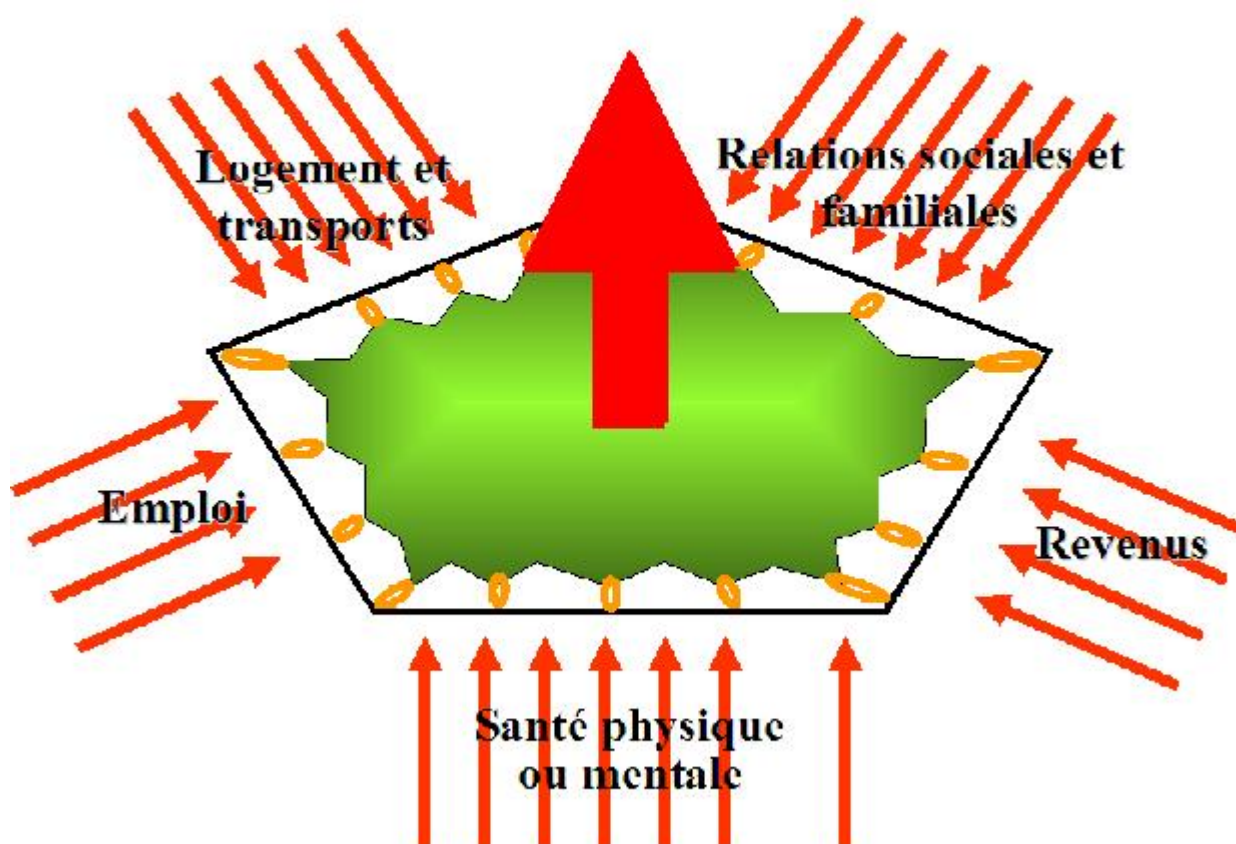
Quatrième Stade : Tout ou presque est perdu, même l'estime de soi. C'est la précarité avec désaffiliation, exclusion. C'est le stade où la souffrance empêche de souffrir. A partir de la précarité exacerbée, il est possible de passer le seuil par lequel on entre dans l'exclusion, la désaffiliation sociale (perte du sentiment d'être citoyen reconnu), qui entraîne souvent en même temps des ruptures familiales. [...] A ce stade, l'exclusion sociale se double d'une auto-exclusion psychique. Les ruptures du lien social s'accompagnent de problèmes de santé graves sur le plan somatique et de troubles de comportement. »<sup>6</sup>.

### 3.3.5. La Métaphore du Trampoline

**Pierre Larcher**, Chargé de Mission « santé précarité » à la Direction Générale de l'Action Sociale, prend appui sur la définition donnée en 1987 dans le rapport Wresinski qu'il considère pragmatique et reconnaissant « à la fois la progressivité et la multi-dimensionnalité ». Il propose ainsi la métaphore du Trampoline pour expliquer « le cumul progressif de précarités de causes diverses aboutissant d'abord à la pauvreté, puis à l'exclusion »<sup>7</sup>.

Pour le Docteur Larcher, l'« individu est dorénavant soumis à des sollicitations permanentes de tous ses interlocuteurs sociaux (famille, conjoint, collègues, supérieurs, administrations, commerçants, logeurs...) auxquelles il doit sans cesse être en mesure de répondre sans délai et de façon satisfaisante, de la même manière qu'avec un faible élan, on ne cesse de rebondir sur un trampoline. »<sup>7</sup>.

#### *La métaphore du trampoline*



« La comparaison avec le trampoline ne s'arrête pas là : pour que le rebond soit de bonne qualité, il faut que tous les élastiques qui le relient à son cadre soient présents et en bon état, sur chacun de ses côtés. De la même manière, toutes les sécurités que se bâtit un individu au fil de sa vie sans même qu'il en ait conscience contribuent à lui donner l'élasticité qui lui permettra de rebondir dans les péripéties de l'existence. »<sup>7</sup>.

Il propose ainsi des exemples illustrant concrètement son concept :

« Que l'ambiance avec les collègues de travail se dégrade ou que les relations avec la hiérarchie se tendent, et c'est un élastique qui saute. Que les acquis professionnels deviennent obsolètes pour une sténodactylo du fait des progrès de la bureautique, et c'est un autre élastique qui saute, toujours du même côté. Que du côté de la santé, ces difficultés provoquent des insomnies, une fatigue croissante qui débouche sur une dépression (un autre élastique qui saute), et les relations intrafamiliales peuvent en pâtir, pouvant être à l'origine d'une baisse d'attention, voire d'un accident du travail. Coup sur coup, ce sont des élastiques qui lâchent sur trois côtés différents. Qu'un ennui financier vienne se surajouter (une réparation sur la voiture, une machine à laver ou un réfrigérateur à changer avant l'échéance...) et s'enclenche un processus d'endettement qui provoquera le lâchage de plusieurs autres élastiques. Le premier secteur sur lequel on tentera de faire des économies sera l'alimentation, amenant d'autres problèmes de somnolences, de malaises, de troubles digestifs, de déséquilibres en minéraux essentiels ou en vitamines... »<sup>7</sup>.

« Le trampoline commence à rebondir de plus en plus mal, et chaque secousse l'ébranle davantage, avec des risques de déchirure. C'est souvent au travail que retentit le coup de grâce. D'un coup, ce sont plusieurs élastiques qui sautent (confiance en soi, revenus suffisants, relations de confiance avec les voisins...). Risquent de s'ensuivre d'autres déboires qui seront autant de lâchages supplémentaires qui équivalent à la déchirure fatale, provoquant une chute qui risque d'être définitive. »<sup>7</sup>.

### **3.4. Termes employés Outre Manche, témoin d'une acceptation**

Cependant, bien qu'en France le terme de Précarité soit utilisé de façon abusive, il est intéressant de voir comme l'approche de problématiques sociales au sein de la population est relative aux cultures concernées. En effet, alors que le terme de précarité existe en anglais, « precariousness », il n'est que peu utilisé dans les pays anglo-saxons laissant place plutôt aux termes de « poverty » (pauvreté) ou même de « deprivation » (privation, perte). Cette divergence témoigne d'un phénomène d'acceptation de ces situations de fragilité sociale.

## 3.5. Définition Différentielle

La notion de Précarité doit cependant bien être détachée et différenciée d'autres termes souvent employés pour exprimer la même idée mais souvent maladroitement.

### 3.5.1. L'Exclusion

L'EXCLUSION a également été un terme employé dans beaucoup de situations provoquant une confusion de sens et un manque de rigueur quant à sa signification.

L'introduction de la notion d'exclusion dans le domaine de la pauvreté est assez récente. « Après l'usage philosophique qu'en fait Michel Foucault à partir des années cinquante, l'emploi de cette notion dans le débat public remonte à la fin des années soixante. On la trouve alors en particulier sous la plume d'un Commissaire général au Plan, Pierre Massé. Ce n'est pourtant pas à lui, mais à un autre fonctionnaire, René Lenoir, que l'on impute généralement la fortune de ce terme.[...] il publie en effet un rapport administratif, depuis resté célèbre, *Les exclus, un Français sur dix*. D'emblée très discuté, ce texte ouvre une première période au cours de laquelle la notion d'exclusion est vivement discutée, voire *contestée*. Derrière les simples problèmes de terminologie, se profilent des questions de fond. Les différences très marquées qui apparaissent autour de l'emploi de cette notion ne permettent pas de l'entériner de manière consensuelle. [...]Il faut attendre le milieu des années quatre-vingt, et le retour de la « nouvelle pauvreté », pour voir réapparaître l'exclusion dans le débat public. »<sup>1</sup>.

Aujourd'hui, l'exclusion, est pour la majorité des auteurs considérée comme le stade ultime de la précarité, comme la conséquence d'une situation de précarité qui s'éternise et s'aggrave se nourrissant de facteurs environnementaux et d'elle même ; allant au-delà d'un point de non retour, cette situation devient difficilement réversible et les personnes sont dès lors stigmatisées comme "en dehors de la société".

De tout temps, beaucoup de membres de la population ont été mis à l'écart et ceci pour de nombreuses raisons différentes, parmi lesquelles, des raisons raciales, de santé mentale, de handicap,...

On peut citer ici la célèbre phrase de Michel Foucault : « On a longtemps transformé les fous en exclus et maintenant on tente de ranger les exclus chez les fous !»

C'est ici qu'on peut donc remarquer que le concept est transversal, il ne peut tenir compte que d'une mise à l'écart de la société ; ce terme nécessite d'être redéfini dans chacun de son contexte. En effet, on ne peut quand il s'agit d'action sociale mettre au même plan un sans domicile fixe et un écrivain s'isolant des années pour écrire son œuvre. Cette notion mérite donc d'être étoffée et de tenir compte

du processus menant à l'exclusion.

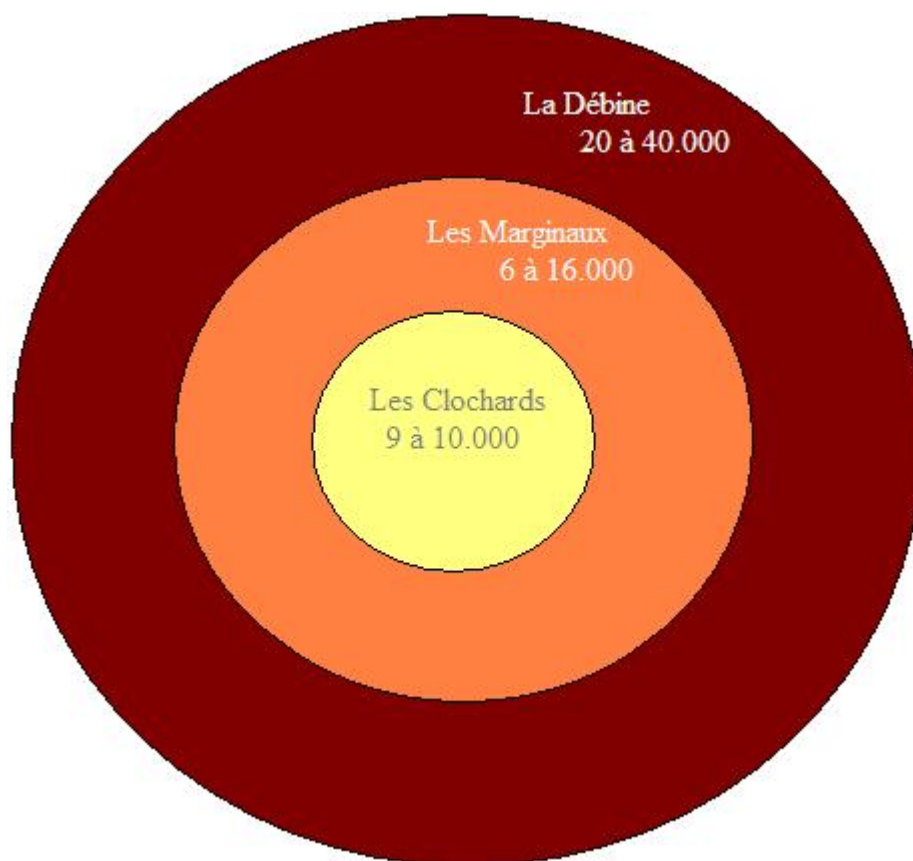
Les exclus ont toujours existé. Jacques Hassin dans sa thèse *L'émergence de l'abord médico-social des populations sans toit stable. Aspect Historique, médical, socio-anthropologique, politique et éthique*<sup>8</sup>, replace ce concept dans le temps en proposant un tableau intéressant avec les termes utilisés depuis le Moyen Âge pour définir ces populations.

