HAL
open science

De l'inégalité sociale devant la santé au dualisme sanitaire : le RMI, une réponse adéquate aux besoins de santé des plus défavorisés ?

Daniel Goujon

To cite this version:

Daniel Goujon. De l'inégalité sociale devant la santé au dualisme sanitaire : le RMI, une réponse adéquate aux besoins de santé des plus défavorisés ?. [Rapport de recherche] Laboratoire d'analyse et de techniques économiques(LATEC). 1993, 64 p., tableaux, graphiques, bibliographie. hal-01545589

HAL Id: hal-01545589

https://hal.science/hal-01545589

Submitted on 22 Jun 2017

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

LATEC

LABORATOIRE D'ANALYSE ET DE TECHNIQUES ÉCONOMIQUES

UMR 5601 CNRS

DOCUMENT DE TRAVAIL

CENTRE NATIONAL DE LA RECHERCHE SCIENTIFIQUE

UNIVERSITE DE BOURGOGNE

Pôle d'Economie et de Gestion

2, boulevard Gabriel - 21000 DIJON - Tél. 03 80 39 54 30 - Fax 03 80 39 54 43

ISSN : 1260-8556

n° 9305

DE L'INEGALITE SOCIALE DEVANT LA SANTE AU DUALISME SANITAIRE. LE RMI UNE REPONSE ADEQUATE AUX BESOINS DE SANTE DES PLUS DEFAVORISES ?

Daniel GOUJON

juillet 1993

RESUME

Les études socioprofessionnelles sur la consommation médicale des ménages montrent que les disparités d'accès aux soins ne constituent plus aujourd'hui un facteur majeur d'inégalité sociale. Néanmoins, ces études éludent la structuration dualiste de la société, et par là même ne rendent pas compte du renouvellement des enjeux sanitaires et sociaux. En matière de santé, les enjeux se posent en terme d'exclusion pour les individus placés en marge de l'activité, et qui donc ne satisfont plus aux conditions d'inscription à la Sécurité Sociale. Il convient alors de compléter l'analyse des inégalités sociales devant la santé par une analyse de l'exclusion médicale ?

Le RMI, en tant que moyen d'investigation, permet d'explorer "l'autre côté du miroir" pour rendre compte des problèmes sanitaires rencontrés par un nombre croissant d'individus évoluant aux franges de l'activité. L'état de santé dégradé des bénéficiaires du RMI s'explique à la fois par un moindre recours aux soins et par des conditions de vie pathogènes. Le RMI, en tant que politique de lutte contre l'exclusion, améliore l'accès aux soins et les conditions matérielles d'existence des prestataires. Paradoxalement, malgré un accroissement de la consommation médicale, l'état de santé ressenti des "RMIstes" se dégrade. Le RMI, par un phénomène conjoint de révélation de la maladie et de déplacement des préoccupations majeures des allocataires vers la santé, n'est-il pas en quelque sorte victime de l'impact positif de sa politique sanitaire ? Ou alors, l'insuffisance des perspectives d'insertion professionnelle offertes par le RMI,n'est-elle pas à l'origine d'un sentiment de découragement qui conduirait les allocataires à rechercher dans la maladie un "alibi" à leur exclusion durable de la norme de l'activité ?

Mots-clés : Exclusion, Insertion, pauvreté, inégalités, maladies, conditions de vie, Revenu Minimum d'Insertion.

SUMMARY

Literature on household medical expenditure according to socio economic categories indicates that that disparities in access to health care are no longer a major obstacle to social equality. Nevertheless these surveys do not take into account the dualistic structure of society and therefore do not recognise the changing issues in health and social policy. As regards health policy the issues are set in terms of the exclusion of those individuals who since they live on the fringes of economic activity no longer qualify for Social Security benefits. To give a complete picture of social inequalities it is essential to study this exclusion from health care.

By studying the people who are on "RMI" (minimum income support) it is possible to survey all the health problems of a growing number of people living on the fringes of economic activity. The poor state of health of people on "RMI" can be explained by less frequent use of health care and unhealthy living conditions. The "RMI" as a means of fighting exlusion enhances access to health care and improves the living conditions beneficiaries. Paradoxically, despite increasing medical consumption those beneficiaries themselves experience a deteriorating state of health. One explanation could be that they discover their true state of health and simultaneously their major preoccupation becomes their health, consequently their suffer from the positive impact of the health care element of this policy. Another explanation could be that owing to the lack of professional integration prospects inherent to "RMI" they feel discouraged and resort to illness as justification for remaining out of work.

Keywords : exclusion, insertion, poverty, inequalities, disease, "Revenu Minimum d'Insertion" (french basic income).

INTRODUCTION

Les français sont très attachés au système de protection sociale contre la maladie. Celui-ci en solvabilisant la demande médicale permet non seulement un haut niveau de recours individuel aux soins, mais favorise aussi une limitation des situations d'iniquité sociale devant la maladie. Le programme assigné au système de santé est particulièrement ambitieux ; il doit d'une part étendre ses possibilités médicales pour répondre à un besoin de soins croissant avec le progrès des techniques, et d'autre part permettre que l'amélioration des capacités de soins profite à tous. Au cours de la période dite des trente glorieuses, des possibilités financières accrues et la généralisation de la couverture sociale ont permis, dans un contexte de solidarité croissante, le développement simultané de l'offre et de la demande de soins. On affirme souvent que le système de santé français, fruit de la politique de l'Etat-providence, est l'un des plus performants au monde. Au-delà d'une amélioration significative de l'espérance de vie des Français, l'accès aux soins ne constitue plus pour l'ensemble de la population un facteur majeur d'inégalité sociale ; la santé est même le poste budgétaire pour lequel les individus déclarent le moins se restreindre.

Ce jugement optimiste est cependant invalidé par l'extension des problèmes sanitaires rencontrés par les "nouveaux pauvres" qui, en raison de leur exclusion du monde du travail, sont ignorés par les régimes traditionnels de Sécurité Sociale. Il convient par ailleurs de nuancer ce jugement à l'aune de la crise de l'Etat-providence qui, en raison de la disparition du cercle vertueux existant jusqu'au début des années soixante-dix entre l'économique et le social, fait intervenir la problématique du coût dans le programme de développement et de démocratisation de la médecine.

Face à la modification des enjeux sanitaires et sociaux, il convient de se demander quels sont les liens existant aujourd'hui entre la santé, la pauvreté et l'exclusion. Le RMI, en tant que nouvelle pratique sociale, est au centre de cette problématique : par les moyens d'investigation et d'information que son dispositif procure sur l'état de santé de la population démunie ; par la place qu'il occupe dans le redéploiement des politiques sociales ; et enfin par les réponses qu'il entend apporter aux problèmes sanitaires des plus démunis.

Ainsi, sur la base de l'effet révélateur du RMI qui a mis en évidence l'existence de catégories de la population non couvertes par la protection sociale, nous dressons dans un premier temps, à l'aide des informations statistiques disponibles, un bilan de santé des populations défavorisées. Dans une perspective explicative, nous nous interrogeons dans un second temps sur la responsabilité, quant à cet état de santé, des

inégalités d'accès aux soins et de conditions de vie. Enfin, à partir de l'évaluation de la politique du RMI, nous recherchons quelles sont les implications spécifiques de cette politique en matière de santé. Le RMI favorise-t-il l'amélioration de l'état de santé des plus défavorisés ? Ou bien, paradoxalement, ne risque-t-il pas à plus ou moins long terme d'aggraver les troubles pris en charge ?

1. ETAT DE SANTE DES "RMISTES" : UN BILAN PAR RECOUPEMENT D'INFORMATIONS.

L'état de santé des populations défavorisées, appréhendé à l'aide des indicateurs traditionnels de mortalité et de morbidité objectivée, est particulièrement mal connu car il n'a fait l'objet d'aucune étude statistique générale. La raison principale de cette lacune tient au fait qu'il est difficile d'identifier les plus démunis, en ce sens qu'aucune homogénéité au sein du groupe ne se dégage. Les premiers résultats des enquêtes d'évaluation de la politique du RMI ont mis en évidence ce phénomène. Il est aujourd'hui reconnu que la caractéristique commune majeure des allocataires est attenante à la faiblesse de leurs revenus ; les situations de précarité, ou plus exactement les parcours de désinsertion qui mènent à la même prestation, sont très différents les uns des autres. Du fait même de leur exclusion économique et sociale, les plus défavorisés ne rentrent dans aucune classe sociale. Or les classes sociales sont fréquemment utilisées par les enquêtes pour mettre en évidence les particularismes sanitaires. La politique du RMI, en homogénéisant artificiellement la population des plus démunis et en suscitant auprès de ceux-ci une vague d'enquêtes sans précédent, aurait dû fournir des informations sanitaires précises. Cependant, la commission nationale informations et libertés (CNIL) a veillé à ce qu'aucune donnée pathologique ne figure dans les enquêtes sur les conditions de vie des ménages allocataires réalisées par le CREDOC et le CERC dans le cadre de la politique d'évaluation du RMI.

