

Emmanuel Langlois

Titre : *Prendre soin des plus vulnérables : un défi commun*

Je voudrais tout d'abord remercier le Conseil départemental de la Gironde pour son invitation à venir « plancher » sur la question de la précarité et de la santé qui est un thème malheureusement d'une brûlante actualité. Ce sera pour moi l'occasion de rappeler quelques éléments de cadrage sur cette question en m'appuyant sur des travaux en sciences sociales. Ce sera aussi l'occasion de dire mon inquiétude. Je m'inquiète en particulier de ce que les archéologues du futur découvriront lorsqu'ils ouvriront nos tombes...

Le poids de l'histoire

Pour commencer donc, quelques points historiques. La précarité et la santé sont des questions politiques. Toutes les questions politiques ont une histoire. Celle de la précarité a été enfantée par la question de la pauvreté qui s'est formée durant la révolution industrielle du XIXème où l'infortune sociale n'est plus seulement liée aux guerres et aux mauvaises récoltes mais aux cycles économiques du capitalisme. Déjà, le philosophe John Locke se demandait dans un petit livre paru en 1687 « *Que faire des pauvres ?* ». La question est ancienne et nous poursuit toujours aujourd'hui. Le philosophe avait son idée : « *si un garçon ou une fille de moins de 14 ans est surpris à mendier hors de sa paroisse de résidence, ils seront envoyés à l'école d'industrie la plus proche pour être vigoureusement fouettés et obligés de travailler jusqu'au soir* ». Il semble que cette solution ait été suivie avec un certain zèle durant de longues décennies, que ce soit pour les adultes ou pour les enfants. En 1839, la colonie de Mettray est fondée pour rééduquer les jeunes par le travail de la terre, autrement dit on inventât un bain pour enfants. Le châtiment pour seul soin. Autant dire que nous partons de loin ! Plus près de nous, on peut signaler une publication fondatrice en 1998 par le Ministère de l'emploi et de la solidarité et le Haut comité de la santé publique, qui s'intitule *La progression de la précarité en France et ses effets sur la santé*. Le constat y est fait que quelque chose est en train de glisser et de se dégrader. Une nouvelle approche autour de la notion de « précarité » propose une bifurcation dans notre regard sur la pauvreté telle qu'on la connaissait depuis les XIXème. Celle-ci a été proposée par le père Wresinski (1914-1988), fondateur du Mouvement des droits de l'homme ATD quart monde, et membre du conseil économique et social (1987) : « *absence d'une ou plusieurs des sécurités, notamment celle de l'emploi, permettant aux personnes et aux familles d'assumer leurs obligations professionnelles, familiales et sociales et de jouir de leurs droits fondamentaux* ». L'enjeu est aussi celui des droits : il faut rétablir les personnes dans leurs droits fondamentaux. La précarité ne caractérise pas une catégorie sociale particulière ou un groupe statistique identifiable, ce qui a une importance dans le contexte français où la réponse institutionnelle vise souvent des catégories bien ciblées, quitte à générer un nouveau problème pour ceux qui se trouvent « entre les cases ». Elle propose une

perspective dynamique (les personnes sont *en situation* de précarité, elles peuvent donc bouger et en sortir) qui oblige à regarder tout au long de la vie et à penser des interventions en termes de parcours. Résultat d'un enchaînement d'évènements et d'expériences, la précarité débouche sur des situations de fragilisation économique, sociale, de marginalisation et d'exclusion qui obligent à mettre en place des interventions pluridisciplinaires. Depuis, la double vulnérabilité sociale et sanitaire apparaît clairement comme un problème central, les deux faces d'une même pièce. Nicolas Duvoux (Conseil national des politiques de lutte contre la pauvreté et l'exclusion) et Nadège Vézinat notent d'ailleurs dans un livre récent¹ qu'il est impossible de ne pas penser la convergence santé-social et leurs conséquences en termes d'inégalités. Depuis le COVID, nous mettons en particulier l'accent sur le champ de la santé mentale (dépression, anxiété, idées suicidaires, addictions...)