<b>TERME</b>	<b>ORIGINE</b>	<b>CARACTERISTIQUE</b>
Vagabond	Au moins 1523	Idée d'errance
Sans Domicile Fixe	Début du siècle	Plutôt juridique et administratif à l'origine
Sans Domicile	Substantivation récente	
Sans Domicile Certain		
Sans Abri, Sans Toit	Fin XIX <sup>e</sup> siècle	Plutôt caritatif
Sans Logis	Xx <sup>e</sup> siècle	
Mendiant	Moyen-âge	Pointe une activité visible
Mendigot	Fin XIX <sup>e</sup> siècle	
Clochard, Clodo, Cloche	Fin XIX <sup>e</sup> siècle	Image négative, date terminal de désocialisation
Population du Quart-Monde	1950	Filiation avec le sous-prolétariat au XIX <sup>e</sup> siècle
Routard, Zonard, Punk, Skinhead, Zoulou	Fin Xx <sup>e</sup> siècle	Population jeune et marginalisée, aspects tribal
Hobo	Fin XIX <sup>e</sup> , début Xx <sup>e</sup> siècle	Travailleurs saisonniers errants. Equivalent de chemineau ou de trimardeur
Trimardeur, Chemineau	XIX <sup>e</sup> siècle	Travailleurs saisonniers errants
Nomades		Inusité pour cette population
Gueux, va-nu-pieds, Meurt de Faim, Sans Feux ni Lieu, Demeurant Partout, Caymant, Hors Circuit, Hors Service, Hors les Murs, Hors la Loi, Inutile au Monde	Moyen-Âge	Aspect descriptif et symbolique
Sans Ami, Sans Âme	Début XX <sup>e</sup> siècle	Aspect symbolique
Galérien, Sans une Thune	Contemporain	Aspect dérisoire
Escarpe	XIX <sup>e</sup> siècle	Aspect argotique et péjoratif

Hors Lieu	Contemporain	Aspect descriptif et symbolique
Sans Résidence Stable		
Sans Toit Stable		
Exclu, Nouveau Pauvre Sans Résidence Stable	Contemporain	Aspect administratif et journalistique
Indésirable	Contemporain	Aspect excluant

Par ailleurs l'évaluation de leur nombre semble très difficile. Le travail de Jacques Hassin dans cette même thèse recense les différentes évaluations numériques de Sans Domiciles Fixes pour l'ensemble de la France. Ces chiffres varient pour la même année (1993) entre 798.000 et 1.750.000.

D'autre part, le fondateur du S. A. M. U. Social, Xavier Emmanuelli définit les exclus selon une classification en trois cercles.



Les Marginaux englobent :

- *Schizophrènes ou Psychotiques*
- *Immigration silencieuse, immigrés clandestins*
- *Jeune à la dérive, Toxicomanes, Monde de la petite délinquance, Deal, Petits métiers, Clandestinité*

Cette classification est une des plus pertinentes, « car la plus opératoire ». Elle fait partie des documents fondateurs du S. A. M. U. Social de Paris. Elle témoigne des différents modes ou stades d'exclusion, et ceci, à des degrés de gravité différents.

[lors du colloque *Santé et Précarité* du 17 janvier au Centre Sèvres, X. Emmanuelli évoque 4 cercles :

1. grande exclusion
2. marginalité
3. problème psychiatrique
4. migrants

Cependant le principe de cette classification n'en est pas bouleversé]

Cependant, Jacques Hasselin souligne qu'il « n'y a pas de trajet rectiligne entre la socialisation et la désocialisation complète »<sup>8</sup>, soit il existe de nombreuses étapes intermédiaires possibles avant d'arriver à une exclusion sociale totale. « Cependant, il est vrai qu'il existe une ligne invisible qui, une fois franchie rend le retour en sens inverse plus qu'aléatoire. »<sup>8</sup>.

En effet, beaucoup d'auteurs se rejoignent pour signaler qu'à partir d'un certain stade d'exclusion, le retour à une vie en tant qu'acteur de société devient de plus en plus difficile.

Jacques Hassin se risque toutefois à esquisser l'archétype de l'exclu en France ; « on peut dire qu'il s'agit d'un homme de 37 à 40 ans, seul, célibataire, sans contact avec sa famille, ayant perdu un emploi peu rémunérateur, sans logement réel depuis plusieurs années, sans ressources ni contact social. Il présente quelques problèmes de santé, buveur excessif au moins et dont les besoins exprimés sont soit réduits à néant, soit exprimés sous forme de demande de travail et de logement, mais sur un fond de désocialisation largement entamée. »<sup>8</sup>.

Le Haut Comité de Santé Publique définit, quant à lui en 1998, l'exclusion comme « une réalité dynamique caractérisée par l'absence – pendant une période plus ou moins longue – de la possibilité de bénéficier des droits attachés à la situation sociale et à l'histoire de l'individu concerné »<sup>4</sup>.

Jean FURTOS définit l'exclusion comme le quatrième stade de précarité socio-psychologique où « Tout ou presque est perdu, même l'estime de soi. C'est le stade où la souffrance empêche de souffrir. A partir de la précarité exacerbée, il est possible de passer le seuil par lequel on entre dans l'exclusion, la désaffiliation sociale (perte du sentiment d'être citoyen reconnu), qui entraîne souvent en même temps des ruptures familiales. La personne ne se sent plus incluse dans la chaîne des générations. Pour ne plus vivre certaines souffrances extrêmes, il faut s'exclure de soi-même, ne plus sentir, ne plus ressentir et utiliser des moyens psychiques de rupture extrêmement coûteux à type de déni, clivage, projection. A ce stade, l'exclusion sociale se double d'une auto-exclusion psychique. »<sup>6</sup>.

Jean FURTOS concorde avec les autres auteurs des conséquences graves que l'exclusion peut avoir

sur la santé physique et psychique (troubles de comportement, ...) mais aussi de la réversibilité de la situation, de la « ré-appropriation », qui sera longue et difficile et jamais certaine.

Sur un plan médico-social, ces personnes sont plus ou moins caractérisables par leur mode de vie ou leurs pathologies médicales. On note bien sûr des problèmes d'hygiène, de malnutrition, d'addiction et toutes les conséquences sociales et médicales qui en découlent.

### **3.5.2. La Pauvreté**

*« Les pauvres pour les enfants riches de mon âge c'était seulement les mendiants. Et cela représenta pour moi un grand progrès des connaissances quand pour la première fois la pauvreté m'apparut dans l'ignominie du travail mal payé. »*

(Schriften, I, 632) Walter Benjamin dans *Annah Arendt, Walter Benjamin, 1892-1940*, page 66, éd. Allia

La PAUVRETE : Le Haut Comité de Santé Publique définit la Pauvreté comme « l'état d'une personne ou d'un groupe qui dispose de peu de ressources »<sup>4</sup>. Cette notion est donc relative car elle est évolutive dans l'histoire, fonction des cultures, mais aussi du groupe auquel la personne est extraite.

Par ailleurs, ce concept comptable ne prend pas en compte les autres réalités qui ne dépendent pas uniquement du revenu comme les solidarités familiales, culturelles, ou amicales.

En France, un individu est officiellement considéré comme "pauvre" quand ses revenus mensuels sont inférieurs à 650 euros (fin 2003), le seuil de pauvreté étant défini comme la moitié du revenu médian. Pour tenir compte de la composition des ménages, ce seuil est réévalué en fonction du nombre de personnes du foyer (adultes et enfants, l'âge des enfants, de plus ou moins de 14 ans, entrant également en compte).

Ce seuil doit être utilisé avec beaucoup de précaution. Il reste une valeur n'ayant rien d'objectif ou de naturel. L'institut Européen Eurostat utilise le seuil de 60 % du revenu médian faisant ainsi multiplier le taux de pauvreté par deux.

### **3.5.3. La Vulnérabilité**

La VULNERABILITE : La vulnérabilité fait appel à un concept de fragilité. Ces fragilités sont inévitables et même inhérentes à l'existence car faisant partie du développement des personnes. On reconnaît ainsi différents stades du développement considérés comme situations de vulnérabilité.



On peut distinguer notamment la naissance, la grossesse, l'enfance, l'adolescence et la vieillesse. A cela il existe des situations de vulnérabilités surajoutées relatives au contexte social (emploi, travail,...), familial, ou encore sanitaire (maladies somatiques, troubles de comportements,...).

Les situations de vulnérabilités sont donc intégrées dans le concept de Précarité. Elles sont tellement combinées qu'il est parfois difficile de reconnaître si ces fragilités expliquent ou sont issues de la situation de précarité.

Cependant, on peut remarquer qu'une personne en situation de précarité est par définition vulnérable car est en « absence d'une ou plusieurs des sécurités »<sup>3</sup> selon la définition de la Précarité par le rapport Wresinski.

### **3.6. Définition de la Santé et son Rapport à la Précarité**

Depuis 1946, la Santé est défini par l'OMS comme « *un état de complet bien-être physique, mental et social et ne consiste pas seulement en l'absence de maladie ou d'infirmité* »<sup>9</sup>.

Dans cette définition, la santé est donc un but à atteindre. Elle est liée à la notion de qualité de vie c'est-à-dire, à la perception qu'un individu a de sa place dans la société. Comment définir cette qualité de vie? Ce pourrait être la perception qu'à un individu de sa place dans l'existence, dans le contexte de la culture et du système de valeurs dans lequel il vit, en relation avec ses attentes, ses normes, ses inquiétudes.

Donc par définition personne n'est en bonne santé car personne ne peut se prévaloir d'avoir atteint ce but. Ce qui ferait 6 milliards de patients dans le monde. A cette vision "Knockienne", s'ajoute la Charte d'Ottawa de 1986 qui redéfinit la santé comme « *une ressource de la vie quotidienne, et non comme le but de la vie ; il s'agit d'un concept positif mettant en valeur les ressources sociales et individuelles, ainsi que les capacités physiques. Ainsi donc, la promotion de la santé ne relève pas seulement du secteur sanitaire : elle dépasse les modes de vie sains pour viser le bien-être.* »<sup>10</sup>.

La charte poursuit en examinant les conditions indispensables à la santé : « *La santé exige un certain nombre de conditions et de ressources préalables, l'individu devant pouvoir notamment : se loger, accéder à l'éducation, se nourrir convenablement, disposer d'un certain revenu, bénéficier d'un écosystème stable, compter sur un apport durable des ressources, avoir droit à la justice sociale et à un traitement équitable.* »<sup>10</sup>. Cette charte reste utopique dans sa réalisation mais, a le mérite de permettre d'être pragmatique dans la problématique de la Précarité et de la Santé.

La charte d'Ottawa permet d'affirmer l'importance de l'environnement social dans le domaine de la santé : « *la bonne santé est une ressource majeure pour le développement social, économique et individuel et une importante dimension de la qualité de vie* »<sup>10</sup>. Par conséquent, la santé est nécessaire à l'épanouissement des personnes et est facteur de lutte contre la précarité par action sur

la personne mais aussi sur son environnement.

Par ailleurs, on peut aussi s'apercevoir que la lutte contre la précarité est donc un combat permanent et une conquête toujours provisoire.