Pour dresser un bilan de santé le plus représentatif possible de la population des plus défavorisés, nous ferons référence à plusieurs sources statistiques. Après avoir rappelé brièvement la persistance d'importantes inégalités sociales devant la mort, inégalités renforcées si l'on prend en compte la situation des individus mis en retrait de l'activité, nous montrerons, à l'aide d'études locales menées auprès de certaines catégories d'allocataires, l'importance des problèmes de santé diagnostiqués. Pour compléter ces études non représentatives de l'ensemble de la population au RMI, nous nous référerons à la morbidité déclarée par les intéressés.

1.1. Inégalités sociales devant la mort. Comment cerner la situation des plus démunis en général et des "RMIstes" en particulier ?

Les études réalisées par l'INSEE révèlent l'existence d'importantes inégalités sociales devant la mort. Au début des années 70, alors que l'extension de la couverture sociale à l'ensemble des couches de la population permettait la démocratisation du recours aux soins, on s'est aperçu contre toute attente que les écarts de mortalité entre catégories socioprofessionnelles n'avaient cessé de s'accroître depuis 20 ans (G. DESPLANQUES - 1984). L'actualisation des chiffres disponibles pour la période 1980-1989 ne modifie en rien la hiérarchie sociale en place ; le risque décès d'un professeur ou d'un ingénieur est, entre 35 et 65 ans, trois fois plus faible que celui d'un manoeuvre - l'indicateur standardisé de mortalité est de 0,51 pour les deux premières catégories et de 1,51 pour la seconde. Ces résultats obtenus pour les hommes se retrouvent chez les femmes, pour qui on constate un classement analogue avec une plus faible amplitude entre les extrêmes - le risque mortalité ne varie "que" du simple au double (G. DESPLANQUES - 1991). Ces écarts entre actifs s'expliquent à la fois par des différences qualitatives et quantitatives de médicalisation, par des habitudes de vie et des appréhensions du risque maladie divergentes, mais aussi et surtout par des degrés de nocivité dans le travail beaucoup plus prononcées dans les emplois exercés par les catégories sociales du "bas de l'échelle".

Paradoxalement, alors que le travail, en tant qu'élément pathogène, est à l'origine d'inégalités sociales devant la maladie, l'inactivité semble elle aussi être néfaste à la santé si l'on se réfère à la surmortalité relative des inactifs. La mortalité de la population inactive cerne, sans pour autant pouvoir la caractériser complètement, la mortalité des plus démunis, qui sont inactifs ou chômeurs dans leur grande majorité. Les personnes en retrait de la norme de l'activité présentent une probabilité de décès entre 35 et 50 ans de 20,3 %, alors que chez les actifs, cette même probabilité est de 2,6 % pour les professeurs et de 11,7 % pour les manoeuvres. De tels écarts s'expliquent en partie par le fait que la maladie est fréquemment à l'origine de l'inactivité. Il sont donc davantage révélateurs d'un moins bon état de santé que d'une inégalité sociale criante. Cependant, l'influence du milieu social et des conditions de vie ne doit pas être non plus négligée ; elle revêt en effet, en matière de mortalité infantile, un caractère explicatif majeur.

Les risques de mortalité des jeunes enfants s'ordonnent selon la hiérarchie sociale devant la mort existant pour leurs parents. Malgré un resserrement des écarts ces dernières années - au sein de la génération 1976-1983, la réduction de la mortalité infantile a été plus forte chez les catégories accusant le plus de retard -, l'enfant le plus avantagé est toujours celui dont le père et la mère exercent un emploi de cadre supérieur

ou une profession libérale, le taux de mortalité oscillant autour des 7,7 ‰ alors que le taux moyen pour l'ensemble de la population est de 10 ‰. Les enfants d'actifs les plus défavorisés sont quant à eux les enfants de manoeuvres, leur taux de mortalité se situant vers les 12 ‰. L'importance des écarts de taux de mortalité infantile est limitée au sein de la population active, mais il n'en va pas de même si l'on se réfère aux enfants de parents d'inactifs. Tout d'abord, quelle que soit la catégorie sociale, les enfants dont la mère est inactive ont un risque de mortalité plus élevé, les taux allant de 8,4 ‰ à 13,9 ‰ (Tableau 1). Par ailleurs, le taux de mortalité devient maximum - 16 ‰ - pour les enfants dont les deux parents sont inactifs. Le risque de mortalité est alors deux fois supérieur à celui encouru par les enfants d'actifs des catégories sociales favorisées (Q.C. DINH - 1991).

L'ensemble de ces travaux montre la persistance, à tous les âges de la vie, d'une hiérarchie sociale devant la mort. Le constat d'une suraccumulation des risques de décès chez les personnes inactives met en évidence les limites des analyses menées auprès des CSP. Dans l'actuel contexte d'éclatement de la norme du plein emploi et d'apparition d'un phénomène d'exclusion sociale, ces études, qui ne se réfèrent qu'aux personnes intégrées, sont inadéquates pour relever les disparités inhérentes à la situation de dualisme social. En matière de mortalité, les inégalités continuent non seulement à exister au sein des catégories sociales mais, conformément au mouvement d'exclusion sociale, elles sortent du cadre restreint des CSP pour devenir fortement significatives en marge de toute référence à l'activité. Ainsi, par simple prolongation de la situation rencontrée par les inactifs, on aperçoit en filigrane la surmortalité relative des exclus pour qui le cumul des handicaps est maximal.

Compte tenu du fait qu'aucune donnée relative à la mortalité des allocataires du RMI n'a été fournie par les travaux d'évaluation, il est impossible de confirmer cette hypothèse. Le bulletin de décès ne comporte en effet aucune information sur les prestations sociales dont bénéficiait l'individu ! Toutefois, la mortalité des allocataires peut être appréciée indirectement à partir des études du CERC réalisées auprès d'un échantillon représentatif de la population. Celles-ci, sans pour autant se prononcer en matière de mortalité, révèlent que 24 allocataires appartenant à l'échantillon de départ de mars 1990 n'ont pu, pour cause de décès, être interrogés de nouveau en mai 1991 après la première vague d'enquête. Ainsi appréhendé, le taux de décès des bénéficiaires du RMI - environ 9 ‰ par an - est fort voisin de celui de la population globale - 9,4 ‰ en 1990. Toutefois, après élimination des effets de l'âge - l'âge moyen de la population au RMI est, rappelons-le, de 38 ans -, le taux de mortalité des allocataires apparaît 2 à 3 fois plus élevé que celui de la population française (F. SCHAETZEL & O. QUEROUIL - 1991).

Tableau 1 : Taux de mortalité infantile suivant les catégories socioprofessionnelles croisées de parents (pour 1000 nés vivants).

Catégorie socio professionnelle du père	Catégorie socioprofessionnelle de la mère												
	Agri. Expl. & sal. agri.	Patrons indus. & Com.	Prof. lib. & cadres sup.	Cadres moyens	Employés	Ouvriers	dont : Ouv. qual. Contre m.	O. S.	Manoe uvres	Autres actifs	Mère active	mère non active	Ens.
Agri. exp & sal. agri	10,8			8,1	8,3	8,9					9,3	10,6	10
Patrons indus. & com.		9,8		**7,7**	8,4						8,8	9,7	9,2
Prof. Lib. & Cad. sup.			**7,8**	**7,7**	**7,5**						7,7	8,5	8
Cadres moyens			8,4	**7,6**	**7,5**	9		9,6		7,9	7,7	8,4	7,9
Employés			8,1	**7,3**	7,9	9,9	9,1	11	10,4	8,5	8,1	9,8	8,7
Ouvriers dont :				8	8,4	9,6	9,4	9,7	9,7	9,1	8,9	11,8	10,4
Ouv. qual. & contrem.				8,1	8,2	9,2	9,2	9,4		9,7	8,6	11	9,7
O.S.				7,9	8,5	9,9	9,5	9,9	10,5	9,1	9,1	12,4	10,9
Manoeuvres						12,9					11,8	**13,9**	13,3
Autres actifs				7,9	8					9,4			9
Enfants légitimes Père actif	10,2	9,7	8,1	7,7	8	9,5	9	9,7	9,8	8,9	**8,4**	10,7	9,4
Père non actif				8,6	9,8						10,4	**16**	13,7
Ensemble	**10,2**	**9,7**	**8,1**	**7,7**	**8**	**9,5**	**9,1**	**9,8**	**9,9**	**8,9**	**8,4**	**10,8**	**9,5**
Enf. nés hors mariage			8	8,8	9,9	12,3	10,6	13	14,4	11,5	10,7	16,2	13,4
Ens des naissances	**10,3**	**10,6**	**8,1**	**7,8**	**8,2**	**9,9**	**9,2**	**10**	**10,8**	**9,4**	**8,7**	**11,4**	**10**

Champ : génération 1976-1983

source : Données sociales 1990 In Q.C. DINH - 1991

1.2. La morbidité diagnostiquée des populations défavorisées : sur-morbidité et prévalence de certaines pathologies.

Des chômeurs ...