L'éternel question de la question de la pauvreté

La « vieille » question de la pauvreté ne cesse donc de revenir, sous de nouveaux termes. Nous devrions d'ailleurs parler des pauvretés, au pluriel. Julien Damon² distingue quatre approches (absolue, relatives, administratives et ressenties) qu'il faut décrire et compléter car les pauvretés sont différentes et se traduisent par des phénomènes différents dans le champ de la santé. Je distingue pour ma part trois situations de pauvreté différentes qui sont corrélées avec des problèmes sanitaires spécifiques.

Premièrement, la pauvreté est une donnée objective et monétaire : on est pauvre car on est contraint aux minima sociaux ou parce qu'au 15 du mois, on ne peut plus consommer. Cette pauvreté renvoie au « taux de pauvreté monétaire » dont on publie régulièrement les chiffres³. Actuellement, l'INSEE indique que 14.5% de la population française se trouve dans cette situation, ce qui correspond au chiffre faramineux de 10 millions de personnes. Le taux de pauvreté monétaire est calculé en prenant en compte les revenus inférieurs à 60% du revenu médian, mais des études ne se contentent pas de cette donnée brute et développent une approche plus qualitative qui prend en compte la difficulté de vivre au quotidien quand on dispose d'un revenu faible ou moyen dans une société où le cout de la vie augmente. C'est ainsi que le rapport du CESER de la Nouvelle Aquitaine intitulé *Enrayez la fabrique de la pauvreté* prend en compte les « effets de halo » autour de la pauvreté. En termes de santé, la pauvreté monétaire place les personnes en situation d'inégalités face aux soins (par exemple dans les « reste-à-charge » ou l'absence de tiers-payant) ou de couverture sociale (difficulté à souscrire à une complémentaire, ou report sur une complémentaire peu efficiente).

En second lieu, il faut aussi rappeler que la pauvreté est un sentiment subjectif qui altère l'estime de soi. Être pauvre, c'est aussi « se sentir pauvre », et conséquemment se sentir moins légitime pour demander de l'aide ou pour consulter. Il est clairement établi que ce sentiment a un effet « autolimitant » sur le recours aux soins (plus encore dans les soins de prévention),

¹ Nicolas, Duvoux, Nadège, Vézinat, (dir.), 2022, *La santé sociale*, Paris, PUF

² Julien Damon, 2016, *Pauvreté et précarité en chiffres*, Observatoires des inégalités. 1/ approche absolue (pouvoir se nourrir, se loger...); 2/ approches relatives (fraction : les x% des plus riches; seuils monétaires (50 ou 60% du revenu médian); 3/ approches administratives (RSA...); 4/ Approches ressenties (part de la population se déclarant pauvre ou précaire dans les sondages par exemple).

³ 13.9 % en 1998 ; 12.6 % en 2004 ; 14.3 % en 2011 ; 14.8 % en 2018 ; 14.6% en 2019 ; 14.5 % en 2021

ou conduit à repousser des consultations, ce qui induit des « pertes de chances » d'un point de vue médical.

Enfin, la pauvreté est aussi un phénomène relationnel. Être pauvre, c'est aussi « être traité comme un pauvre par autrui ». Que cet autrui soit des institutions, des professionnels ou des proches. Ce point ouvre la question du traitement différentiel dans la santé, autrement dit des pratiques discriminatoires. Elles ne sont pas la norme dans les faits et font l'objet d'une forte réprobation dans le milieu de la santé qui reste fortement tenu par des éthiques professionnelles qui font de l'accueil et de l'obligation de moyens des vertus cardinales. La discrimination est un phénomène difficile à documenter pour des raisons méthodologiques, seuls quelques travaux menant des observations très fines comme ceux d'Estelle Carde en déconstruisent les rouages qui généralement s'appuient sur un principe de délégitimation (on offre un traitement en dessous des standards car on estime que les pauvres méritent une intervention moindre, ne participant pas à l'effort collectif de financement) ou un principe de différenciation (on offre un traitement différent car on estime que le patient est d'une culture différente et a donc des besoins différents). Il y a quelques années, c'est l'ONG Médecins du monde qui a conduit une étude par *testing* pour illustrer des pratiques de discriminations des patients sous CMU ou AME, et analyser leurs justifications par les professionnels de santé concernés. La discrimination ouvre d'autres problématiques du point de vue du (prendre) soin puisqu'elles éloignent les personnes malades des institutions et de leurs droits.