### 3.7. Déterminants Sociaux de la Santé

A l'initiative du Centre pour la santé urbaine du Bureau Régional de l'OMS pour l'Europe, le document *Les Déterminants sociaux de la santé, Les Faits*<sup>11</sup> a été publié. Dans ce texte, Richard Wilkinson et Michael Marmot exposent dix déterminants sociaux à la santé.

1. **Les Inégalités de Santé d'origine sociale** : dans chaque société, l'espérance de vie est plus courte et la plupart des maladies sont plus fréquentes au bas de l'échelle sociale.  
Les personnes en bas de l'échelle sociale sont au moins deux fois plus exposées au risque de maladie grave ou de décès prématuré que ceux au sommet de l'échelle.  
Cet effet ne se limitant pas au pauvre, on le remarque aussi dans les catégories moyennes. Ainsi, les employés de bureau subalternes sont plus victimes de maladies et de décès prématurés que leurs collègues investis de responsabilités plus importantes.
2. **Le Stress** : il est source d'inquiétude, d'anxiété, d'un sentiment de vulnérabilité et empêche par ce fait de faire face aux problèmes de l'existence. De longues périodes marquées par l'anxiété, un sentiment de vulnérabilité et l'absence d'amis sur qui compter ont des effets néfastes sur la santé.
3. **La Petite Enfance** : pour un bon départ dans la vie, un accompagnement de la mère et du jeune enfant est indispensable : c'est au cours des premières années que s'acquiert le capital biologique et humain qui détermine la santé de l'individu pendant toute la vie. Une grossesse menée dans des conditions défavorables peut nuire au développement du fœtus.
4. **L'Exclusion Sociale** : la misère, la pauvreté relative et l'exclusion sociale ont un impact majeur sur la santé et la mort précoce.  
Les chômeurs, un grand nombre de groupes ethniques minoritaires, les travailleurs immigrés, les handicapés et les sans-abri sont particulièrement exposés. Les sans-abri connaissent le taux le plus élevé de décès prématuré.
5. **Le Travail** : de manière générale, il vaut mieux pour la santé de travailler. Cependant, l'organisation sociale du travail, le mode de gestion et les relations sociales sur le lieu du travail est une composante importante. Il est préjudiciable de ne pas pouvoir utiliser ses compétences et de ne disposer que d'un pouvoir limité de décision. La charge de travail augmente également les risques.

6. **Le Chômage** : la sécurité de l'emploi est bonne pour la santé, le bien-être et la satisfaction professionnelle. Un taux de chômage élevé va de pair avec une incidence élevée de maladies et de décès prématurés. Les effets commencent à se manifester dès que le travailleur pense que son emploi est menacé. Ainsi l'anxiété suscitée par l'insécurité professionnelle est aussi nuisible à la santé.

7. **Le Soutien Social** : l'amitié, de bonnes relations sociales et de solides réseaux d'entraide améliorent la santé à la maison, au travail et dans le cadre de vie. Ce soutien contribue à donner aux personnes les ressources affectives nécessaires.
8. **Les Dépendances** : la toxicomanie contribue à accroître les inégalités de santé. La drogue donne l'illusion d'une échappatoire à l'adversité et au stress, mais ne fait qu'empirer la situation. L'alcoolisme, la consommation de drogues illicites et le tabagisme sont étroitement associés à des indicateurs de situation défavorisée sur le plan économique et social. On se réfugie dans l'alcool pour échapper aux dures réalités économiques et sociales, et il conduit à la déchéance sociale.
9. **L'Alimentation** : un régime alimentaire équilibré et un approvisionnement suffisant en denrées alimentaires sont essentiels pour la santé et le bien-être. Or les pénuries alimentaires et une alimentation peu variée engendrent la malnutrition et des maladies carencielles.  
A l'inverse, l'excès de nourriture (une autre forme de malnutrition) contribue aussi à des risques de pathologies (cardio-vasculaires, diabète,...)
10. **Les Transports** : la bicyclette, la marche et l'utilisation des transports en commun améliorent la santé de quatre façons : elles favorisent l'exercice, font baisser le nombre d'accidents mortels, augmentent les contacts sociaux et réduisent la pollution atmosphérique.

Les auteurs ont volontairement exclus le facteur "génétique" comme déterminant de la santé. Ils s'expliquent en affirmant que bien que de récents travaux affirment l'importance de prédispositions génétiques *individuelles* à certaines maladies, les causes communes de la morbidité des *populations* dans leur ensemble restent dictées par le milieu. Les causes communes évoluent bien plus rapidement que les modifications génétiques, car elles sont le reflet de notre mode de vie. Et c'est la raison pour laquelle l'espérance de vie a tellement augmentée depuis quelques générations. Le Haut Comité de Santé Publique affirme également à l'échelle nationale que « l'état de santé exceptionnel que connaissent aujourd'hui les Français est beaucoup plus lié aux progrès socio-économique qui se sont produits au cours du XX<sup>ème</sup> siècle qu'aux progrès de la médecine et de la technologie ».

Enfin, le milieu et l'environnement sont donc bien ce qui explique l'accroissement ou la diminution des écarts de santé entre groupes sociaux au fur et à mesure de l'évolution de la situation économique et sociale.

### 3.8. La Précarité, effets sur la Santé

Le Pr. Olivier LORTHOLARY lors du colloque du 17 mars 2007 évoquait les troubles infectieux que l'on retrouve chez les personnes dites "précaires"; on retrouve des infections cutanées (témoin d'un problème d'hygiène), d'une recrudescence de la tuberculose, des Hépatites Virales B et C, la diphtérie et les maladies transmissibles par les poux, le VIH.

Le 5 juin 1999, le Rapport de la Commission Nationale Permanente est adopté par le Conseil National de l'Ordre des Médecins. Ce rapport<sup>12</sup> décrit les conséquences de la précarité sur le comportement et l'état de santé :

« Au plan comportemental, nous retrouvons comme forme de compensations au "mal être" ressenti par l'individu en situation précaire des **conduites addictives (alcoolisme, tabagisme, toxicomanie), ainsi qu'une surconsommation de tranquillisants et d'antidépresseurs qui procèdent de la même démarche.** Selon des études récentes du CREDES et de l'Institut régional pour la Santé de tous les travailleurs, **les situations précaires (temporaire, chômeur) donnent plus souvent des troubles psychosomatiques que les salariés occupant un poste stable.** Outre, les conduites addictives, le "**syndrome de la précarité**" se traduit, également, par la **fréquence des troubles du sommeil, de céphalées, de gastralgies.**

D'après ces études, **52 % des chômeurs masculins fument contre 36 % des actifs tandis que l'on note une consommation excessive d'alcool trois fois supérieure chez les chômeurs que chez les actifs.**

Chez la **femme "précaire", on note davantage d'atteintes psychiques que les hommes**, 2,4 fois plus de psychoses que chez les autres actifs, 1,9 fois plus de troubles du sommeil et 1,6 fois plus d'état d'angoisse et d'anxiété, elles ont, également, **un sentiment généralisé d'insécurité susceptible d'entraîner des comportements morbides et une tendance suicidaire.**

**Les pathologies les plus souvent rencontrées sont liées essentiellement à l'absence de soins, au défaut d'hygiène allant jusqu'au désintéressement total de son propre corps et l'absence de sensations du message de l'autre.**

Il va sans dire que la **diététique n'est pas la préoccupation essentielle et que la malnutrition est de règle.** »<sup>12</sup>.

Par ailleurs, ce rapport met également en évidence d'autres pathologies traitées ici par système :

**Les pathologies psychiatriques**, souvent liées à l'état d'exclusion ou de précarité, secondaires à

l'abus de substances psycho-actives et des conduites addictives.

La perte des différents repères affectifs, temporo-spatiaux font des malades en situation de précarité “ des sujets qui vivent dans un éternel présent répétitif. L'exclu est sans lien et sans lieu ”

**La pathologie dermatologique** est très fréquente. Liée à l'absence d'hygiène : gale, ulcère surinfecté, parasitose notamment, pédiculose entraînant des surinfections bactériennes ou parasitaires. On note également le retour des infections transmises par les poux chez les personnes sans domicile fixe.

**La pathologie infectieuse**, notamment virale (hépatite C, VIH) : pathologie d'autant plus grave que, souvent, ne sont traités qu'en phase terminale.

**Pathologie rhinopharyngée et broncho-pulmonaire** liée au tabagisme associée aux conditions de vie, notamment en période hivernale.

Il est important de noter une recrudescence de **la tuberculose**.

**La pathologie de l'axe digestif** est extrêmement fréquente liée à la malnutrition, aux carences vitaminiques, aux défauts d'hygiène bucco-dentaire, le tout accentué par l'alcoolisme. Les problèmes dentaires sont particulièrement fréquents.

A noter, également, associée à tous ces troubles de la nutrition, la prévalence indiscutable de l'état diabétique susceptible d'entraîner ou d'aggraver des troubles de la vision, accentuée, par ailleurs, par l'alcoolisme.

**La pathologie traumatique** est, également particulièrement fréquente, notamment chez les SDF, liée à la fois à la violence et à l'alcoolisation sans négliger la fréquence de l'épilepsie.

**La pathologie de la famille** : en effet, le retentissement de la précarité sur la cellule familiale entraînant divorce, maltraitance des enfants, souvent sous-scolarisés qui les prédisposent à des difficultés d'insertion dans le monde du travail.

**La morbidité** : “ la progression actuelle des processus de précarisation qui fragilisent les couches sociales les plus vulnérables, et susceptibles, à moyen terme, de provoquer une réelle dégradation de la santé de ces populations et, en particulier, de la jeunesse. Au-delà, la précarité, si elle s'aggrave, pourrait menacer l'état de santé de l'ensemble de la population française” (La progression de la précarité – Haut Comité de la Santé publique – février 1998).

L'augmentation de l'espérance de vie continue à être plus rapide pour les groupes aisés que pour les groupes défavorisés. Cet écart va continuer à s'aggraver.

## 3.9. Deux Idées Forces à Dégager

### 3.9.1. La Précarité n'est pas Statique mais correspond à une Dynamique

*« Pour nous, l'homme se définit avant tout comme un être "en situation". Cela signifie qu'il forme un tout synthétique avec sa situation biologique, économique, politique, culturelle, etc. On ne peut le distinguer d'elle car elle le forme et décide de ses possibilités, mais, inversement, c'est lui qui lui donne son sens en se choisissant dans et par elle », Jean Paul SARTRE (« Réflexions sur la question juive »), cité par Pierre Minaire.*

La Précarité est vue ici comme un état en mouvement, où la notion de temps est primordiale. Car en effet, une situation de précarité vue comme statique et répondant à des caractéristiques fixes ne saurait répondre à la complexité de ces situations. Chaque individu peut être en état de vulnérabilité sociale suite à « l'absence d'une ou plusieurs sécurités » sans pour autant devenir « précaire ».

Cette notion se doit donc d'être dynamique et de tenir compte de la singularité du parcours de chaque personne. C'est ainsi qu'Isabelle Parizot reprend l'idée retrouvée dans les différentes définitions de la précarité. Elle conçoit effectivement la précarité comme « un ensemble hétérogène de situations instables génératrices de difficultés diverses. Bien souvent, elles n'ont en commun que la forme de leur trajectoire, marquée par un cumul de handicaps et une dissociation progressive des liens sociaux. Ainsi, faut-il envisager la pauvreté non comme un état, mais comme un processus multidimensionnel ».

Par ailleurs Isabelle Parizot nous met en garde sur l'emploi « des termes globalisant tels que « précarité » ou « exclusion » » qui ne doivent pas « masquer la diversité des situations. Les personnes concernées ne forment pas une communauté sociale, ni même un groupe statistique reconnaissable par des critères socio-économiques traditionnels. »<sup>13</sup>.

Il est donc important de ne pas stigmatiser une population par ce type de critères car d'une part, cela risquerait de renforcer le phénomène de précarisation, et d'autre part, de consentir à une vision erronée de la précarité qui est à chaque fois très singulière.

C'est pourquoi on peut préférer d'employer les termes de **Situation de Précarité** à la place des termes généraux.