La seule étude statistique générale s'intéressant à la morbidité différentielle des populations défavorisées date de 1981. Ce travail, réalisé à partir de données nationales - recueillies auprès de 7000 ménages - sur la consommation de soins, étudie la consommation et l'état de santé de la sous-population la plus précarisée de l'époque, à savoir celle des demandeurs d'emploi (T. LECOMTE - 1986). Les chômeurs ont globalement, et cela quelque soit la tranche d'âge à laquelle il est fait référence, un moins bon état de santé que les actifs occupés. Il est important de tenir compte de la relative jeunesse des actifs privés d'emploi - 50 % ont moins de 25 ans et 75 % moins de 40 ans - pour expliquer le fait que, malgré leur état de santé plus dégradé, les chômeurs ont un taux de morbidité général - de 2,6 maladies par personne - inférieur à celui des actifs qui est de 2,8 maladies par personne. A tranches d'âge identiques, le taux de morbidité est toujours supérieur pour les demandeurs d'emplois et leur sur-morbidité est, de plus, fortement croissante avec l'âge. Celle-ci est faible chez les jeunes chômeurs puisqu'elle dépasse à peine les 10 % ; elle devient en revanche très significative pour la dernière classe d'âge, la surmortalité en cas de chômage étant de 24 % pour les personnes âgées de 50 à 59 ans.

Au sein de la tranche des 15 - 24 ans, le taux de morbidité des jeunes est proche de celui des actifs occupés (1,6 maladie par personne contre 1,5), ce qui laisse supposer un état de santé similaire. Cependant, l'étude des taux par maladie vient infirmer cette hypothèse puisque les deux groupes ne rencontrent apparemment pas les mêmes symptômes dans les mêmes proportions. Les chômeurs sont davantage concernés - 40 à 50 % en plus - par les pathologies digestives, génito-urinaires, respiratoires et les troubles mentaux, alors qu'à l'inverse les jeunes actifs souffrent plus - 78 % en plus - de maladies ostéo-articulaires.

De 25 à 39 ans, la situation devient largement plus défavorable pour les chômeurs. Ceux-ci rencontrent en effet des taux de morbidité maximums quelle que soit la maladie : 2,5 contre 2,2 pour les actifs occupés. De plus, il est à remarquer que les écarts se creusent, affirmant la prévalence de certaines pathologies dans les milieux défavorisés. Ainsi, les troubles mentaux - notamment les dépressions -, les maladies génito-urinaires et maladies de la peaux sont deux fois plus fréquentes chez les chômeurs.

L'aggravation des écarts de morbidité entre les deux sous-populations est confirmée au niveau de la dernière tranche d'âge avec un taux de 4,5 maladie par personne chez les chômeurs contre 3,9 chez les actifs occupés. De plus, on constate la même prévalence des trois maladies citées précédemment (Tableau 2).

TABLEAU 2 : Comparaison des taux de morbidité des actifs au chômage et des actifs occupés d'une même tranche d'âge.

	15 - 24 ANS		25 - 39 ANS		40 - 59 ANS	
	Actifs Chômeurs	Actifs occupés	Actifs chômeurs	Actifs occupés	Actifs chômeur	Actifs occupés
Mal. cardio-vasculaires	5,2	5,3	10,3	12,1	42,2	33,2
Mal. de l'app. respiratoire	5,2	3,3	5,7	4,5	9,7	7,9
Mal. de l'app. digestif	12,3	9,7	23,7	17,7	32,5	29,2
Mal. bouche et dents	44,8	41,9	53,6	56,7	71,4	70,5
dont caries	*32,3*	*29,2*	*27,3*	*30,3*	*33,1*	*27,2*
prothèses dentaires	*11,0*	*11,3*	*25,3*	*25,1*	*36,4*	*41,7*
Mal. génito-urinaires*	8,4	5,3	11,3	6,8	24,7	13,7
Mal. système nerveux :	9,7	7,4	11,9	11,2	14,3	13,4
dont céphalèes, migraines	*8,1*	*6,7*	*10,8*	*10,6*	*13,6*	*12,2*
Troubles mentaux et insomnies	7,7	5,5	20,6	10,0	33,1	18,4
dont dépressions	*2,9*	*1,8*	*9,8*	*3,3*	*11,0*	*4,1*
troubles du sommeil	*2,6*	*1,9*	*9,3*	*4,5*	*15,6*	*10,7*
Mal. Ophtalmologiqiues	25,2	26,3	35,6	33,5	81,8	70,6
Mal. de la peau	10,6	10,7	15,5	8,1	15,6	7,1
Mal. ostéo-articulaires	4,5	8,0	17,5	17,4	49,4	38,6
SOUS-TOTAL : maladies su-citées	*133,6*	*123,4*	*205,7*	*178,0*	*374,7*	*302,6*
AUTRES Pahologies	25,1	28,9	39,7	41,0	76,6	66,0
TOTAL : toutes path. Confondues	**158,7**	**152,3**	**245,4**	**219,0**	**451,3**	**368,6**

* Les taux ne sont calculés que pour la population féminine

Source : CREDES In T. LECOMTE -1989

... aux "RMIstes".

En l'absence d'études épidémiologiques générales (comparables à celles réalisées pour les chômeurs), il est nécessaire d'opérer un recoupement entre études partielles et locales pour obtenir, avec ce que cette méthode comporte d'imprécisions, une image des problèmes de santé rencontrés par les personnes allocataires du RMI.

Troubles sanitaires des allocataires fréquentant les centres de soins gratuits.

La première étude à laquelle nous ferons référence porte sur les bénéficiaires adultes du RMI fréquentant les centres de soins gratuits (T. LECOMTE, An. MIZRAHI, Ar MIZRAHI - 1991). Il est à préciser que cette observation, réalisée auprès de six centres de soins aux défavorisés - centres appartenant aux associations REMEDE et MSF -, est loin d'être représentative de l'ensemble des allocataires, et cela notamment en raison de la faiblesse de l'effectif de l'étude (328 titulaires du RMI), mais aussi des particularismes de la population fréquentant ces centres. Les prestataires du RMI peuvent théoriquement recourir librement au système de soins habituel puisqu'ils bénéficient d'une couverture maladie associée au bénéfice du RMI. Aussi, le sous-groupe vu en consultation dans les centres de soins gratuits a de fortes chances d'être composé de personnes qui privilégient ce type de structure en raison de leur plus grande déssociabilisation. De fait, le profil de ces allocataires, qui cumulent tant les handicaps sociaux que professionnel, correspond à celui des allocataires dits de "type 3" dans la classification opérée par le CERC (Documents du CERC - 1991). De manière générale, les "RMIstes" des centres de soins sont en majorité des hommes isolés, sans travail et sans domicile fixe dans 1/3 des cas - les SDF ne représentent que 4,6 % de l'ensemble des bénéficiaires. Cette population particulière est dirigée vers les centres de soins par les associations et les assistantes sociales dans plus de 53 % des cas. Un tri des "mauvais risques" ayant été effectué en amont du secteur sanitaire, il est permis de penser que ces personnes sont en plus mauvais état de santé apparent que le reste de la population au RMI.