Ces trois pauvretés ont pour point commun de nous interroger sur ce que nous mettons dans le terme (et le projet) du « prendre soin ». Il faut bien comprendre que « prendre soin » n'est pas seulement un mouvement individuel mu par la bonté d'âme mais qu'il s'agit d'une fonction essentielle aux sociétés. Aucune société ne peut fonctionner et se perpétuer sans dégager du temps, de l'intelligence, de l'argent et des valeurs pour venir en aide aux plus faibles socialement et sanitaire. C'est du moins cette grande leçon que les théoriciennes du *care* ont rappelé lorsqu'elles font de la vulnérabilité une condition commune. Pour J. Tronto, nous sommes toutes et tous vulnérables, et le prendre soin est de l'ordre de la nécessité. Bien plus qu'un acte technique, le soin est une relation éthique qui vise à intervenir auprès d'un sujet (momentanément) dépendant qui a besoin d'aide pour assurer sa continuité biologique (sa santé au sens large) et biographique (son identité, ses droits). De ce point de vue, notre façon de « prendre soin » est un indicateur de ce que Amartya Sen appelle le « développement humain ».

C'est ici que mon inquiétude à propos des archéologues et des tombes ressurgit. On prête à la grande anthropologue Margaret Mead d'avoir considéré que la preuve la plus ancienne de civilisation était non pas seulement le moment où nous avons commencé à enterrer nos morts marquant ainsi le début de notre conception sacrée de la personne et de la pensée symbolique, mais le moment où nous avons commencé à soigner. Des archéologues ont ainsi découvert des squelettes dont les fémurs fracturés ont été réduits, ce qui sous-entend qu'il a fallu soigner, abriter, nourrir, protéger la personne malade. Il a fallu inventer le souci de l'autre, il a fallu se sentir moralement engagé par le destin des plus fragiles.

Publics précaires en butte à la santé : problématiques actuelles et questions transversales

La précarité a connu plusieurs mutations ces dernières années⁴. Elle s'est urbanisée alors que traditionnellement, la pauvreté a longtemps été un phénomène rural qui a conduit les populations à l'exode. Plus récemment encore, elle s'est « monoparentalisée » conduisant ainsi à sa féminisation et à son rajeunissement alors qu'hier les familles nombreuses et les personnes âgées ne pouvant plus travailler constituaient le gros de la cohorte des « affamés ». Plus récemment encore, ce sont les « travailleurs pauvres » qui ont été mis en avant : des saisonniers, des ouvriers agricoles mais aussi des livreurs ubérisés et des intérimaires contraint de s'exposer à des conditions de travail difficiles et risquées. Lorsqu'on se focalise sur les situations de santé des individus en situation de précarité, les indicateurs sont très dégradés. Dans le cas des jeunes que nous avons pris l'habitude de qualifier de NEET⁵, des études conduites notamment dans des missions locales⁶ montrent que les besoins de santé sont importants : ils ont des comportements plus vulnérables, ont arrêté leur scolarité avant 16 ans et échappent en partie aux efforts des programmes préventifs. Leur situation est marquée par des problèmes d'illettrisme, ce qui amoindrit la littératie en santé. L'environnement familial est souvent manquant ou problématique. Ils se sentent seuls et ont un passif social (7.6% ont eu un placement ASE). Les indicateurs santé sont très dégradés pour un public jeune : 20% ont un état de santé dégradé ; 20% des troubles dépressifs, 11% des filles et 5% des garçons ont fait une TS, 32 % ont des problèmes de poids et 30.8% ont eu recours aux urgences dans l'année écoulée. Il n'y a guère que sur le plan des addictions que le niveau déclaré est à peu près équivalent à la moyenne de l'ensemble des jeunes rapportée par le Baromètre Santé. Mais faut-il s'en réjouir ? Le genre et la catégorie sociale d'appartenance sont les deux facteurs les plus discriminants en santé. Les jeunes hommes des catégories populaires (en particulier les NEET) s'exposent à plus de risques, ont des comportements de santé les plus nocifs pour la santé, auront une espérance de vie beaucoup plus faible que la moyenne mais les investissements en termes de santé publique (qui seraient payants à court, moyen et long termes) expressément dirigés vers cette situation ne semblent pas suffisamment intensifs. C'est en ce sens notamment, que le sociologue Stéphane Beaud fait le constat que « la jeunesse populaire a été abandonnée à son sort »⁷.