Cette "appellation" est d'autant plus pertinente qu'elle prend en compte la notion de réversibilité possible que reprennent les auteurs comme Jean Furtos dans les *Quatre stades socio-*

*psychologiques* de la précarité ou bien Daniel Benamouzig pour qui la notion de Précarité permet de « mettre l'accent sur le caractère réversible de la pauvreté. Contrairement à l'exclusion, qui inscrirait durablement la pauvreté aux marges de la société et en faisait par la même un problème résiduel, la précarité s'inscrit dans le cadre de régulations globales et dynamiques de la société. »<sup>1</sup>.

### **3.9.2. La Précarité doit se concevoir dans la Relation entre une Personne à son Environnement**

On s'aperçoit que dans l'ensemble des définitions, la précarité est défini comme un rapport délicat à un état d'insécurité. La personne perd ses repères et n'arrive plus à se raccrocher à des soutiens. Les repères sont divers ; il peut s'agir d'un emploi, de rapports familiaux ou communautaires, de qualité de vie, ou même d'un contexte politique. La personne se retrouve en équilibre entre ses différents points de structure. En cas de modification d'un ou plusieurs paramètres, l'équilibre va, soit se déplacer et la personne vit dans un nouvel équilibre qui peut tout à fait lui convenir, soit une situation de déséquilibre peut apparaître ou même l'équilibre peut être rompu ; c'est à ces niveaux que les risques de situation de précarité peuvent apparaître si les soutiens et la résistance personnelle à l'adversité ne sont pas suffisamment forts.

Cependant, ce qui semble important à noter ici est la considérable intégration nécessaire de l'environnement quand on parle de précarité. Une personne n'est pas "précaire" en soi, elle est soumise à un environnement plus ou moins défavorable qui la pousse à vivre une situation de précarité, à une perte des sécurités élémentaires ne permettant plus aux personnes et familles « d'assumer leurs obligations professionnelles, familiales et sociales et de jouir de leurs droits fondamentaux »<sup>3</sup>.

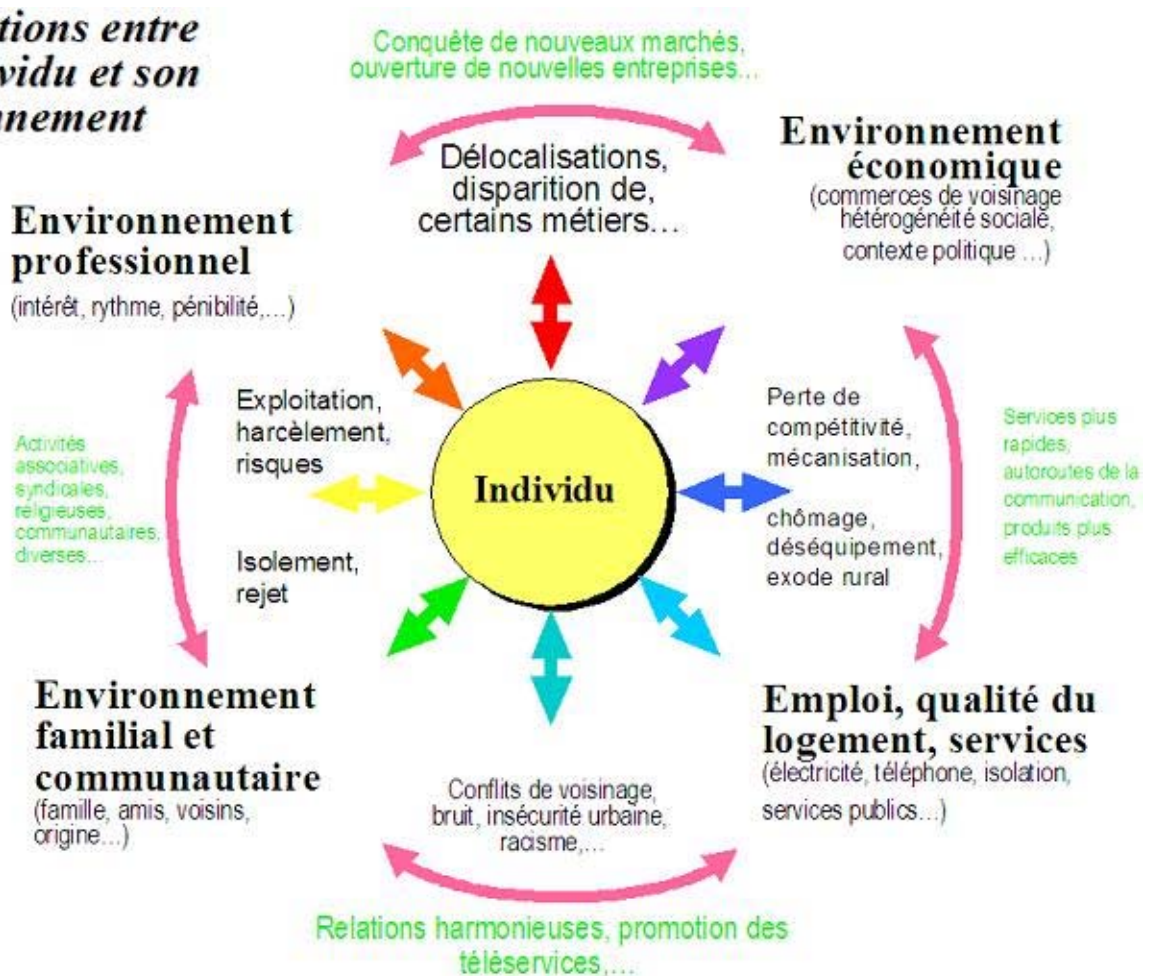
C'est dans la même optique que Pierre Larcher souligne l'importance et la complexité des interrelations entre l'individu, sa santé et son environnement.

« Tous les comportements de l'individu sont en effet liés à des interactions permanentes avec son environnement familial et communautaire, son environnement professionnel, son environnement économique, l'emploi, la qualité du logement, les services auxquels il a accès, autant qu'à l'environnement physique (climat, transports...) »<sup>7</sup>.

Par ailleurs, il paraît évident que toute personne soumise à ces processus de fragilisation ne deviendra pas « précaire ». La notion de Temps joue un rôle très important ici. En effet, la fragilisation s'installe et se pérennise dès lors qu'un de ces processus ait le temps de prendre racine dans la vie des individus.



## ***Interactions entre un individu et son environnement***



<sup>7</sup>document du Dr. Larcher (issu des transparents projetés lors du colloque au Centre Sèvres le 17 janvier 2007)

Cependant ces interactions à l'environnement peuvent aussi être très positives ; une amélioration du cadre professionnel, un renforcement des liens de solidarités avec son entourage,... etc. peuvent permettre un réel soutien dans les situations difficiles de fragilité et peuvent éventuellement éviter l'entrée dans une dynamique de précarisation.

Par ailleurs, l'individu trouvera plus facilement sa place dans la société s'il est acteur de son environnement. Par des actions au sein de son environnement, son entreprise, des associations, des syndicats,... il s'investit pour défendre sa place dans la société en travaillant avec et pour les autres. Ceci permettant au fond le maintien d'un rôle social et évitant le sentiment d'exclusion et d'abandon.

### **La complexité de l'interrelation forte entre personne et environnement :**

A ces rapports à l'environnement, on peut facilement se rendre compte qu'un déséquilibre peut en provoquer un autre et qu'en reprenant la métaphore du trampoline de Pierre Larcher, lorsque un élastique se rompt, la même pression totale est répartie sur un nombre inférieur d'élastiques ce qui provoque un risque supplémentaire que les autres élastiques sautent à leur tour. Par conséquent, à partir d'un moment il devient difficile de comprendre quel facteur est responsable d'un autre. Le rapport cause conséquence se retrouve très difficile à calculer. On perd le fil de la dynamique multidimensionnelle de la précarisation. Les relations entre les différents facteurs sont ainsi confondues.

Il est très difficile de répondre à la question permanente du rapport cause conséquence dans les facteurs et déterminants de la précarité. Et la prise de position ne peut-être que subjective. En effet, Chantal Nicole-Dancourt<sup>14</sup> (Chercheuse au CNRS en sociologie) explique que supposer un lien de causalité, soit considérer la précarité comme un état de "risque" revient à privilégier l'hypothèse selon laquelle, dans le contexte économique actuel, la précarité est productrice de dynamiques sociales essentiellement négatives.

A l'inverse, nier la causalité au départ pour analyser comment les personnes construisent et réinventent leur destin dans les situations difficiles incombe le postulat selon lequel la précarité est un processus dont le sens peut varier, voire dans certains cas, un processus producteur de dynamiques sociales positives.

Mais dans ce contexte d'interaction à l'environnement, le nombre d'intervenants ayant un rôle à jouer dans l'amélioration de la situation de notre personne en situation de précarité commence à devenir considérable. On peut noter la participation notamment des travailleurs sociaux de quartier, des urbanistes qui conçoivent de tels quartiers et des sociologues qui en étudient le fonctionnement, de la police ou de la justice, des enseignants ou des médecins généralistes ou spécialistes divers.

Dans ce contexte, quel rôle pour le médecin ? A-t-il sa place comme chef d'orchestre ?

Cette multitude d'intervenants motivera, à la fin des années 70, la création des premiers réseaux de santé de proximité.

### 3.10. Mesure de la Précarité

La notion de Précarité n'est donc pas facile à définir. A cette problématique, s'accorde le fait que la précarité n'est pas un concept mesurable.

Ceci pour différentes raisons ; tout d'abord, la précarité n'est pas toujours visible ou décelable. Souvent, d'ailleurs, elle est détectée par des médecins lors de visites médicales. De plus, comme l'explique Marie Thérèse ESPINASSE (Secrétaire Générale de l'observatoire national de la pauvreté et de l'exclusion sociale) « la précarité ne peut être mesurée qu'en référence à l'instabilité des situations au regard de multiples dimensions : irrégularités des ressources, liens avec le marché du travail, capital scolaire, situations familiales, conditions de logement, santé... ».

C'est pourquoi « il n'existe pas de mesure globale de la Précarité en dehors de données partielles relatives au marché du travail (CDD, temps partiel contraint...), à la situation familiale ou encore aux conditions de logement »<sup>15</sup>.

Ces mesures ne sont donc que partielles et ne témoignent qu'assez mal de la réalité du terrain. On a bien vu l'implication de la multitude des déterminants à une situation de précarité et on ne peut ainsi caractériser une personne de « précaire » car répondant à des critères normatifs. De surcroît, la notion de Précarité englobe bien une notion subjective et personnelle de son propre vécu.

Pour illustrer ce fait, voici le tableau 1 de l'article *Hôpitaux publics, T2A et handicap social : pour interroger nos évidences*<sup>16</sup>. Il représente les 14 indicateurs spécifiques recouvrant 213 items qui ont été utilisés pour évaluer un score de handicap social. (Un premier score est ainsi calculé pour tout patient au regard de chaque indicateur, puis, secondairement, l'agrégation de ces scores détermine un score de handicap par domaine. Ce score a varié de 4 à 16. Puis il a permis de déduire le niveau de handicap selon quatre classes pour chaque individu).