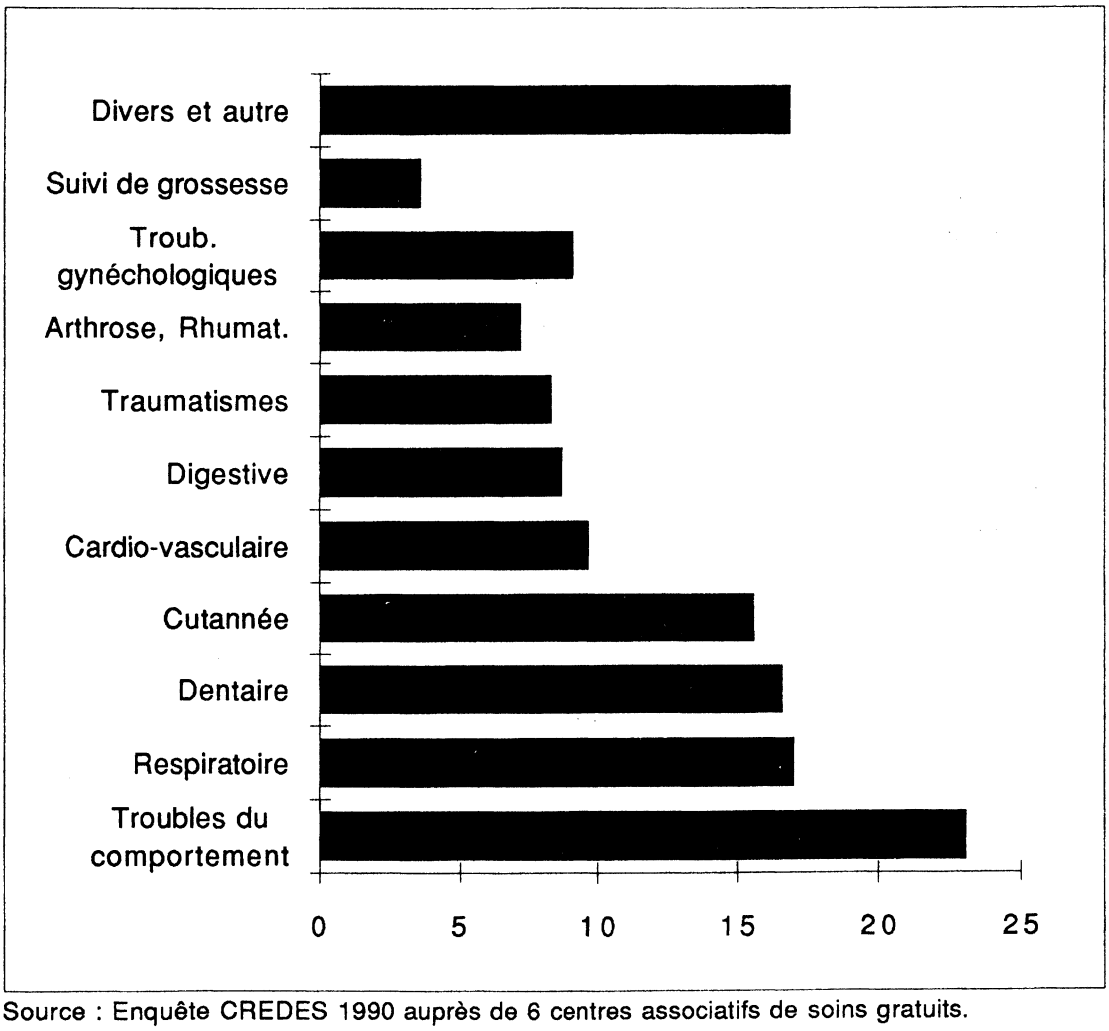
Une forte prévalence des troubles du comportement (angoisse, dépression, troubles liés à l'alcoolisme, toxicomanie) est à signaler puisque 23 % des patients sont concernés par ces troubles. Les pathologies respiratoires aiguës et les problèmes dentaires sont eux aussi fortement représentés ; ils concernent chacun 17 % des consultants. Viennent ensuite les pathologies cutanées qui touchent 16 % de la population étudiée (Tableau 3 et Graphique 1).

TABLEAU 3 : Les motifs médicaux de consultation des bénéficiaires du RMI fréquentant les centres de soins gratuits en 1990

Pathologies	Effectif	Taux en % *
Troubles du comportement	64	23,1
Respiratoire	47	17
Dentaire	46	16,6
Cutannée	42	15,6
Cardio-vasculaire	27	9,7
Digestive	24	8,7
Traumatismes	23	8,3
Arthrose, Rhumat.	20	7,2
** Troub. gynéchologiques	8	9,1
Suivi de grossesse	3	3,6
Divers et autre	47	16,9
Total	378	

* sur l00 pers. ayant au moins une maladie / ** taux calculé sur pop. féminine seulement

GRAPHIQUE 1 : Les motifs médicaux de consultation des bénéficiaires du RMI consultant les centres de soins gratuits en 1990.



Source : Enquête CREDES 1990 auprès de 6 centres associatifs de soins gratuits.
In T. LECOMTE, An. MIZRAHI, Ar. MIZRAHI - 1991.

Morbidité différentielle des "RMIstes" .

Le constat de la prévalence de certaines maladies peut être complété à l'aide d'études locales réalisées à partir de bilans de santé des allocataires du RMI. De plus, par comparaison avec des enquêtes sanitaires globales, il est possible de mettre en évidence la morbidité différentielle de ces allocataires. La réunion de cinq de ces études (IRSA, Vannes 1, Verdun, Mulhouse, Ille-et-Villaine), qui ont utilisé dans leur méthode d'investigation des indicateurs similaires, permet de dresser, sur 906 bénéficiaires du RMI vus en consultation, un panorama des troubles pathologiques rencontrés par ces bénéficiaires (F. SCHAETZEL & O. QUEROUIL - 1991). Cet échantillon, qui ne concerne que 5 % des allocataires potentiellement concernés par un bilan de santé, montre que deux types de ménage ont particulièrement recours à ces examens suite à leur entretien avec les travailleurs sociaux chargés de l'instruction de leur dossier : les hommes isolés d'un certain âge, venant faire une évaluation de leur état de santé avant de pouvoir envisager une insertion professionnelle, et les familles nombreuses favorables à un bilan concernant également les enfants. Même si les données recueillies semblent l'avoir été auprès d'une population plus jeune, moins isolée et par là même moins désinsérée que précédemment, il n'en reste pas moins que les bilans de santé sont uniquement le fait des personnes consultantes, et donc que les handicaps en matière de santé constatés sont à priori plus lourds que si l'étude avait concerné l'ensemble de la population prestataire. Ainsi, les données recueillies ne peuvent pas être considérées comme représentatives de l'ensemble des "RMIstes". Au-delà de l'esquisse de problèmes de santé dominants, toute généralisation ou extrapolation des ces données est forcément erronée.

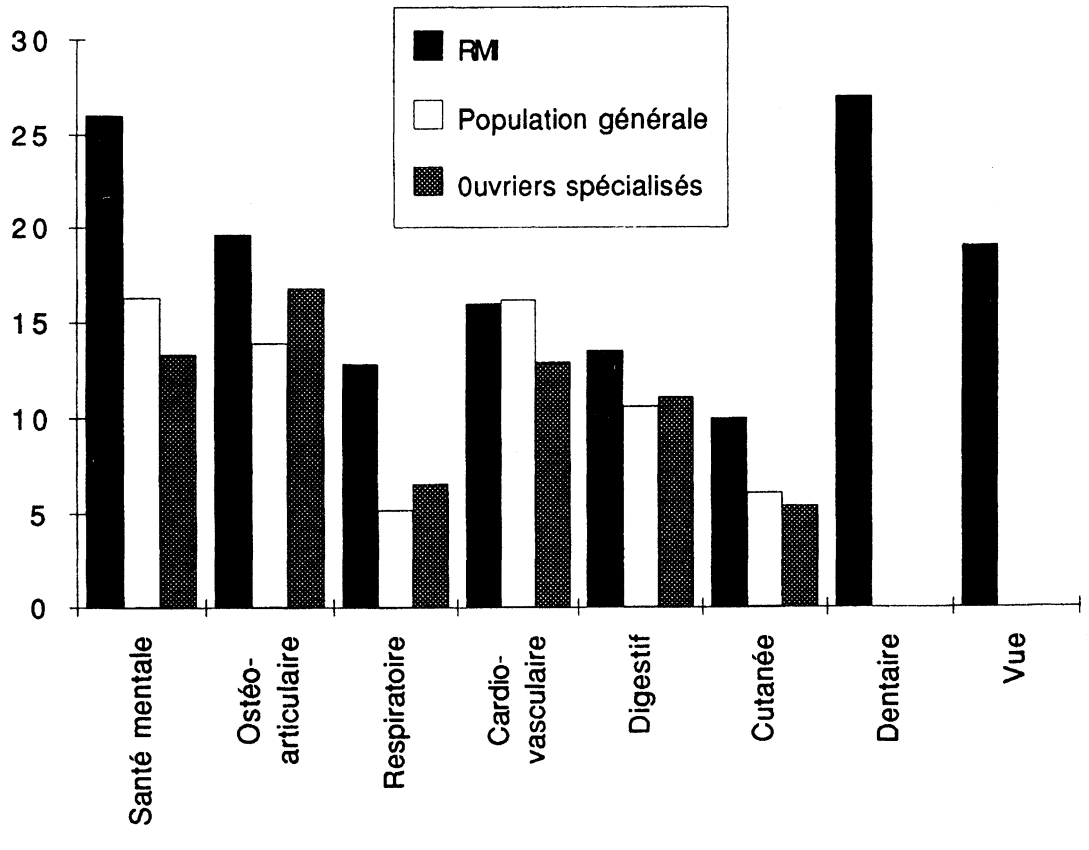
Les allocataires de l'échantillon sont plus atteints de troubles de la santé que les groupes sociaux les plus concernés par la maladie, puisque pour eux le nombre moyen de diagnostics par séance est compris dans une fourchette de 2 à 2,4 alors qu'il est de 1,7 pour les chômeurs et de 1,6 pour les ouvriers spécialisés. Les pathologies les plus fréquemment rencontrées sont tout d'abord les problèmes dentaires (27 % des individus étudiés), qui semblent concerner quatre fois plus la population consultante "RMIste" que la population générale ; viennent ensuite les problèmes de la santé mentale (26 %) avec une fréquence importante de l'angoisse et de la dépression avant les troubles liés à l'alcoolisme ; la pathologie ostéo-articulaire représente pour sa part 19,5 % des recours aux soins ; les troubles cardio-vasculaires (16 %) n'arrivent qu'en quatrième position alors que ces troubles sont majeurs pour la population totale ; on relève enfin une certaine prédominance des troubles digestifs (13,5 %), celle-ci pouvant être induite par certaines pathologies dominantes citées auparavant, tels que les troubles dentaires et l'alcoolisme (Tableau 4 et graphique 2) .