La santé mentale en danger

Les questions transversales qui se posent à l'intersection de la précarité et de la santé méritent aussi d'être rappelées. La première d'entre elles concerne la diffusion des problèmes de santé mentale. Nombre de travaux en sciences sociales ont montré les différents types d'articulation entre santé mentale et inégalités sociales⁸. La théorie de la « sélection sociale » montre ainsi que le mauvais état de santé mentale joue un rôle de sélection sociale, par exemple en figeant ou en empêchant la mobilité sociale, ce qui explique que des études de cohorte montrent que les personnes en bonne santé se maintiennent mieux en haut de la pyramide sociale.

⁴ Julien Damon, 2014, *L'exclusion*, Paris, PUF,

⁵ Acronyme de Neither in Education, Employment or Training. 15% des 15-29 ans sont concernés en France.

⁶ Sarah Robert et al., 2017, Santé et recours aux soins des jeunes en insertion âgés de 18 à 25 ans suivis en mission locale, *RESP*, 65, 265-276

⁷ Entretien dans *Alternatives Économiques*, le 27/02/2018

⁸ Henri, Dorvil, 2007, «Les inégalités sociales en santé. Le cas spécifique de la santé mentale» in Henri Dorvil, *Problèmes sociaux. Tome 3: Théories et méthodologies de la recherche*, chapitre 6, pp. 169-202, Québec: PUQ

L'économiste Nicolas Tanti-Hardouin ⁹ montre ainsi que la santé joue aussi un rôle dans l'ascenseur social, que les inégalités de santé détruisent l'idée même d'égalité des chances en étant au cœur des processus de reproduction sociale. D'autres théories dites de la « causalité sociale » démontrent que les environnements « pathogènes » (familles déstructurées, violences, vie précaire...) rendent plus vulnérable aux troubles mentaux. Et qu'une fois enkystés dans la santé mentale, nombre de sujets dérivent ou sont peu à peu « refoulés » vers les marges de la société. Enfin les théories de l'étiquetage montrent que les troubles mentaux restent quelque chose d'infâmant dans nos sociétés qui provoque rejet, stigmatisation et éventuellement traitement différentiel.

Un recours empêché aux soins et aux services de santé

Le second problème d'importance est le problème classique du recours aux soins des plus précaires. D'un côté, on observe des prises en charge qui se rationalisent, se numérisent, se protocolisent ou se standardisent. De l'autre, les plus précaires creusent leur distance face aux dispositifs à cause des problèmes de langue, de la fracture numérique, de l'auto-exclusion engendrée par la précarité elle-même, de la distance avec les cultures professionnelles savantes, des attentes des professionnels concernant la (bonne) manière de présenter ses besoins et sa plainte... A cela il faut sans doute ajouter, la nouvelle culture de responsabilisation des individus face à leur santé ¹⁰ qui constitue une charge trop lourde pour les plus précaires qui -de fait- disposent de moins de moyens pour s'approprier leur santé. Cette responsabilisation a des relents modernes mais aussi des échos avec le passé. Déjà au XIXème, on évoquait l'intempérance des pauvres pour expliquer leur misère ou leur absence de force morale face à l'alcoolisme.