#### Indicateurs de handicap social retenus par domaines de handicap :

INDICATEURS	OBTENTION
Ind. de morbidité (Morbi)	Résulte de la sommation des maladies et des symptômes déclarés
Ind. incapacité (Incap)	Résulte de la sommation des problèmes de mobilité, d'autonomie et des difficultés à accomplir les activités quotidiennes
Ind. de risque (Riski)	Obtenu par la sommation de trois variables : être fumeur, consommer des boissons alcoolisées et l'association éventuelle des deux
Ind. des conditions de travail (Riske)	Composé de quatre variables : l'existence d'un travail de nuit (NUI), d'une pénibilité au travail (PEN), d'une accumulation du travail de nuit et de sa

	pénibilité éventuelle (CUM) et enfin d'une qualité de l'habitat dégradée (Acum)
Ind. de niveau de vie	Constitué par le revenu des personnes (Revenu)
Ind. de précarité (Précat)	Constitué de quatre variables : les difficultés financières (DEF), le taux d'aide financière (TAF), présence d'un chômage non indemnisé (Chom) et d'une accumulation des risques de précarité (Prestendett), à savoir une accumulation des prestations sociales et de l'endettement
Ind. de scolarisation (Scol)	
Ind. d'activités culturelles (Cultu)	Porté par trois variables : lecture d'un journal de livres et d'un indicateur présomptif de handicap d'insertion culturelle
Ind. relations familiales (Famille)	
Ind. relations avec les voisins (Voisins)	
Ind. de confort intérieur (CI)	Lui-même porté par quatre variables : le confort sanitaire (DF), l'équipement en biens durables (EQ), l'indice de peuplement (IP) et l'équipement complémentaire (EC)
Localisation du logement (Loca)	Composé de trois variables : proximité des commodités (DIS), critiques à l'environnement (Crit) et statut d'occupation (L)
Ind. d'actifs immobiliers (Immo)	
Ind. d'actifs mobiliers (Mobi)	

Le calcul de ce handicap social bien que très complexe est en partie essentiel car il fait partie des facteurs essentiels à la définition d'une situation de précarité. Mais on voit bien que la liste pourrait être bien plus longue encore et que l'indicateur de précarité sous la forme présentée ici dans le tableau ne saurait être suffisant : « Constitué de quatre variables : les difficultés financières (DEF), le taux d'aide financière (TAF), présence d'un chômage non indemnisé (Chom) et d'une accumulation des risques de précarité (Prestendett), à savoir une accumulation des prestations sociales et de l'endettement »<sup>16</sup>.

Il n'existe donc pas de calcul parfait pour évaluer une situation de précarité. Une mesure ne pourra jamais prendre en compte la singularité des parcours et la notion de personne et de son vécu dans une situation de précarité.

Cependant, on comprend l'utilité de ce type de mesure dans des travaux de santé publique afin de tenter de quantifier la précarité.

Chantal Nicole-Dancourt<sup>14</sup> souligne que la question que pose l'impossibilité de mesurer la précarité condamne effectivement à la polémique. Mais que d'un côté, elle est nécessaire car elle approfondit la question du sens ; et c'est de ce sens que dépend l'efficacité de l'action sociale.

<p style="text-align: center;"><b>UNE INITIATIVE DE PRISE EN CHARGE GLOBALE Les Réseaux de Santé</b></p>
--

Ainsi, dans le souci d'une prise en charge tenant compte de la complexité des situations de précarité, se sont développés des Réseaux de Prise en Charges. Ces réseaux tentent au quotidien de mesurer la singularité des situations de précarité et d'orchestrer l'intervention des différents intervenants nécessaires.

#### **4.1. L'Hôpital et l'Accueil des Démunis**

En effet, ils répondent au constat d'échec de l'offre de soins sous sa forme précédente.

En effet, la loi du 31 juillet 1991 affirme que l'accueil de toute personne est une obligation du service public hospitalier. Par conséquent, l'hôpital se doit de prendre en charge toute personne s'y rendant. De ce fait, « l'hôpital est devenu un lieu privilégié où les plus démunis peuvent non seulement faire valoir leurs droits d'accès aux soins mais également l'ensemble de leurs droits sociaux. Cette situation a conduit nombre d'établissements publics de santé à se transformer en un lieu d'orientation et à travailler en relation étroite avec les autres organismes publics.»<sup>17</sup>.

Cependant en pratique cet accès aux soins ne semble pas si évident. En effet, il existe différents facteurs d'inégalité d'accès aux soins hospitaliers remettant en cause la loi de 1993.

« Le premier de ces facteurs réside dans le comportement des personnes en situation de grande pauvreté qui, pour la plupart, ont perdu tout réflexe de recours aux soins. »<sup>17</sup>.

Par ailleurs, « L'ignorance ou la méconnaissance des droits, l'absence de toute initiative pour effectuer une démarche administrative, la complexité et la lenteur des procédures constituent une seconde cause de l'inégalité d'accès aux soins. »<sup>17</sup>.

Enfin, « un troisième facteur est d'origine financière. La demande d'une provision pour accéder à une consultation ou la remise d'une facture pour des soins effectués en urgence aux personnes en difficulté qui n'ont pas encore fait valoir leurs droits peuvent provoquer un découragement pour

engager toute démarche ou y donner suite »<sup>17</sup>.

Par ailleurs on peut dès lors imaginer comment ce recours hospitalier ne peut être une solution pérenne à une prise en charge globale de la personne.

En effet, en pratique l'accès aux soins hospitaliers correspond majoritairement à une prise en charge dans les services d'urgence dans les hôpitaux. Le suivi ne peut donc être réellement réalisé car la structure n'est pas adaptée. Les intervenants nécessaires à une prise en charge globale et dans le temps est antagoniste au fonctionnement actuel des urgences. Par ailleurs le roulement important des intervenants en milieu hospitalier ne permet pas facilement d'établir un lien solide avec des populations souvent à la recherche d'une écoute et d'un soutien à plus long terme dans une relation de confiance.

Par ailleurs, l'accueil aux urgences correspond aussi à une prise en charge en urgence de pathologies qui devrait être traitées bien plus précocement pour éviter les complications, les aggravations et l'irréversibilité de certaines pathologies. En effet, la prévention se doit d'être d'autant plus soutenue car souvent les populations en situations de précarité sont soumises à un nombre plus important de facteurs de risques multiples. Cependant, la difficulté de réalisation de cette prévention est multipliée dans un contexte uniquement hospitalier car trop inconstant, le suivi ne pouvant être réalisé.

C'est donc dans ce contexte que les réseaux de santé de proximité ont été réfléchis.

## **4.2. Réseaux de Santé, une Alternative efficace à la Prise en Charge Globale des Personnes en Situation de Précarité**

### **4.2.1. Principe**

Le but de ce système est de mettre en réseaux à partir de structures existantes « les professionnels du champ sanitaire et social, hospitalier, libéral ainsi que les professionnels chargés de l'insertion afin d'offrir aux populations des lieux visibles d'accueil, d'information, de prévention et d'orientation, voire de premiers soins »<sup>17</sup>.

Ces réseaux permettent donc la mise en place d'un suivi par un médecin généraliste qui peut accompagner ses patients hors des situations d'urgence. Le contexte social souvent difficile qui est associé à ces personnes nécessite la collaboration d'autres acteurs, dans le domaine de la santé mais également dans le domaine social, ceci dans le but d'une prise en charge globale de la personne.

Le médecin jouant en quelque sorte le rôle de chef d'orchestre en proposant les différents intervenants en fonction de la singularité des besoins de son patient.

C'est dans ce cadre que les Agences Régionales d'Hospitalisation soutiennent ces initiatives en affirmant que « La médecine de ville doit pouvoir s'ouvrir sur l'hôpital comme l'hôpital sur la médecine de ville. [...] Divers instruments de coopération existent et il s'agit de les mettre en œuvre. Parmi eux le réseau, concept récemment apparu, constitue un mode privilégié à développer. Il remet en cause une organisation de l'offre de soins trop segmentée pour adopter une structuration horizontale de l'offre de soins par pathologie ou par population. La coopération doit également s'effectuer en amont et en aval de la prise en charge hospitalière. A ce titre, l'articulation avec l'ensemble du système de soins incluant la médecine de ville, le secteur médico-social et la psychiatrie doit être développée. »<sup>18</sup>.

#### **4.2.2. Réseau et Encadrement Juridique**

Par ailleurs, d'un point de vue juridique, les réseaux sont notamment intégrés dans le Code de la Santé Publique et le Code de la Sécurité Sociale où l'article 162-31-1 rappelle les objectifs de ces réseaux :

« Les **objectifs** de ces réseaux sont :

- promouvoir de nouvelles formes de prise en charge des patients,
- organiser un accès plus rationnel au système de soins,
- organiser une meilleure coordination de la prise en charge que ce soit dans le domaine des soins ou dans celui de la prévention,
- maîtriser l'évolution des dépenses de soins. »<sup>19</sup>.

#### **4.2.3. Bénéfices, Risques et Investissement des Patients**

Ce système, qui semble donc bien efficace par certains côtés comme la prise en charge globale et par conséquent la participation des usagers vécue comme une forme de reconnaissance de la personne dans sa singularité, peut connaître également des travers qu'il convient de surveiller.

En effet, on peut se demander si ces réseaux ne peuvent devenir des moyens de contrôle social ou bien complexifier l'accès aux soins des patients. En effet, une bonne prise en charge doit aussi tenir compte de la facilité d'accès, ceci d'autant plus chez les personnes en situations de précarité chez qui la demande de soins n'est plus toujours un acte naturel, ou peut parfois s'accompagner d'un sentiment de honte.

La participation des personnes dans leur parcours de soins et de "réhabilitation sociale" semble donc essentielle à la réussite de la prise en charge. C'est ainsi que les derniers mots du rapport de l'OMS, *Les Systèmes de Santé s'attaquent à la pauvreté*, affirme la nécessité « d'investir dans les gens, de les encourager à trouver leurs propres solutions, de les aider à faire connaître les enseignements qu'ils en ont tirés, et d'unir ses forces aux leurs pour montrer que les compétences et les qualifications nécessaires pour changer les choses sont à portée de main »<sup>20</sup>.

## **4. Analyse du Réseau ASDES**

### **4.3.1. ASDES**

Le réseau ville-hôpital ASDES (Accès aux Soins, aux Droits et Education à la Santé) prend racine dans le département des Hauts-de-Seine et ses communes limitrophes. ASDES s'organise autour d'une centaine de médecins adhérents consultants en libéral et en milieu hospitalier au sein de deux établissements pivots, L'hôpital Corentin-Celton (AP/HP) d'Issy-Les-Moulineaux et la Polyclinique de l'Hôpital Max Fourestier de Nanterre.

Les populations types prises en charge sont des personnes en grandes difficultés sociales et connaissant des déficits de prise en charge de santé ainsi que des personnes encore insérées mais présentant un cumul de facteurs de risques les fragilisant.

### **4.3.2. Objectifs**

L'objectif de ce Réseau est donc la « prise en charge multifocale axée sur les problèmes de santé. Ces problèmes de santé jouent le rôle de porte d'entrée pour une prise en charge médicale et sociale des personnes en situation de précarité ou de vulnérabilité sociale »<sup>21</sup>.

En effet, l'équipe médico-sociale souligne que la « la prise en charge alliant le médical et le social s'avérait nécessaire. Les populations venant consulter n'ayant pas leur droits sociaux ouverts, l'importance d'un accompagnement pour ouverture de ces droits pour des populations parlant mal le français et/ou perdues dans le dédale administratif est une considération éthique majeure de la santé publique clinique »<sup>21</sup>.

Ainsi, le réseau a vu la nécessité de l'intervention de médecins dans le cadre d'une prise en charge classique, mais également d'une réflexion d'ethno médecine et d'ethno psychiatrie qui nécessite ainsi également la participation de psychologues, d'assistante sociale et de travailleurs sociaux.



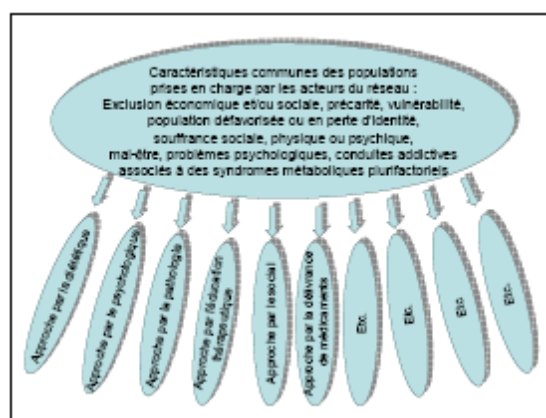
### 4.3.3. Principe de Fonctionnement

L'originalité de ce réseau réside également dans l'approche spécifique et différenciée. En effet, il existe plusieurs méthodologies d'entrée pour le réseau, liées au multiculturalisme des populations suivies, mais qui peut parfois apparaître comme assez flou :

« Si l'on raisonne sur les populations cible, précisément identifiées (diabétiques, populations à risques cardio-vasculaires, patients à risques de pathologies infectieuses, conduites addictives, etc.) on ne sait plus sur quel terrain intervient précisément le réseau : sur des populations précaires, des populations défavorisés, des patients combinant plusieurs pathologies chroniques, des diabétiques, des hypertendus, des déprimés, etc.