TABLEAU 4 : Répartition des patients au RMI pour chaque type de pathologies. Comparaison avec la morbidité observée en médecine générale. Pourcentage pour 100 indvidus entre 25 et 65 ans

		Population générale		Ouv. Spécialisés	
Groupe de symptômes	RMI	%	RMI/Pop.	%	RMI/OS
Santé mentale	26	16,3	(+)59%	13,3	(+)95 %
Ostéo-articulaire	19,6	13,9	(+)40%	16,8	(+)16%
Respiratoire	12,8	5,2	(+)146%	6,6	(+)93 %
Cardio-vasculaire	16	16,2	0	12,9	(+)24 %
Digestif	13,5	10,6	(+)28%	11,1	(+)22%
Cutanée	10	6,1	(+)63%	5,4	(+)85%
Dentaire	27				
Vue	19				

Source : F. SCHAETZEL & O. QUEROUIL - 1991 / Population globale et ouvriers spécialisés : source CREDES 1982-1983.

GRAPHIQUE 2 : Comparaison de la morbidité observée en médecine générale



Si l'on tient compte des écarts de morbidité avec la population générale, ou encore plus significativement avec celle des ouvriers spécialisés, on retrouve les trois maladies dominantes constatées précédemment. La fréquence des troubles de la santé mentale, des pathologies respiratoires et des pathologies cutanées est deux fois plus forte chez les allocataires du RMI étudiés que chez les ouvriers spécialisés, qui eux-mêmes rencontrent pour ces maladies une fréquence relativement plus élevée que celle de la population globale .

La sur-morbidité des allocataires du RMI peut expliquer les restrictions de l'aptitude professionnelle. Cette même étude révèle en effet qu'un consultant seulement sur deux conserve une aptitude professionnelle normale. Un tel constat, au demeurant assez alarmant, doit cependant être relativisé en tenant compte du fait que la population dirigée vers les bilans de santé présente selon toute vraisemblance les plus forts taux de handicaps sanitaires. Pour les professionnels de la santé, 21 % des individus vus en consultation font l'objet d'une annulation complète de la capacité de travail, et 30 % une inaptitude partielle. La gène partielle ou totale au travail est bien évidemment fortement corrélée à l'âge. En effet, seuls 14 % des jeunes appartenant à la classe d'âge des 20-40 ans sont reconnus inaptes à l'activité contre 61 % chez les plus de 20 ans. En prenant en compte les raisons de la diminution des capacités de travail, on s'aperçoit de nouveau de la prédominance des troubles psychiques qui, dans 41 % des cas, sont à l'origine d'une inaptitude partielle ou totale, et dans 53 % d'une annulation complète de la capacité de travailler. Les troubles physiques sont quant à eux beaucoup moins explicatifs de l'incapacité de travailler - partielle ou totale -, puisque celle-ci découle dans 22% des cas d'une maladie ostéo-articulaire, dans 14 % des cas d'une maladie cardio-vasculaire, dans 13 % des cas de troubles digestifs - cette maladie arrive au second rang des causes d'inaptitude totale en concernant 17 % des cas (Tableau 5).

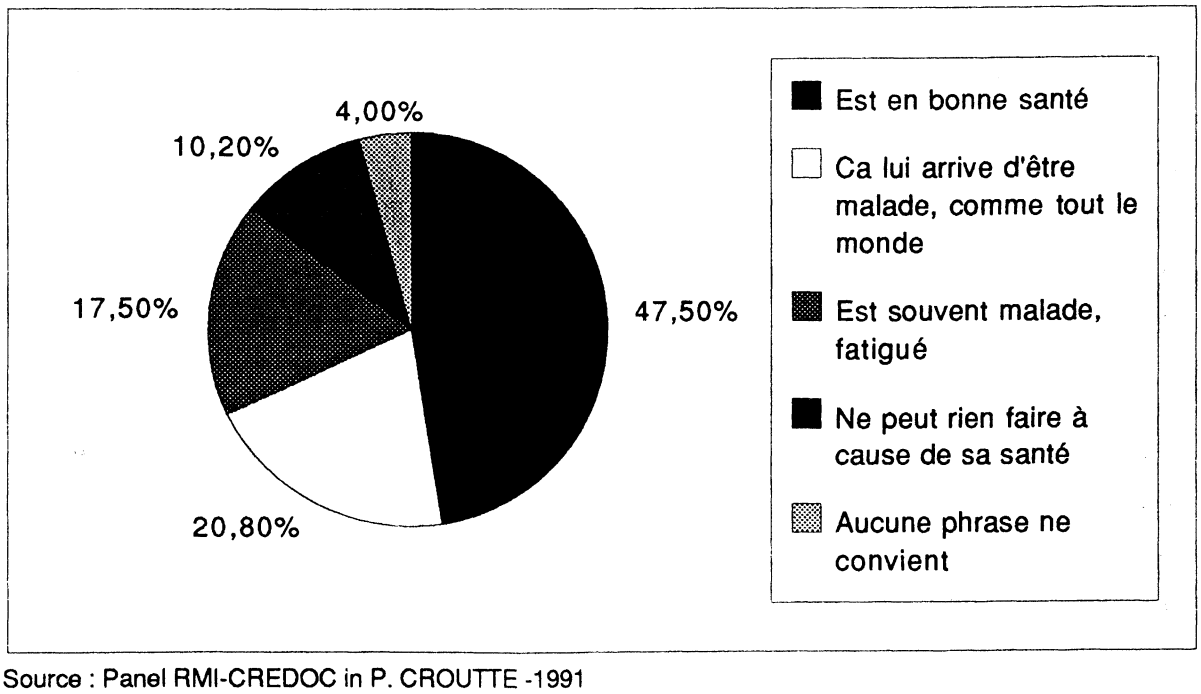
Un simple rapprochement peut être fait entre l'incapacité au travail diagnostiquée par les médecins - que nous venons d'aborder -, et celle déclarée par les allocataires eux-mêmes dans le cadre de travaux sur la morbidité ressentie, que nous étudierons par la suite. Les professionnels de la santé donnent une indication d'inaptitude professionnelle dans 21 % des cas alors que 26 % des individus interrogés par le CERC estiment que leurs problèmes de santé rejaillissent sur leurs capacités professionnelles ; selon le panel du CREDOC, ils ne sont que 17, 7 % à se dire inaptes au travail. Ainsi, il semblerait que les individus sous-estiment leurs handicaps quand ils se livrent à une auto-évaluation de leur état de santé. Toutefois, il convient de tenir compte des biais méthodologiques : l'enquête réalisée à partir des bilans de santé concerne un sous-ensemble de la population au RMI, alors que les enquêtes portant sur l'état de santé ressenti sont représentatives de l'ensemble des prestataires.

TABLEAU 5 : Pathologies et inaptitudes professionnelles.