Droits et reconnaissance en souffrance

Une dernière question transversale se pose autour des droits et du « non recours ». Le sociologue Antoine Rode qui anime un observatoire du non-recours montre le cercle vicieux dans lequel les plus précaires se trouvent. C'est aussi la question de la reconnaissance de la parole des personnes précaires. Le terme d'invisibilité a connu un grand succès ces dernières années mais nous devrions surtout insister sur la « cécité » ou la « surdité » des institutions envers ce que le philosophe Guillaume le Blanc nomme des « expériences d'inexistence »¹¹. Les vies précaires suscitent des effets d'ignorance (on ne veut pas voir) et des « injustices épistémiques » qui consistent à accorder plus de valeur à certaines voix et personnes au détriment d'autres. Nous savons tout des petits malheurs des homme-sandwich de la télé réalité mais finalement assez peu de la vie des jeunes qui n'ont que le squat pour s'abriter.

Précarité et santé : la prise en charge actuelle en échec ?

Face à l'ampleur des besoins actuels et la montée de la précarité, d'aucun serait tenté de décréter que « nous ne faisons rien » ou que « rien ne marche ». C'est un discours d'autoflagellation généralement très couru en France. On peut voir les choses de manière plus

⁹ Nicolas Tanti-Hardouin, 2019, *La reproduction sociale de santé. Inégalités de santé : responsabilité individuelle ou destinée sociale*, Paris, L'Harmattan.

¹⁰ Idée que nous sommes responsables de notre santé, tant du point de vue des risques que nous prenons que de ce que nous faisons ou pas pour protéger notre santé.

¹¹ Guillaume le Blanc, 2007, *Vies ordinaires, vies précaires*, Paris, Le Seuil.

nuancée. La plupart des travaux et des évaluations montrent qu'il y a une certaine « efficacité institutionnelle ». Les interventions publiques règlent ou améliorent nombre de situations. Par exemple, concernant les jeunes NEET évoqués, une étude ¹² montre que les consultations de santé préventive intégrées dans les services sociaux des missions locales ont eu un impact positif sur les comportements santé, ce qui améliore aussi l'accès au marché de l'emploi. L'action sociale combinée à la santé, ça marche ! On pourrait aussi rappeler cette efficacité y compris dans des domaines où l'action des services publics a été très décriée ces dernières années, comme par l'exemple l'ASE. Le système social fonctionne dans son ensemble et produit des « résultats » d'autant mieux quand il est en lien avec le dynamisme de la société civile (associations, relais sociaux...). La force de cette combinaison entre « efficacité institutionnelle » et « dynamisme civique » est au cœur de la thèse du sociologue R. Putnam (2000). Depuis les années 80, de nombreux travaux et rapports ¹³ ont lancé des appels en vue de réformer les politiques sociales nationales, à « casser les silos », à travailler en réseau et à « aller vers » les publics les plus fragiles. Il faut admettre que le système français n'a pas été aussi bloqué que l'on se complait à le dire. Les professionnels du social et du médico-social ont bien intégré cette nouvelle culture de travail, ont développé nombre d'innovations dans tous les domaines et développent une vision plus globale des problèmes qu'ils doivent gérer au quotidien. Le problème est moins de convaincre sur ce point que d'organiser les conséquences organisationnelles de ces « nouvelles » pratiques de coopération : comment profiler les postes de coordination alors que les acteurs professionnels sont originaires de différentes cultures professionnelles, comment faire des diagnostics partagés entre social et sanitaire...

Le problème, c'est les 15% d'utilisateurs pour qui les actions ne « donnent » rien. Ce sont à la fois les « décrochés » (non-recours, éloignés des dispositifs...) et les « totalement dépendants » qui sont pris en charge mais ne connaissent pas d'améliorations dans leur trajectoire, qui restent enfermés dans la précarité qui devient un horizon indépassable. Nos systèmes fonctionnent en flux (projet, parcours, itinéraire, suivi...), ceux qui ont des résultats parviennent à limiter les conséquences de la précarité et à faire de celle-ci une étape et non une situation pérenne ou critique. Les échecs surgissent quand l'autonomisation et l'*empouvoirement* ne décollent pas. Dans nos sociétés fondées sur le travail, cela se traduit surtout par l'impossibilité d'intégrer le marché du travail, y compris lorsqu'il est adapté.