Par contre si l'on revient aux concepts fondamentaux sous-tendant l'action du réseau – la prévention et l'accès au soins pour des publics vulnérables – la multiplicité des pratiques et les démarches itératives des acteurs du réseau reprend son sens »<sup>22</sup>.

Le schéma<sup>22</sup> ci dessous tente d'illustrer cette diversité d'approche.



### 4.3.4. Critères d'Inclusion au Réseau

Les critères d'inclusion à ce réseau sont évalués par le médecin lors de la consultation en prenant connaissance des comportements alimentaires, personnels, intimes et sociaux de son patient.

Ces critères d'inclusion sont donc :

1. Si les personnes sont envoyées par une association ou par un partenaire institutionnel, les patients doivent tous être inclus.  
et/ou
2. Les personnes qui présentent au moins 3 facteurs de risque détaillés dans le dossier, ou 3 éléments de retard de prévention peuvent être incluses.  
et/ou
3. Les personnes qui nécessitent impérativement un recours à au moins un professionnel du

réseau, en plus du médecin (psychologue, assistante sociale, diététicienne) peuvent être incluses, dans la mesure où elles ne peuvent y accéder en dehors du Réseau.

L'identification sociale des patients en situation de précarité se fait tout d'abord sur des items comme<sup>23</sup> :

- la communication (limitée, analphabète, handicap)
- les difficultés liées au logement
- le chômage, le RMI, les emplois en CDD
- le défaut de couverture de base, l'accès à la CMU, AME ou CMU Complémentaire

Ainsi, pour chaque groupe de patients "précaires" le médecin recherche une combinaison de facteurs de risques médicaux parmi lesquels le Réseau ASDES retient<sup>23</sup> :

- l'alcoolisme
- le tabagisme
- le surpoids
- patients à risques d'Infections Sexuellement Transmissibles (VIH, VHB, VHC et MST)
- patients non à jour pour les vaccins (DTP polio, BCG, Hépatite B, Grippe)
- patientes non à jour pour le frottis cervico-vaginal
- patientes non à jour pour la mammographie
- patients non à jour pour la coloscopie
- patients diabétiques (non suivis ou non traités)
- patients hypertendus (non suivis ou non traités)
- patients ayant une dyslipidémie (non suivis ou non traités)
- Incontinence urinaire
- patients ayant une souffrance psychique
- patientes avec déficit de contraception
- patients juste au dessus du niveau CMU mais rencontrant des difficultés financières pour se soigner

#### **4.3.5. Résultats**

Une évaluation<sup>24</sup> en octobre 2004 sur 2134 dossiers avait montré l'importance du cumul des facteurs de risques et posait un chiffre moyen de 4 par patient, soit 2 à 8 par personne et 7% de la population représentant la population prise en charge par le réseau cumule en moyenne 6 facteurs de risques médicaux et/ou sociaux.

Ces facteurs de risques ont été retenus après le travail de mise à jour « des déterminants de santé publique dans le cadre de la loi du 11 août 2004 »<sup>23</sup>.

Par ailleurs, précédant le cadre de la loi de Mars 2002 introduisant la notion de « Démocratie Sanitaire », ASDES proposait le consentement à ces patients ainsi qu'un dossier médical informatisé.

Les résultats<sup>22</sup> de cette prise en charge sont évalués par le Réseau à 80% positifs (37% très positifs et 43% plutôt positifs).

Par ailleurs, « le suivi au long cours des patients à risques semble assuré par le réseau »<sup>22</sup>.

Cependant on peut noter la prise en charge nettement plus difficile au long cours en ce qui concerne la prise en charge des souffrance psychiques ; « moins de 40% des patients sont encore en traitement au bout d'un an »<sup>22</sup>. Les souffrances psychiques ne sont pas les seules à connaître une difficulté particulière de prise en charge à long terme ; « Ce constat est encore plus marqué pour le tabagisme »<sup>22</sup>.

A ce phénomène, le réseau se défend en mettant en avant la nécessité de faire des choix financiers lors du développement du réseau : « Le budget prévu pour l'intervention directe des professionnels de santé mentale et de psychiatrie a été réduit et la relation avec la psychiatrie institutionnelle, notamment les Centres Médico-Psychologiques a été privilégiée »<sup>22</sup>.

#### **4.3.6. Aspects Ethiques**

Enfin, on peut s'apercevoir que ce réseau de par son fonctionnement, prend éminemment en compte des valeurs éthiques fondamentales dont notamment celles de considérer les patients comme des personnes humaines et non pas seulement comme des malades à guérir. En effet, la prise en charge globale des patients dans leur singularité, l'importance donnée au suivi et l'autonomie qui leur ait accordé sont des valeurs précieuses du Réseau qui vont fortement dans le sens d'une éthique de responsabilité.

### **4.4. Autres Initiatives Originales en Europe**

Cependant, ce système de réseaux locaux, bien qu'aujourd'hui très efficace n'est pas la seule initiative à une bonne prise en charge des personnes en situations de précarité. En effet, d'autres alternatives sont expérimentées ou employées dans d'autres pays.

#### **4.4.1. L'*Arztmobil* du Docteur Trabert**

En Europe, on peut citer notamment le cas de l'Allemagne où, dès 1994, le Dr. Trabert propose des consultations à des sans-abri directement sur leur lieux de vies. Pour ce faire, ce médecin a mis en place un système de soins composé d'une consultation ouverte avec un médecin généraliste et une infirmière dans un foyer de sans-abri ou un centre de jour mais aussi et surtout une consultation ouverte dans une camionnette – *Arztmobil (Docteur mobile)*- équipée d'une « salle » de consultation à l'arrière qui sillonne les endroits de la ville où se regroupent les sans-abri. En parallèle l'équipe de soins propose aussi des soins médicaux et palliatifs pour les malades graves ou en phase terminale, ceci dans les foyers de sans-abri.

Cette initiative originale permet de répondre à l'appréhension de ces personnes qui font très peu confiance au système car ils y ont fait « de mauvaises expériences, ont peur d'être expulsés et qu'ils sont en général trop gênés pour se rendre dans les centres de soins ordinaires – que ce soit les hôpitaux ou les cabinets de médecin généraliste ».

Le Dr. Trabert est le premier à dire que cette expérience locale extrêmement pragmatique n'a pas eu besoin d'une réforme en profondeur du système de santé, mais que cependant, en cas de succès, cela pourrait « servir d'argument et ouvrir la voie à des changements structurels ».

Cette expérience de Mayence est l'illustration de l'importance des initiatives locales qui méritent à être connues et développées. Bien entendu le Dr. Trabert ne résout pas toutes les questions complexes autour de la prise en charge des sans-abri mais apporte une solution parmi d'autres à la difficulté de l'accès au soins des personnes exclues.

Cependant, le Dr. Trabert se défend de mettre en place un système de soins à deux vitesses :

« Nous ne voulons pas créer un système spécial pour les sans-abri, en marge des services de santé ordinaires. Nous ne mettons pas en place des soins de santé spéciaux pour les sans-abri, nous ne faisons qu'en démontrer la nécessité. Notre objectif n'est pas d'avoir un système séparé bien organisé, mais de faire en sorte que le système officiel reconnaisse la nécessité de prendre les sans-abri et leurs besoins particuliers au sérieux, en leur proposant un type de service qui puisse leur être utile. »

Une autre idée originale développée à Mayence afin de permettre un suivi sanitaire et l'utilisation du *Krakenpass*, le carnet de santé du patient. « Il renferme la liste des vaccinations et autres informations médicales nécessaires ». Ainsi, tout patient peut faire valoir son parcours de soins dans un établissement de santé classique.

#### **4.4.2. La Prise en Charge des Migrants à *San Gallicano***

Une part des personnes en situation de précarité est représentée par les populations migrantes. Leur prise en charge est déjà complexe par les caractéristiques fréquentes des situations de précarité, mais s'ajoute à cela deux caractéristiques propres, celle des pathologies spécifiques de certaines populations en fonction de leur origine, et celle des fossés culturels.

C'est dans ce contexte qu'en Italie, le Service de Médecine Préventive de l'Institut San Gallicano à Rome a mis en place une structure d'accueil pour ces populations migrantes.

Cet institut est ouvert à tous, Italiens ou étrangers, mais tout particulièrement pour les immigrés, sans-abri, nomades ou pauvres ne disposant pas d'assurance maladie.

« Depuis 1996, les soins sont dispensés avec l'assistance de médiateurs linguistico-culturels, qui accueillent les patients étrangers et leur décrivent le service dans leur propre langue. »

Cette approche permet de faciliter « la compréhension culturelle et linguistique des diagnostics et des thérapies » et ceci dans le but de d'adapter au mieux la prise en charge.

L'institut donne notamment l'exemple des besoins des patients musulmans pendant le ramadan.

Le Dr. Morrone confirme cet exemple : « Au début, il y a eu quelques malentendus. Nous recommandions aux patients sous cortisone de prendre leurs médicaments le matin au petit déjeuner, en fonction du rythme circadien de l'hormone naturelle. Nous avons dit cela à un patient musulman souffrant de dermatite diffuse grave ».

Cependant, quelques jours plus tard, le patient est revenu consulter car son état s'était aggravé.

« Un médiateur culturel nous a aidé à comprendre le cas. En raison du ramadan, le patient ne prenait pas de petit déjeuner et ne prenait donc pas ses comprimés de cortisone. Son état a commencé à s'améliorer quand il s'est mis à prendre les comprimés, en dépit de la pharmacologie et du rythme circadien, après le coucher du soleil ».

Comme le montre cet exemple, l'apport de l'anthropologie est donc essentiel à la prise en charge médicale.

#### **4.4.3. *Blackpool* et l'Apport du Social au Médical**

De l'autre côté de la Manche, dans la ville de Blackpool, il a été mis en place des consultations médicales gratuites combinant aide sociale et soins de santé. Cette station balnéaire du nord de

l'Angleterre anciennement très fréquentée connaît son déclin et par conséquent fait face à un chômage important, et aux addictions qui y sont souvent associées comme l'alcoolisme et la toxicomanie.

C'est parce que les médecins n'ont aucune formation pour ce qui est du conseil en matière de droits sociaux que cette unité s'est associée avec « le Centre de Consultations Gratuites (CAB) local, une association caritative britannique bien établie qui se spécialise dans la prestation de conseils impartiaux sur n'importe quel sujet abordé par le consultant ».

Dans cet objectif, les observations des médecins servent de base pour tenter de déterminer une action « sur les causes non médicales des troubles de la santé ».

[Ces trois exemples sont tirés du document, <sup>20</sup> OMS, *Les Systèmes de Santé s'attaquent à la pauvreté, études de cas en santé publique.*]

Ces trois exemples ne représentent qu'un modeste échantillon parmi l'ensemble des initiatives expérimentées dans la prise en charge médicalisée des personnes en situation de précarité ou d'exclusion. Mais ils sont tous les trois intéressants car répondent tous les trois à des aspects spécifiques d'une prise en charge globale et pragmatique. Ils répondent ainsi à l'accès aux soins au-delà de l'appréhension de la demande de soins et de toute forme d'aide, à la prise en compte des facteurs culturels et ethnologiques des patients dans le but d'une compréhension et thérapeutique réussie, ainsi qu'à l'attente de réponses concrètes sur des problèmes de santé liés à des contextes sociaux.

<p style="text-align: center;"><b>SITUATION DE PRECARITE ET</b> <b>SITUATION DE HANDICAP</b> Quelles limites entre ces deux concepts</p>
--

*« **HANDICAP** (anglais : **Handicap**). C'est un mot d'origine anglaise (« hand in the cap » : la main dans le chapeau) qui est entré dans la langue française par le langage des champs de courses de chevaux. Ce qui nous paraît devoir être retenu de son étymologie c'est qu'il désigne un système d'égalisation des chances dans lequel les plus faibles se retrouvent au même niveau que les autres, « à part égale ». Les situations de handicap naissent de la confrontation (concrète ou non) entre une personne et la réalité d'un environnement physique, social et culturel. Les situations de handicap se rencontrent dans : les actes de la vie courante, de la vie familiale, de la vie de loisirs, dans l'éducation, dans le travail et dans toutes les autres activités de la vie, y compris les activités bénévoles, de solidarité et de culte, dans le cadre de la participation sociale. »<sup>25</sup>*

Claude Hamonet

[<http://claudio.hamonet.free.fr/fr/glos.htm#H>]

[l'ensemble de cette Partie III a été richement inspirée par les travaux du Professeur Claude Hamonet disponible sur son site Internet : <http://claudio.hamonet.free.fr/>]

## **5.1. La Définition Légale**

La notion de Handicap a depuis le 11 février 2005 une définition légale.