	Réduction de la capacité de travail en % (inaptitudes partielles et totale)	Annulation de la capacité de travail en %
Santé mentale	41	53
Ostéo-articulaire	22	15
Respiratoire	8	12
Cardio-vasculaire	14	13
Digestif	13	17

Source : O. QUEROUIL & F. SCHAETZEL - 1991

GRAPHIQUE 3 : Quelle phrase décrit le mieux votre état de santé (été 90) (question posée par le CREDOC aux allocataires du RMI)



Source : Panel RMI-CREDOC in P. CROUTTE -1991

1.3. La morbidité ressentie des allocataires du RMI : l'appréhension de la santé en terme de bien-être.

Les études réalisées à l'aide des indicateurs de morbidité permettent, malgré leurs insuffisances, de relever la prévalence de certains troubles sanitaires dans les milieux défavorisés. Toutefois, ces indicateurs classiques de santé s'avèrent inadaptés pour rendre compte de la complexité des problèmes sanitaires rencontrés, et cela pour deux raisons majeures. La première raison tient au fait que seuls les besoins de santé exprimés lors d'un recours au système de santé - bilan de santé ou consultation auprès des centres de soins gratuits - sont appréhendés, alors que les problèmes sanitaires du reste de la population sont, faute de recours, passés sous silence. La seconde raison tient au fait que la santé est une notion floue qui s'avère d'autant plus difficilement exprimable que l'individu chargé d'une auto-évaluation de son état de santé est éloigné des "normes médicales" (J.P. DESCHAMPS - 1979). Bien souvent, les problèmes de santé sont de l'ordre du ressenti, du vécu ou plus exactement du "mal vécu", notions qui sont difficilement traduisibles en terme de maladie. Par ailleurs, si l'on définit la santé non plus comme l'absence de maladie, mais de façon beaucoup plus large comme un état de "bien-être", le besoin de santé tient, au-delà de la maladie, à la qualité de l'environnement de l'individu, et dépasse par conséquent le cadre restreint de l'étude épidémiologique.

Il donc été convenu, dans le cadre des travaux d'évaluation du RMI, de demander directement aux intéressés leur avis sur leur santé et de se fier à ces avis pour apprécier l'effet de la politique sanitaire entreprise. Cette démarche devait permettre d'appréhender la notion de besoin en amont de la demande adressée au système de santé, et donc d'y répondre, non seulement par une adaptation de l'offre de soins, mais aussi par une amélioration des conditions d'existence - insertion professionnelle, amélioration de l'habitat, lutte contre l'isolement ... -, dans le cadre de la politique d'insertion du RMI.

22 % des allocataires du RMI, interrogés à l'été 1990 sur les deux difficultés majeures qu'ils entendent voir se résoudre en priorité, placent la santé comme un élément clé de leur insertion. Les problèmes de santé arrivent ainsi en quatrième position juste derrière le logement - 38 % des bénéficiaires le considère comme une priorité -, le travail - priorité à 60 % - et bien sûr l'argent - priorité à 68 % (PARTAGE - 1991). Alors que les deux tiers des allocataires déclarent être dans un état de santé satisfaisant (Graphique 3), l'intérêt porté à la santé s'explique par le fait que 17,5 % des individus déclarent être souvent malades ou fatigués, et 10,2 % ne peuvent rien faire pour raison médicale (PANEL RMI-CREDOC - 1991).

L'état de santé est fortement corrélé au sexe et à l'âge. Ainsi, quelque soit l'âge, les femmes prestataires du RMI sont beaucoup moins nombreuses que les hommes à se déclarer en bonne santé (42 % contre 54 %). En revanche, elles sont aussi moins nombreuses à déclarer ne rien pouvoir faire pour raison de santé (8 % contre 12 % chez les hommes). Les écarts de santé liés à l'âge sont encore plus significatifs que ceux liés au sexe. En effet, près de 65 % de la population âgée de moins de 30 ans se déclarent en bonne santé, le taux d'incapacité complète étant minimum pour cette tranche d'âge puisqu'il est de 3 %. En revanche, passé l'âge de 60 ans, un tiers des allocataires déclare ne rien pouvoir faire à cause de sa santé et moins d'un quart affirme être en bonne santé (P. CROUTTE - 1991).

Ces chiffres ont bien peu d'intérêt s'ils ne sont pas comparés avec l'état de santé déclaré de la population générale. Le pourcentage de personnes qui se déclarent en bonne ou très bonne santé dans la population française âgée de plus de 18 ans est de 71 % chez les hommes et de 63 % chez les femmes, soit des chiffres forts voisins de ceux observés au niveau de la population prestataire du RMI - 70 % des hommes déclarent un état de santé satisfaisant, ce qui est le cas de 63 % des femmes (O. CHOQUET & B. MOREL - 1991). Cette similitude est loin d'être le reflet de la réalité, la population bénéficiaire du RMI étant beaucoup plus jeune que la population globale. L'âge médian des "RMIstes" se situe autour de 38 ans, la moitié d'entre eux étant âgés de moins de 35 ans, alors que cette tranche d'âge ne représente que 30 % de la population globale. En tenant compte de l'âge, on s'aperçoit du mauvais état de santé relatif déclaré des allocataires. Ainsi, les "RMIstes" de moins de 30 ans sont 63 % à se déclarer en bonne santé, et ce pourcentage se rapporte dans la population globale à la déclaration - 61 % - de la tranche d'âge des personnes âgées de 45 à 54 ans. Conformément à l'appréciation de leur état de santé, les allocataires du RMI d'une certaine tranche d'âge semblent avoir, par rapport à la population globale, des troubles de santé correspondant à ceux de la génération antérieure (Tableaux 6,7 & 8).

Malgré l'insuffisance de références pathologiques, l'importance des troubles psychosomatiques a pu être confirmée par les déclarations des allocataires. Ainsi, une personne sur deux déclare avoir souffert de nervosité au cours du mois qui a précédé l'interrogation (à l'été 1990), et une sur trois de dépression. En opérant une comparaison avec les chiffres disponibles au niveau de la population globale, on s'aperçoit que, quelque soit le trouble pris en considération - état dépressif, nervosité ou insomnie -, les allocataires du RMI sont plus concernés que la moyenne française.

L'ensemble des informations recueillies fait état de problèmes sanitaires majeurs au niveau des populations défavorisées - CSP du bas de l'échelle sociale, chômeurs et "RMIstes" -, celles-ci étant, à différents niveaux, particulièrement

confrontées aux troubles de la santé mentale, aux maladies respiratoires aiguës ainsi qu'aux maladies cutanées. Au-delà du simple constat statistique, il convient de chercher les causes de cette sur-morbidité relative avant de pouvoir juger de l'efficacité de la politique sanitaire entreprise dans le cadre du RMI.

TABLEAU 6 : Etat de santé déclaré des allocataires du RMI en fonction de l'âge - Echantillon du CREDOC

(en %)	Bonne santé	Ne peut rien faire à cause santé
Moins de 30 ans	63	2
30-39 ans	54	6
40-49 ans	42	12
50-59 ans	27	20
Plus de 60 ans	22	35
Ensemble	48	10

Source : Panel RMI-CREDOC In P. CROUTTE - 1991.

Institut de l'Information Scientifique et Technique - INIST

TABLEAU 7 : Etat de santé déclaré des allocataires du RMI en fonction de l'âge - Echantillon du CERC

(en %)	Bonne santé	Problèmes de santé sans incidence prof.	Problèmes de santé avec incidence prof.
Moins de 35 ans	65	17,7	16,1
35- 50 ans	43,8	24	29,8
50 ans et plus	34,8	20,9	41
Ensemble	51,8	20,7	26,2

Source : CERC In Documents du CERC - 1990

TABLEAU 8 : Etat de santé déclaré de la population française en fonction de l'âge. Personnes estimant que leur état de santé est "bon" ou "très bon"

(en %)	Femmes	Hommes
18 à 44 ans	78	84
45 à 54 ans	58	64
55 à 64 ans	52	58
65 à 74 ans	39	46
74 à 84 ans	37	42
Plus de 84 ans	32	
Ensemble	63	71

Source : INSEE, enquête etude des conditions de vie; Données sociales 1990 In O. CHOQUET & B. MOREL - 1991.

2. SUR-MORBIDITE DES POPULATIONS DEFAVORISEES : LA MARQUE DES INEGALITE DE RECOURS AUX SOINS ET DES DISPARITES DE CONDITIONS DE VIE

La hiérarchie sociale devant la mort et les écarts de morbidité s'expliquent à la fois par des disparités de recours aux soins - section 2.1 - et par des conditions de vie différemment pathogènes d'un milieu social à l'autre - section 2.2.

2.1. Accès à la médecine : de l'inégalité sociale au dualisme médical.

Les différences quantitatives et qualitatives de recours peuvent à la fois expliquer la prévalence et l'incidence de certaines maladies dans les milieux défavorisés. Il semble qu'au cours des années quatre-vingt, symétriquement à l'accroissement des écarts de morbidité entre les personnes "intégrées" - identifiées à partir de leur appartenance à une catégorie sociale - et les personnes "exclues"(chômeurs, "RMIstes"), les écarts de recours à la médecine se creusent entre ces deux catégories de la population. Dans un contexte général de renouvellement du "paysage social français" - chômage et exclusion - et de rationalisation du système de santé, l'analyse socioprofessionnelle des disparités de consommation médicale sous estime-t-elle les problèmes d'accès aux soins rencontrés ? En marge des catégories sociales, la sous-consommation médicale existe-t-elle et le RMI intervient-il significativement contre la structuration du dualisme médical ?