De nouvelles approches tentent de dépasser les problèmes usuels de notre système, notamment celles qui se fondent sur le concept d'« universalisme proportionné »¹⁴ qui réinterroge nombre de nos pratiques d'intervention et qui ne renonce pas à lutter contre les inégalités. Celles-ci ne doivent pas être seulement considérées comme des disproportions statistiques mais doivent inclure l'idée d'injustice car les inégalités expriment une contrainte, un manque de choix libre, une nécessité qui dépasse l'individu. Dans le champ de la santé, on considère qu'elles sont en

¹² Robert S, Romanello L, Lesieur S, Kergoat V, Dutertre J, et al., 2019, « Effects of a systematically offered social and preventive medicine consultation on training and health attitudes of young people not in employment, education or training (NEETs): An interventional study in France ». *PLOS ONE* 14(4): e0216226

¹³ Depuis le Rapport Bertrand Schwartz, (1981), *L'insertion professionnelle et sociale des jeunes. Rapport au Premier ministre*, La documentation Française

¹⁴ Michael Marmot, 2010, *Fair society, healthy lives: a strategic review of health inequalities in England Post-2010*. Londres : University College London.

partie résorbables en agissant sur les déterminants de la santé qui pèsent sur tous les âges de la vie dès le plus jeune âge¹⁵. Or la prise en compte du « gradient social »¹⁶ rencontre plusieurs contraintes selon le type d'interventions choisies. Dans les approches dites « universelles », la même intervention¹⁷ est proposée à l'ensemble de la population, que celle-ci souffre intensément d'un problème ou en soit quasiment épargné. Les interventions sont peu stigmatisantes car elles ne désignent pas explicitement un groupe pour ses problèmes sanitaires ou ses handicaps sociaux mais elles sont d'une efficacité limitée car elles répondent de manière insuffisante aux besoins des plus vulnérables. Dans certaines situations, elle peut conduire à des paradoxes et accroître le niveau d'inégalités. Par exemple, lorsque l'on fait des campagnes de prévention contre le tabagisme ou pour la promotion d'une alimentation plus saine, on se rend compte que ce sont les CSP+ qui tirent un plus grand profit de ces recommandations car ils ont une meilleure littératie des messages diffusés et partagent les finalités normatives¹⁸ des émetteurs de messages avec qui ils partagent une plus grande connivence culturelle. Pour remédier à ce défaut d'efficacité, les approches ciblées proposent de développer les mêmes interventions mais en mettant le paquet sur certains groupes ou sous-groupes considérés comme prioritaires ou plus à risque ou plus défavorisés. Le problème est que cette approche est plus stigmatisante puisqu'elle semble désigner aux yeux de tous les « mauvais élèves » de la santé comme si les autres étaient sur le bon chemin et incarnaient à eux seuls la norme. C'est pourquoi l'approche de l'universalisme proportionné¹⁹ met en pratique le principe de l'équité en modulant l'intensité des interventions en fonction des besoins et des risques que chaque groupe rencontre dans un objectif de santé pour tous et de réduction des inégalités.

Donc notre système s'adapte, se réforme, n'est pas aussi figé qu'on veut bien le dire. Côté verre à moitié vide, il convient de dire qu'il reste des enjeux forts concernant le débat santé/précarité, en particulier les questions d'inégalités sociales de santé qui restent en France assez fortes. Par exemple, le tabac est devenu un marqueur social²⁰ et donc -comme on l'a dit- un facteur de reproduction sociale. Or les actions contre le tabac dans les classes populaires restent assez timides. L'augmentation du prix fonctionne pour limiter les entrées des jeunes dans la cohorte des fumeurs mais cette approche frappe les populations les plus précaires et sont un facteur néfaste de paupérisation supplémentaire. Le remboursement de substituts ou

¹⁵ D'où l'intérêt de la stratégie dite des 1000 premiers jours.

¹⁶ Le gradient social de santé sert à décrire le phénomène par lequel ceux qui sont au sommet de la pyramide sociale jouissent d'une meilleure santé que ceux qui sont directement au-dessous d'eux, et qui eux-mêmes sont en meilleure santé que ceux qui sont juste en dessous et ainsi de suite jusqu'aux plus bas échelons.