En effet, la loi stipule (article 2) que : « constitue un handicap, au sens de la présente loi, toute limitation d'activité ou restriction de participation à la vie en société subie dans son environnement par une personne en raison d'une altération substantielle, durable ou définitive d'une ou plusieurs fonctions physiques, sensorielles, mentales, cognitives ou psychiques, d'un [polyhandicap](#) ou trouble de santé invalidant ».

## 5.2. Les Différentes Classifications du Handicap

« Plus qu'un simple instrument de communication, le langage illustre la façon dont on se représente mentalement une réalité. Il n'est donc pas étonnant que les mots employés pour parler des personnes handicapées aient fait l'objet d'une remise en question parallèle à l'évolution de leur place dans la société »

Patrick Fougeyrollas, Québec

### 5.2.1. La Classification des Handicaps « dite de Wood », OMS, 1980

La première tentative de classification des conséquences des maladies de l'OMS date de 1980 avec la *Classification Internationale des handicaps dite « de Wood »*. Elle prenait en compte trois concepts :

- La *déficiences* : "Dans le domaine de la santé, la déficiences correspond à toute perte de substance ou altération d'une fonction ou d'une structure psychologique, physiologique ou anatomique."
- L'*incapacité* : "Dans le domaine de la santé, une incapacité correspond à toute réduction (résultant d'une déficiences), partielle ou totale, de la capacité d'accomplir une activité d'une façon, ou dans des limites considérées comme normales, pour un être humain."
- Le *handicap* : "Dans le domaine de la santé, le handicap est un désavantage social pour un individu qui résulte de sa déficiences ou de son incapacité et qui limite ou interdit l'accomplissement d'un rôle considéré comme normal compte tenu de l'âge du sexe et des facteurs socioculturels."

Cependant cette classification ne fit pas l'unanimité. En effet, un des reproches qui lui est fait est « la confusion entre l'organique (anatomie) et le fonctionnel (psychologique) »<sup>26</sup>. En effet, Claude Hamonet explique que cette association « est une entrave au raisonnement médico-social du fait, là aussi, d'un amalgame entre la structure du corps et les fonctions humaines qui permettent l'autonomie de l'Homme et sont caractéristiques de l'Homo Sapiens Sapiens que nous sommes tous avec ou sans situation de handicap. Ceci n'exclut pas d'introduire une fonction d'apparence qui est essentielle dans le lien social et à l'origine de bien des exclusions et rejets »<sup>26</sup>.



## 5.2.2. La Classification de la Fonctionnalité, du Handicap et de la Santé, OMS, 2002

Plus de vingt ans plus tard, en 2002, l'OMS propose la CIF, la *Classification de la fonctionnalité, du handicap et de la santé*. Cette définition distingue 5 niveaux :

- Les *fonctions organiques* : désignent les fonctions physiologiques des systèmes organiques (y compris les fonctions psychologiques).
- Les *structures anatomiques* : désignent les parties du corps humain, telles que les organes, les membres et leurs composantes.
- Une *activité* : signifie l'exécution d'une tâche ou le fait pour une personne de faire quelque chose.
- La *participation* : signifie l'implication dans une situation de la vie réelle.
- Les *facteurs environnementaux* : constituent l'environnement physique, social et attitudinal dans lesquels les gens vivent et mènent leur vie.

Cette définition permet d'introduire discrètement les notions de situations de handicap et l'importance du rôle que joue l'environnement.

Cette avancée est la résultante de la confrontation de deux visions divergentes du concept d'handicap.

## 5.3. Deux Courants pour Deux Concepts

D'un côté, on distingue le *Courant Médical* qui considère le handicap comme la conséquence d'une maladie ou d'un traumatisme. C'est ce courant qui est représenté dans la *Classification* dit « de Wood ».

De l'autre côté, on observe le *Courant Anthropologique* exprimant l'importance de l'environnement dans la notion du Handicap.

Au sein de ce courant, deux expressions se détachent :

- ➔ une vision québécoise (Patrick Fougere, de l'Université Laval à Québec, avec la Société canadienne de la CIDIH et le Comité québécois de la CIDIH, à Québec), qui propose un "*Processus de production des handicaps*" et distingue, parmi les facteurs

environnementaux, ceux qui sont personnels et ceux qui sont contextuels.

- une vision franco-portugaise (Claude Hamonet avec l'Université Paris12 Val-de-Marne à Créteil et Teresa Magalhães à L'Institut médico-légal et à l'Université de Porto), qui propose un *Système d'Identification et de Mesure du Handicap, SIMH*) dans laquelle les deux éléments fondamentaux sont : les situations de la vie qui conditionnent le handicap et la subjectivité (ou point de vue de la personne) qui conditionnent sa façon de réagir face à son état corporel, fonctionnel et situationnel.

Le Professeur Claude Hamonet, un des fondateurs de ce concept, reconnaît que cette approche est délibérément "positive". En effet, ne parlant plus de "classification" mais d' "identification", elle replace la notion de personne au sein de la société et du processus de santé. De plus, « elle introduit une démarche en santé qui dépasse le seul handicap puisqu'elle est utilisable également pour aborder la douleur ou les soins palliatifs »<sup>27</sup>.

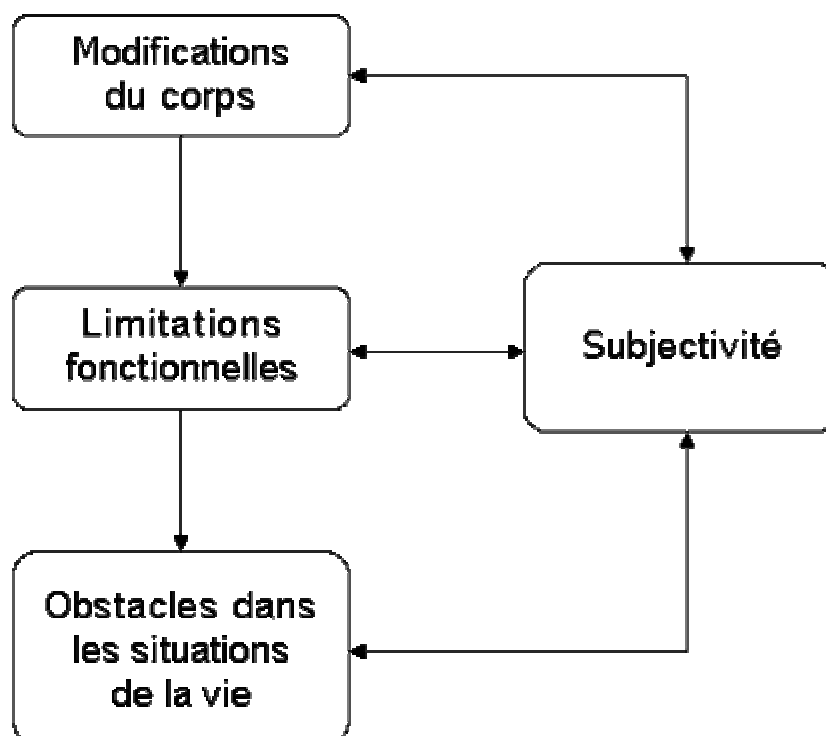
#### **5.4. Système d'Identification et de Mesure du Handicap (SIMH)**

Ainsi, Le **Système d'Identification et de Mesure du Handicap (SIMH)** définit le handicap à 4 niveaux<sup>27</sup> :

1. **Le Corps** : Ce niveau comporte tous les aspects biologiques du corps humain, avec ses particularités morphologiques, anatomiques, histologiques, physiologiques, et génétiques. Certaines modifications du corps d'origine pathologique (maladie ou traumatismes) ou physiologiques (effets de l'âge, grossesse...) peuvent entraîner des limitations des capacités. On voit donc que les modifications pathologiques ne sont pas les seules en cause.
2. **Les Capacités** : Ce niveau comporte les fonctions physiques et mentales (actuelles ou potentielles) de l'être humain, compte tenu de son âge et de son sexe, indépendamment de l'environnement où il se trouve. Les limitations des capacités (réelles ou supposées), propres à chaque individu, peuvent survenir à la suite de modifications du corps mais, aussi, du fait d'altérations de sa subjectivité.
3. **Les Situations de la Vie** : Ce niveau comporte la confrontation (concrète ou non) entre une personne et la réalité d'un environnement physique, social et culturel. Les situations rencontrées sont : les actes de la vie courante, familiale, de loisirs, d'éducation, de travail et de toutes les activités de la vie, y compris les activités bénévoles, de solidarité et de culte, dans le cadre de la participation sociale.
4. **La Subjectivité** : Ce niveau comporte le point de vue de la personne, incluant son histoire

personnelle, sur son état de santé et son statut social. Il concerne tous les éléments subjectifs qui viennent compromettre ou supprimer l'équilibre de vie de la personne. Il représente le vécu émotionnel des événements traumatisants (circonstances d'apparition et d'évolution, annonce et prise de conscience de la réalité des faits et acceptation de vivre avec sa nouvelle condition.

Cette équipe propose ce schéma explicitant les interactions permanentes entre ces 4 niveaux :



On comprend assez bien ainsi comment un handicap peut être un facteur d'exclusion par son côté stigmatisant, en réduisant une personne par sa déficience.

Dans ce sens Claude Hamonet explique que « Bien des personnes handicapées sont en état *de mort sociale*, du fait de leur corps qu'elles ne veulent pas montrer ou qui ne leur donne pas les capacités fonctionnelles de faire face aux obstacles handicapants qu'elles rencontrent au quotidien dans leur vie personnelle et dans leur participation sociale »<sup>26</sup>.

C'est pourquoi il est nécessaire de définir le handicap à partir des confrontations interactives entre la personne et son environnement.

Dans ce sens, il convient de bien définir le handicap afin d'éviter l'exclusion. Dans ce sens, la Déclaration de Madrid de 2002 propose cette définition :

« **Constitue un handicap (ou une situation de handicap) le fait, pour une personne, de se trouver, de façon durable, limitée dans ses activités personnelles ou restreinte dans sa participation à la vie sociale du fait de la confrontation interactive entre ses fonctions physiques, sensorielles, mentales et psychiques lorsqu'une ou plusieurs sont altérées et, d'autre part, les contraintes physiques et sociales de son cadre de vie.** »<sup>26</sup>.

## **5.5. Interactions entre le SIMH et la Notion de Précarité**

A la lecture de cette définition, on ne peut ne pas faire le rapprochement avec la définition dynamique que donnait le Père Wresinski de la Précarité : « **l'absence d'une ou plusieurs des sécurités, notamment celle de l'emploi, permettant aux personnes et familles d'assumer leurs obligations professionnelles, familiales et sociales et de jouir de leurs droits fondamentaux** »<sup>3</sup>.

En effet, la situation de précarité connaît les caractéristiques du handicap selon la définition anthropologique de Claude Hamonet et Theresa Magalhães.

Les 4 niveaux peuvent être utilisés pour définir la progression d'une situation de précarité qui se dégraderait vers l'exclusion.

En effet :

1. **Le Corps** : on a vu la prédominance des facteurs de risques dans les populations en situation de précarité ainsi que la diminution de la démarche de soins provoquant l'apparition de pathologies graves chez ces personnes.
2. **Les Capacités** : elles peuvent être altérées chez les personnes en situation de précarité dû à l'altération de la subjectivité, d'une dévalorisation (par soi-même et/ou par le regard de l'autre) ainsi que la perte de l'estime de soi.
3. **Les Situations de la Vie** : la définition de la précarité insiste sur la difficulté de réaliser les obligations professionnelles, familiales et sociales, et ainsi d'accomplir un rôle social au sein de la société.
4. **La Subjectivité** : les situations de précarité, et à fortiori au stade d'exclusion, remettent en cause la vision de la personne au sein de la société. « Les gens qui ne sont pas regardés, ne se regardent plus » soulignait Xavier Emmanuelli. A des stades très avancés des processus de précarisation, on reconnaît chez les exclus un détachement entre la personne et ses sensations ; « *Pour ne plus vivre certaines souffrances extrêmes, il faut s'exclure de soi-même, ne plus sentir, ne plus ressentir et utiliser des moyens psychiques de rupture extrêmement coûteux à type de déni, clivage, projection* »<sup>6</sup> affirme Jean Furtos.