2.1.1. Evolution paradoxale ou structuration inégalitaire du système de santé

A. Limitations des disparités au sein des CSP ...

L'enquête INSEE 1980-1981 montre que la CSP la plus consommatrice de soins en débours est celle des cadres supérieurs. En effet, leurs débours totaux pour la classe d'âge des 17-39 ans s'élève à 166 contre 94 chez les ouvriers qualifiés, 71 chez les artisans et petits commerçants et 64 chez les exploitants agricoles de la même classe d'âge. Par conséquent, on note une différence notable de recours au soins non seulement au sein de la population active salariée mais aussi et surtout par rapport aux travailleurs indépendants (A. CHARRAUD & P. MORMICHE - 1986).

Une opposition entre ceux qui choisissent et ceux qui subissent les soins ...

En fonction du type de recours, deux grandes pratiques médicales se dégagent : celles des catégories sociales favorisées, professions intellectuelles et libérales en tête, qui sont demandeurs de soins dits "rares et techniques" et, à l'opposé, la médicalisation des ménages d'ouvriers et d'agriculteurs qui ont recours aux soins "banalisés et généralistes". Les indices de recours aux dentistes, aux spécialistes, aux analyses et examens, et à la pharmacie sans ordonnance sont croissants dans l'échelle des catégories socioprofessionnelles, des travailleurs indépendants aux catégories sociales supérieures (P. MORMICHE - 1986).

Ces disparités médicales s'expliquent non seulement par des contraintes financières différentes d'un groupe social à l'autre mais aussi par des visions de la santé très variables. L'appréhension du vieillissement est plus forte pour les groupes favorisés, qui augmentent davantage leur consommation médicale avec l'âge malgré une morbidité qui reste relativement faible. Ainsi, les "cols blancs" se préoccupent davantage de leur santé et de l'entretien de leur corps. En revanche, les consommations à risques telles que l'alcool et le tabac sont plus développées dans les catégories sociales les moins favorisées. Parmi les hommes actifs, ce sont les ouvriers qui fument le plus, suivis des employés ; les agriculteurs, qui pourtant ont une consommation de tabac minimale, occupent en revanche la première place dans la répartition par CSP des buveurs excessifs. Les chômeurs hommes et femmes détiennent quant à eux le triste record des plus forts taux de fumeurs - 49 % des chômeurs sont fumeurs contre 24 % chez les agriculteurs, 27 % des chômeuses fument et seulement 2 % chez les exploitantes agricoles (T. LECOMTE - 1992).

Les pratiques médicales sont aussi déterminées par la distance culturelle existant par rapport au monde médical. Les ménages dont le chef est diplômé d'études supérieures déboursent un tiers de plus que la moyenne par individu, à âge et sexe comparable ; ils ont aussi davantage recours aux spécialistes et à l'achat de produits pharmaceutiques sans ordonnance. Toutefois, les plus diplômés appartiennent aux catégories sociales les plus favorisées dont les possibilités financières et les taux de couverture complémentaires sont supérieurs à la moyenne.

Ainsi, les habitudes sociales, le niveau culturel et les capacités financières divisent les consommateurs en deux types : ceux qui choisissent leurs soins et ceux qui les subissent (B. MAJNONI D'INTIGNANO - 1987). Les catégories sociales favorisées relèvent du premier type de médicalisation ; il maximisent les taux de recours à la médecine de ville et n'hésitent pas à consulter par souci de prévention, ce qui vraisemblablement minimise une fréquentation hospitalière limitée aux cas graves. Les manoeuvres, salariés et ouvriers, se préoccupent peu de la prévention en dehors des

visites obligatoires de médecine du travail, mais ont en retour un fort taux de fréquentation hospitalière.

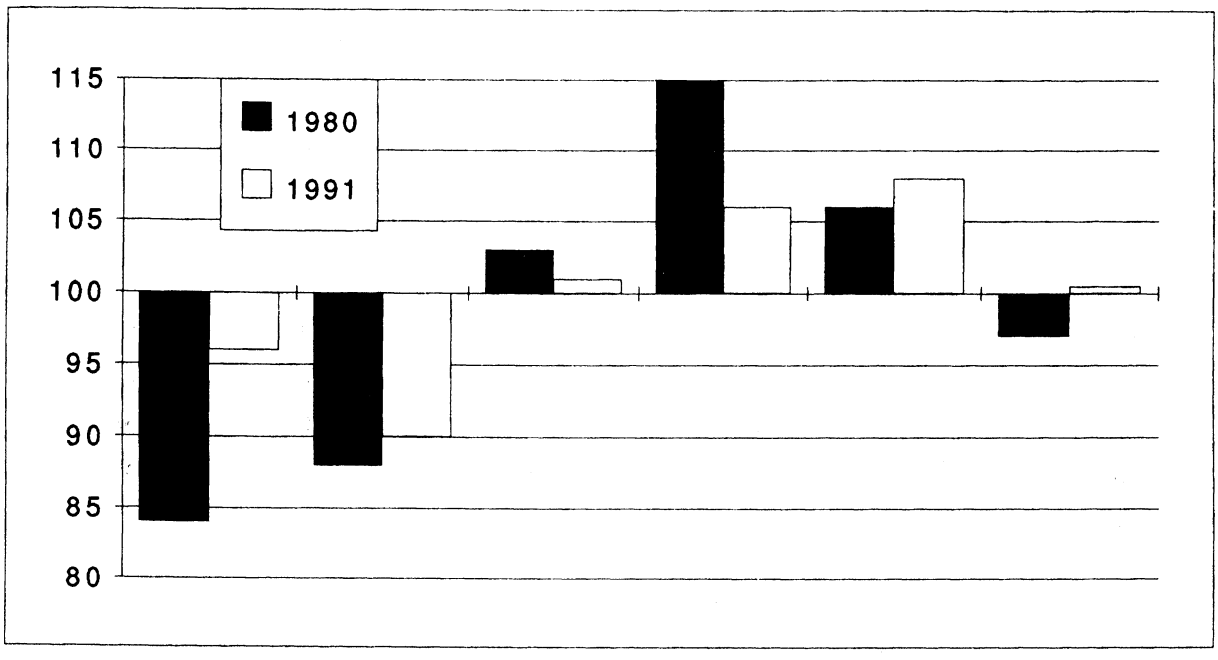
... opposition amoindrie au cours des années quatre-vingt.

Avec le renouvellement des générations et la généralisation de la protection sociale, les disparités entre catégories socioprofessionnelles s'estompent (P. MORMICHE & C. BONNAUD - 1992). Au cours des années 80, les professions indépendantes, et dans une moindre mesure les ouvriers, ont bénéficié d'un effet de rattrapage ; leur niveau de consommation respectif à âge et sexe équivalent se rapproche désormais du niveau moyen national (Graphique 4). Cette tendance quantitative s'accompagne d'un rapprochement des comportements médicaux ; la consultation à titre préventif et spécialisée s'étend aux milieux ouvriers et agricoles. La démocratisation constatée de la médecine s'explique en partie par une délocalisation des soins techniques, mais aussi et surtout par une amélioration de la couverture maladie. La proportion d'individus bénéficiant d'une double protection passe de 73,4 % en 1980 à 85,8 % en 1991. Cette progression est davantage le fait des milieux jusqu'alors les moins bien couverts : le taux de couverture complémentaire progresse de plus de 10 points chez les ouvriers, les agriculteurs et les commerçants, contre environ 5 points chez les cadres supérieurs et les professions intermédiaires, alors que la progression est nulle chez les employés.

B. ... mais croissance des obstacles d'accès aux soins pour les plus démunis ?

La politique de régulation des dépenses de santé n'a pas été sans effet en matière d'accès aux soins. Malgré l'un des taux de prélèvements obligatoires parmi les plus élevés dans le monde - 45 % du PIB -, la France présente l'un des taux de financement public les plus bas des pays de l'OCDE : elle occupe le 14ème rang juste devant les Etats-Unis. Sous le poids d'un forfait hospitalier et d'un ticket modérateur croissants, ainsi que d'une extension des dépassements de tarifs conventionnels, les Français paient de leur poche 20 % des dépenses de santé (O. GUIHENEUF - 1992). L'accroissement des sommes laissées à la charge des ménages relativise l'équité sociale croissante devant la médecine constatée au niveau des recours aux soins. (P. MORMICHE & C. BONNAUD - 1992).

GRAPHIQUE 4 : Nombre de consultations selon la catégorie socioprofessionnelle
Indice à âge et sexe comparables indice 100 = moyenne de la population



Source : Enquêtes décennales Santé 1980 et 1991, INSEE In P. MORMICHE & C. BONNAUD - 1992.