¹⁷ Qui peut être une campagne de prévention, l'ouverture d'un dispositif ou encore la mise en place d'une prestation compensatoire.

¹⁸ Par exemple, ils ont la même conception du corps, de l'importance d'être en forme, les mêmes besoins de présentation de soi en raison de leurs pratiques de sociabilité.

¹⁹ Quelques actions utilisant cette approche : soutien à la parentalité, accueil préscolaire, Programme national des 1000 jours, PMI, santé sexuelle et IST, accès aux soins des personnes en situation de précarité.

²⁰ 18 % des Français aux revenus les plus élevés sont fumeurs quotidiens c'est le cas de 32 % des personnes aux revenus les plus modestes et même de 46 % des chômeurs. Chez les jeunes de 17 ans déscolarisés, le tabagisme quotidien est quatre fois plus élevé que chez les jeunes lycéens (44 % contre 10 %). On pourrait faire le même constat avec l'autre grand problème de santé publique en France qu'est l'alcool. Un homme ouvrier a environ 10 fois plus de chance de décéder d'une cirrhose qu'un cadre. Les inégalités sont très importantes mais l'intensité de la réponse n'est pas à la hauteur de l'enjeu.

les teste-à-charge pour les fumeurs sevrés sont un coût. Par ailleurs, dans les rares campagnes de prévention, on ne tient pas tellement compte de ce que représente le tabac pour les fumeurs des catégories populaires ou les personnes précarisées qui ne fument pas forcément pour les mêmes raisons que les autres. On oublie assez vite que le tabagisme représente une pratique sociale en relation avec les conditions de vie²¹. De la même manière, on se pose peu la question de ce que l'accès à la viande représente pour les populations les plus pauvres en quête de normalité et de dignité. Là aussi, le concept d'universalisme proportionné semble intéressant pour échapper à la question de la stigmatisation qui est très importante dans la prévention. Il évite également l'imposition d'une norme centrale à partir de laquelle juger tous les comportements de santé. Fumer ou manger de la viande n'a pas le même sens selon les catégories sociales.

Quelques défis et enjeux actuels

Comme il s'agit désormais d'une approche qui entend prendre mieux en compte les besoins et les situations, ce système prend sur lui une grande responsabilité²² sur le devenir des personnes. Six défis se posent. 1/ le défi du « bien cibler » les publics et bien répartir l'intensité de l'intervention nécessite une très grande connaissance des publics de la précarité, à la fois du point de vue de leurs caractéristiques individuelles (besoin de données médico-sociales) et de leur perception subjective de leur condition de vie. Il s'agit aussi de définir les « bons outils » et les « bons objectifs », c'est-à-dire les normes et les critères de jugement de l'action²³. Les logiques basées sur le principe du « rétablissement » prennent en compte la parole des usagers et visent à son accompagnement sans imposer *a priori*. 2/ le défi de l'« enjeu partagé ». Faire de la santé des précaires un enjeu (politique) partagé, bref un enjeu de solidarité est devenu compliqué. Dans la thèse du *Bowling alone*, Robert Putnam relève un paradoxe : nous sommes plus tolérants que les générations passées mais nous avons moins confiance en l'Autre, nous avons moins de contact en face à face, on se recroqueville sur soi, sur les proches, sur les semblables à qui on réserve « sa » solidarité. 3/ le défi de prendre soin des donneurs de *care*, des professionnels engagés dans la lutte contre les précarités. De nombreux travaux dans les sciences sociales montrent que le « travail émotionnel » est très lourd dans les champs de la précarité et de la santé. Le thème du *burn out* est désormais bien connu. On assiste aussi à la montée des rapports « brutaux » et de la violence aux guichets de la précarité. 4/ le défi organisationnel pose la question du travail en réseau avec une multitude de partenaires institutionnels et d'associations qui traversent des mutations et qui se trouvent aujourd'hui fragilisées dans leurs missions, qui doivent par exemple faire cohabiter des

²¹ Patrick Peretti-Watel, François Beck, Stéphane Legleye, 2009, « Comment les fumeurs justifient ils leur tabagisme ? » in *Les usages sociaux des drogues*, Paris, PUF, pp167-200