Ainsi on peut observer le lien constant entre *Précarité* et *Handicap*. Il existe un cycle permanent entre ces deux situations. En effet, clairement, une situation de Précarité constitue une situation de Handicap selon une vue anthropologique situationnelle. L'environnement fait des personnes en situation de précarité des personnes en situation de handicap.

En parallèle, une personne en situation de handicap répond aux critères d'une personne en situation de précarité, étant en absence de certaines sécurités lui empêchant de réaliser certaines fonctions sociales.

Il existe donc un cercle "vieux" entre ces deux situations où le seul moyen de le briser est d'agir sur la vision environnementale. En effet, à moins d'agir sur un handicap directement, le levier à actionner semble être le regard de la population sur les personnes en situation de précarité et/ou de handicap. En effet, ce profond changement bénéficierait non seulement aux personnes stigmatisées ayant un handicap ou étant "précaires" mais aussi à la société dans son ensemble. « Une société qui ferme la porte à une partie de ses membres est une société qui s'appauvrit »<sup>26</sup>. [*Déclaration de Madrid, 2002*]



## CONCLUSION

Dans une société comme la notre ou une partie du lien social est basée sur la solidarité, de part le fonctionnement de notre système de santé, nous nous devons de porter une grande importance aux personnes en état de vulnérabilité. La fragilité intrinsèque de toute personne, accentuée par des situations défavorables, augmente la responsabilité des institutions qui se doivent ainsi de pallier à cette fragilité et d'apporter une aide.

Cependant, « la prise en charge de l'exclusion et de la vulnérabilité, ne doit pas en fait se professionnaliser entre les mains d'un petit nombre mais être un enjeu d'implication de tous, dans toutes les institutions, particulièrement dès lors qu'elles concourent aux missions de services public. Ainsi tout médecin au sein de toute consultation [...], tout acteur de santé, tout acteur du service public [...] doit être à même de repérer les états de précarité, les plus minimes soient-ils, pour les prendre en compte, ne pas les négliger, et éviter ainsi le passage de la précarité vers l'exclusion. L'investissement ne doit donc pas porter sur la grande exclusion principalement, mais sur les situations de précarité »<sup>28</sup>.

En effet, il ne faut plus que les actions entreprises soient menées par un corpuscule de médecins engagés défendant leurs convictions mais que cette logique de prise en charge globale des personnes en situations de précarité devienne inhérente à la pratique médicale. Comme le propose la célèbre maxime de Max Weber, « il faut substituer à l'éthique de conviction, l'éthique de responsabilité ».

De plus, « la médecine ne peut plus apparaître comme un moyen de recomposer un corps dont la représentation serait mécanique, du type "homme-machine", mais désormais comme une pratique sociale qui prend en compte l'humanité même, incarnée dans une attitude de respect de la personne humaine et d'amour de l'autre »<sup>28</sup>.

Par ailleurs, le médecin ne peut être le seul à réaliser ce changement. En effet, il est certes « l'acteur privilégié, grâce au secret professionnel tout à fait particulier qui l'anime, protégeant toujours le patient et permettant la libre communication »<sup>28</sup>, mais tel un chef d'orchestre, il faut qu'il transmette aux autres acteurs la bonne tonalité sur laquelle il faut s'accorder.

Ces autres acteurs sont bien évidemment les autres intervenants dans la prise en charge médicale et sociale mais également l'ensemble de la population qui par sa vision dénuée de jugement permettra de ne plus stigmatiser des populations souhaitant réintégrer leur rôle au sein de la société.

Il semble dès lors qu'une véritable éducation sur ces questions est nécessaire afin de permettre au plus grand nombre d'essayer de comprendre les personnes en situation de précarité. Car comme le soulignait intelligemment André Malraux « Juger, c'est de toute évidence ne pas comprendre puisque, si l'on comprendait, on ne pourrait pas juger. »

Ainsi, l'appropriation de ces thématiques par l'ensemble de la population est le moyen de réaliser un véritable projet de société. Et de ce fait, d'introduire un débat éthique non plus théorique mais prenant racine dans la vie quotidienne et fondant « une vision humaine de la santé publique »<sup>28</sup>.

Cependant, ce chemin risque d'être encore long au vu de la difficulté et la lenteur que demandent les révolutions en profondeur des perceptions et du regard sur l'autre. Il faut continuer les initiatives locales, nationales et même européennes qui ont pour but au quotidien d'essayer de se diriger vers « une vie bonne avec et pour les autres, dans le respect des institutions justes » si cher à Paul Ricœur.

## BIBLIOGRAPHIE

- <sup>1</sup> Benamouzig Daniel, *Des mots pour le dire : exclusion et précarité, catégories d'action publique* ; extrait de *Précarité et Santé*, Lebas J. et Chauvin P. ,éd. Flammarion.
- <sup>2</sup> Kouchner B. *Préface de Précarité et Santé*, Lebas J. et Chauvin P. ,éd. Flammarion.
- <sup>3</sup> Conseil Economique et Social, par M. Joseph Wresinski : *Grande Pauvreté et Précarité Economique et Sociale, 1987*, p. 6 : I. *Définition de la grande pauvreté et des populations concernées*
- <sup>4</sup> Haut Comité de Santé Publique ; *La progression de la précarité en France et ses effets sur la Santé* ; 02-1998, p. IX
- <sup>5</sup> Mission Régionale d'Information Rhône-Alpes sur l'Exclusion  
[http://www.mrie.org/p\\_divers/definitions.asp](http://www.mrie.org/p_divers/definitions.asp)
- <sup>6</sup> Furtos J., *Quelques particularités de la clinique psychosociale, Soins Psychiatrique*, septembre 99, p. 11-15
- <sup>7</sup> Larcher P. ; Colloque : *Santé et Précarité*, 17 janvier 2007 au Centres Sèvres
- <sup>8</sup> Hassin J., *L'émergence de l'abord médico-social des populations sans toit stable. Aspect Historique, médical, socio-anthropologique, politique et éthique*, Résumé de Thèse, 1996.
- <sup>9</sup> OMS, *Déclaration d'Alma-Ata*, 12-09-1978.
- <sup>10</sup> OMS, *Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé*, 1986
- <sup>11</sup> OMS, Richard Wilkinson et Michael Marmot, *Les Déterminants sociaux de la santé, Les Faits*, deuxième éd. 2004.
- <sup>12</sup> Commission Nationale Permanente, Conseil National de l'Ordre des Médecins, *Rôle du médecin face à la précarité*, 05-06-1999
- <sup>13</sup> PARIZOT I., *Trajectoires sociales et modes de relation aux structures sanitaires* ; extrait de *Précarité et Santé*, Lebas J. et Chauvin P. ,éd. Flammarion.
- <sup>14</sup> Nicole-Dancourt C. ; Revue Actualité et Dossier en Santé Publique n°12 septembre 1995, p. XXXIV, *Précarité et Santé, la face cachée d'une corrélation*.
- <sup>15</sup> Espinasse M. Th., Revue RHIZOME, n°4, Mars 2001, *Définir et mesurer selon l'Observatoire national de la pauvreté et de l'exclusion sociale*.



- <sup>16</sup> Revue Gestions Hospitalières, juin/juillet 2006, Castel, Bréchat, Seguin, Grenouilleau, Bertrand, *Hôpitaux publics, T2A et handicap social : pour interroger nos évidences.*
- <sup>17</sup> Revue Actualité et Dossier en Santé Publique n°12 septembre 1995, *La Santé : se loger, se nourrir, se soigner...*, p. XII à p. XXI.
- <sup>18</sup> Agence Régionale d'Hospitalisation de Franche-Comté, *L'accessibilité et la prise en charge globale coordonnée*,  
[http://www.fc-sante.org/arh/www-arh-besancon.sante.gouv.fr/sros\\_ind.htm](http://www.fc-sante.org/arh/www-arh-besancon.sante.gouv.fr/sros_ind.htm)
- <sup>19</sup> Code de la Sécurité Sociale, *Réseaux Article 162-31-1*
- <sup>20</sup> OMS, *Les Systèmes de Santé s'attaquent à la pauvreté, études de cas en santé publique.*
- <sup>21</sup> Réseau ASDES, *Ethique et Réseau ASDES.*
- <sup>22</sup> Réseau ASDES, *Nature, résultats et perspectives du fonctionnement du réseau ASDES.*
- <sup>23</sup> Réseau ASDES, *Objectifs de l'exploitation statistiques de la base de données du réseau ASDES.*
- <sup>24</sup> Réseau ASDES, *Synthèse de l'action de santé publique clinique dans le cadre du réseau ASDES.*
- <sup>25</sup> Hamonet C., Définition du terme Handicap ; <http://claud.hamonet.free.fr/fr/glos.htm#H>
- <sup>26</sup> Hamonet C., *Culture et Handicap : de l'infirmité à la déficience ou "le mépris du corps déformé"*; [http://claud.hamonet.free.fr/fr/art\\_culture.htm](http://claud.hamonet.free.fr/fr/art_culture.htm)
- <sup>27</sup> Hamonet C., *Handicap : le Concept* ; [http://claud.hamonet.free.fr/fr/art\\_handicap.htm](http://claud.hamonet.free.fr/fr/art_handicap.htm)
- <sup>28</sup> C. Hervé, G. Moutel, *La médecine, la relation médecin-patient et le soin : Nouvelle approche des états de vulnérabilité*, 1999.

## RESUME

Le thème de la Précarité est un thème sur lequel beaucoup d'auteurs d'horizons très divers et de formations différentes ont écrit.

Cependant, une définition se détache des autres, celle proposée par le Père Wresinski qui propose le concept de précarité comme « **l'absence d'une ou plusieurs des sécurités, notamment celle de l'emploi, permettant aux personnes et familles d'assumer leurs obligations professionnelles, familiales et sociales et de jouir de leurs droits fondamentaux. Elle conduit à la grande pauvreté quand elle affecte plusieurs domaines de l'existence, qu'elle devient persistante, qu'elle compromet les chances de réassumer ses responsabilités et de reconquérir ses droits par soi-même, dans un avenir prévisible** »<sup>3</sup>.

La précarité se conçoit donc à partir des facteurs sociaux mais aussi médicaux.

Deux idées forces sont à dégager dans ce concept, d'une part que la Précarité est un processus dynamique et d'autre part qu'elle doit se concevoir dans une relation entre la personne et son environnement.

Dans ce but, des initiatives originales se sont mises en place, notamment les Réseaux de Santé qui permettent la prise en charge globale des personnes en situation de précarité et ceci dans leur singularité. Le Réseau ASDES, *Accès aux Soins, aux Droits et Education à la Santé*, illustre notamment le fonctionnement et l'efficacité de ces Réseaux.

Par ailleurs, au vu du concept de Handicap que propose Claude Hamonet par le *Système d'Identification et de Mesure du Handicap (SIMH)*, on est amené à faire un parallèle avec le concept de Précarité défini par le Père Wresinski. Il existe en effet une interaction entre la situation de handicap et la situation de précarité ; clairement, une situation de Précarité constitue une situation de Handicap et une situation de Handicap pousse à une situation de Précarité.

*« Souvent une époque marque le plus visiblement de son sceau l'homme qui a été le moins formé par elle, s'est tenu le plus éloigné d'elle, et a par conséquent le plus souffert sous elle ».*[Annah Arendt, dans *Annah Arendt, Walter Benjamin, 1892-1940, éd. Allia*]

Les personnes en situation de précarité sont ainsi le reflet de la société dans laquelle elles sont poussées à l'écart. Leur souffrance est donc peu visible et exige de la part du corps médical d'être très attentif aux populations vulnérables et de réaliser une prise en charge globale de la personne.