²² Les décisions qui s'y prennent sont donc plus lourdes, notamment les décisions de circulation dans le système de prise en charge. Par exemple qui envoie-t-on vers le pôle insertion professionnelle ? Qui va-t-on professionnaliser ? Tout le monde ? Les plus autonomes ? Les plus volontaires ? Les plus jeunes ? Ceux pour qui existe une chance d'insertion réelle ? Qui va-t-on garder dans des « activités occupationnelles » sans lien avec le marché de l'emploi ? Qui orientera-t-on vers le marché de l'emploi « ordinaire » ? Qui sort de la prise en charge ? Par quelle voie ? Droit Commun ou système adapté ? Qui reste ? Qui est voué à sortir et qui est condamné à circuler encore et encore dans le dispositif ?

²³ Par exemple, concernant l'usage de substances, l'abstinence est-elle le seul critère de réussite ? La réduction des dommages et/ou la prise en compte des dimensions sociales des usages est-elle légitime ?

cultures d'intervention différentes (avec parfois des passifs conflictuels). On multiplie les acteurs, les types de professionnels, les formations, les orientations philosophiques... et donc les définitions du problème, les priorités d'action, les critères de réussite d'une prise en charge. Bref, cela pose un problème de « diagnostic global partagé » et un problème de déstabilisation des professionnels qui se demandent où se trouve leur territoire professionnel et leur cœur de métier. Enfin se pose un problème d'aiguillage et de gestion des flux : comment faire circuler un usager précaire dans un réseau complexe ? A quel professionnel donne-t-on le pouvoir de décider du parcours de l'utilisateur ? C'est une question importante car faire circuler un individu dans un ensemble de dispositifs nécessite la confiance des autres professionnels qui doivent être certains que l'on ne se débarrasse pas des « mauvais clients », qui ont peur d'être mis en défaut par des problèmes ou des usagers dont ils ne maîtrisent pas le recrutement dans la structure. Les nouvelles organisations sont décrites par les « sciences sociales » comme étant « fluides », basées sur le flux et la construction de parcours. Cela pose une difficulté pour les usagers les plus fragiles qui ont une autonomie plus faible.

5/ le défi des temporalités. Le sociologue allemand H. Rosa décrit le monde contemporain à partir de son accélération (des idées, des technologies, des vies...) qui devient une nouvelle forme d'aliénation. Le temps des personnes précaires est souvent ramené à l'urgence. Les professionnels restent souvent focalisés sur le temps long des prises en charge, parfois chroniques et perpétuelles. Les tutelles souhaitent une plus grande immédiateté dans la réponse aux besoins, et réclament souvent des résultats de façon urgente. Prendre soin des personnes précaires, c'est déjà s'accorder sur le temps.

6/ enfin il y a un défi politique. La loi de 1988 de lutte contre l'exclusion a garanti aux plus démunis l'égalité d'accès aux soins. Elle fut le point de départ de la nouvelle approche politique de la pauvreté. Elle prolongeait ainsi une logique de l'État Providence même si on sentait déjà poindre quelques transformations²⁴. La question qui se pose aujourd'hui est de savoir si nous sommes à une nouvelle bifurcation de notre histoire. On assiste à un glissement vers l'hyper-responsabilité individuelle et la logique de l'assurance : chacun devrait assurer les risques qu'il entend prendre dans sa vie et sa santé. Les victimes, les malades, les précaires seraient avant tout des mauvais gestionnaires de leur corps... En 2020, en France, on a consommé 209 milliards de soins et de biens médicaux, financés à ce jour à 80% par la Sécurité sociale. La santé et le médico-social deviennent aussi des marchés qui attirent de nouveaux acteurs lucratifs. La santé sera-t-elle un luxe ? La santé des précaires une option ? Est-ce que les archéologues du futur découvriront, en ouvrant nos tombes, que nous avons arrêté de prendre soin des plus fragiles ?

Bordeaux, le 13 décembre 2023.

Emmanuel Langlois – MCF-HDR

²⁴ Notamment, dans la montée en puissance de la contractualisation contre le modèle de la réparation (presque) inconditionnelle.