TABLEAU 9 : Taux de détention en assurance complémentaires maladie et en assurance accident suivant les caractéristiques du ménage en 1991

(en %)	Assurances complémentaires maladie			Assurance
	Collective	Individuelle	Ensemble	Accident
PROF. DE LA PERSONNE DE REF.				
Agriculteur	17	74	85	36
Artisan, commerçant, chef ent.	37	61	86	26
Prof. libérales et cadre sup.	71	27	90	17
Profession intermédiaire	70	29	92	14
Employé	60	30	84	12
Ouvrier	53	35	81	10
Retraité	36	45	77	7
Autre actif	20	42	62	-
AGE DE LA PERSONNE DE REF.				
Moins de 25 ans	32	42	69	8
De 25 à 29 ans	51	42	84	13
De 30 à 49 ans	62	33	87	15
De 50 à 54 ans	57	37	85	16
De 55 à 59 ans	48	39	82	16
De 60 à 64 ans	42	47	85	8
65 ans et plus	31	45	73	6
REVENU DU MENAGE EN 1990				
Moins de 45 000 F	15	46	60	6
De 45 000 à moins de 80 000 F	33	42	73	8
De 80 000 à moins de 120 000 F	54	37	85	13
De 120 000 à moins de 180 000F	65	37	93	14
180 000 F et plus	73	31	94	18
ENSEMBLE	**49**	**39**	**82**	**12**

SOURCE : Enquête Assurance INSEE 1991. In F. DUMONTIER & H. VALDEMIERE - 1992.

Moindre recours aux soins onéreux ...

L'homogénéisation des recours ne concerne pas les soins les plus onéreux tels que les soins dentaires. Ce type de médecine, particulièrement mal remboursée, est le seul à connaître à la fois une baisse de fréquentation (moins 1 % par an), et un accroissement de l'écart de consommation entre les milieux défavorisés et les couches aisées de la population (A. BOCOGNANO - 1992). Cette inégalité croissante de recours est particulièrement préjudiciable si l'on prend en compte le renouvellement des pratiques de soins dentaires de plus en plus orientées vers la prévention et le suivi des jeunes. La persistance d'une sous-consommation préventive, voire d'une relégation des soins à entreprendre, peut générer des handicaps majeurs, et cela d'autant plus sûrement que les milieux défavorisés peuvent difficilement supporter les coûts financiers des prothèses dentaires.

... notamment pour les personnes sans couverture complémentaire

Le développement des dépenses laissées à la charge des ménages est légitimé par la volonté de responsabilisation des individus. Cette volonté est moins évidente si l'on tient compte du développement simultané des couvertures complémentaires, le but de la modération des dépenses s'estompe alors derrière le but implicite du désengagement de l'Etat. La protection du risque maladie cesse d'être obligatoire et automatique sur la partie non prise en charge du coût de la maladie. Etant donné le lien existant entre le revenu et le bénéfice d'une couverture complémentaire, la régulation des dépenses va dans le sens d'une plus grande iniquité face à la maladie. 60 % des ménages aux revenus annuels de moins de 45 000 francs sont couverts par une assurance complémentaire, contre 94 % des ménages aux revenus de plus 180 000 francs. Pour la même raison financière, à laquelle il convient d'ajouter une raison liée à un meilleur état de santé, les jeunes ont moins recours au complément maladie que les plus âgés (Tableau 9). On s'aperçoit ainsi que malgré une extension pratiquement généralisée de la protection sociale, une partie non négligeable de la population rencontre des obstacles financiers croissants d'accès à la médecine, et notamment à une certaine qualité de médecine.

... pour qui le rationnement de soins est renforcé par les dépassements de tarifs conventionnés

Le développement des dépassements d'honoraires au sein du secteur conventionné renforce cette tendance inégalitaire. La mise en place du secteur II, dit à "honoraires libres" par la convention médicale de 1980, s'inscrit dans une même volonté de régulation des dépenses de santé. Depuis cette convention, le pourcentage de médecins conventionnés à Paris est passé de 86 % à 97 %, alors que dans le même temps, le nombre des médecins strictement conventionnés passe de 58 % à 29 %. Alors que moins

de quatre médecins sur 10 appliquent les tarifs conventionnels, les spécialistes du secteur II deviennent majoritaires - 35,3 % contre 33,3 % au secteur I strict. En prenant en compte l'écart de densité de médecins généralistes du secteur I au sein de la capitale, (écart qui va de 1 à 7 selon l'arrondissement), la consommation médicale des moins fortunés est restreinte dans certains arrondissements, malgré une offre médicale uniformément abondante. A ces disparités spatiales de densité s'ajoute une importante diversité par discipline : 85,7 % des néphrologues parisiens exercent en secteur I, environ 20 % des pédiatres et des pneumologues, ce qui est uniquement le cas de 9 % des dermatologues, des chirurgiens et des gynécologues (G. DANNET - 1989). Les possibilités de recours aux soins spécialisés des ménages défavorisés, qui souffrent davantage de troubles respiratoires et de pathologies cutanées sont, au vu de tels chiffres, remises en cause. En effet, 87,1 % des recours émanant de ménages qui bénéficient de moins de 2700 francs par mois sont adressés aux médecins strictement conventionnés, contre seulement 6,8% aux médecins exerçant en secteur II (Tableau 10). Les pourcentages de recours, pour les ménages aisés dont le revenu mensuel est compris entre 13 000 et 50 000 francs, sont de 63 % pour le secteur I et de 26,7 % pour les secteur II (P. MORMICHE & C. BONNAUD - 1992).

Ainsi, selon le recoupement des informations statistiques qui précèdent, il est permis de penser que, quelque soit la maladie dont elles sont atteintes, les populations défavorisées ont dans le meilleur des cas la visite chez le généraliste pour unique possibilité de recours médical. Ces populations, en forte proportion urbaines - les 389 plus grandes villes de France regroupent à elles seules 54 % des prestataires du RMI, alors qu'elles ne représentent que 39 % de la population globale -, se trouvent donc exclues en raison de la généralisation des dépassements d'honoraires et de la croissance du ticket modérateur d'une certaine qualité de soins, qualité qui constitue aujourd'hui le nouvel enjeu de la médecine dans les sociétés pléthoriques en soins.

Après avoir cerné la consommation médicale et les inégalités d'accès à la médecine rencontrés par les plus défavorisés, à savoir les chômeurs et les populations pauvres appréhendée à l'aide du RMI, nous montrerons en quoi l'évolution du système de protection sociale vers un régime mixte - régime de base et assurances complémentaires - va, malgré la couverture maladie intégrale des plus défavorisés au RMI, dans le sens du dualisme social.

TABLEAU 10 : Consultations de médecin selon le secteur d'exercice et le revenu par unité de consommation en 1991 (en %)

Revenu par unité de consommation (en Francs par mois)	Conventionné			Non conventionné
	Honoraires normaux	Honoraires libres	Mode d'exercice particulier	
Moins de 2700 F	87,1%	6,8%	3,6%	0,4%
2700 à 3050 F	85,3%	10,1%	3,0%	0,5%
3050 à 3700 F	84,2%	12,9%	1,4%	0,4%
3700 à 4800 F	81,5%	14,5%	2,7%	0,1%
4800 à 6200 F	79,6%	15,2%	3,3%	0,4%
6200 à 8100 F	75,6%	17,7%	4,2%	0,4%
8100 à 13000 F	70,0%	22,3%	6,2%	0,2%
13000 à 15000 F	63,9%	26,7%	5,4%	1,4%
TOTAL	**79,1%**	**15,1%**	**3,6%**	**0,5%**

SOURCE : Enquête décennale Santé INSEE 1991 In P. MORMICHE & C. BONNAUD - 1992.

TABLEAU 11 : Consommation de séances de généralistes et de spécialistes des chômeurs et des actifs occupés selon l'âge (durée d'observation 3 mois)

	Généralistes Nbre séances/ Nbre indiv.		Spécialistes Nbre séances/ Nbre indiv.	
	Chômeurs	Occupés	Chômeurs	Occupés
15/24 ans Hommes	0,2	0,4	0,1	0,1
Femmes	0,7	0,7	0,3	0,4
25/39 ans Hommes	0,3	0,6	0,1	0,2
Femmes	0,7	0,8	0,3	0,5
40/59 ans Hommes	0,7	0,7	0,1	0,2
Femmes	0,9	0,9	0,4	0,3
60/65 ans Hommes	3,2	0,9	0,3	0,3
Femmes	1,6	1	0,2	0,6
Total Hommes	0,4	0,6	0,1	0,2
Femmes	0,8	0,8	0,3	0,4

Source : Enquête santé 80/81, CREDES in T. LECOMTE-1986

TABLEAU 12 : Taux d'hospitalisation et taux d'hospitalisés sur trois mois selon l'activité du malade de plus de 15 ans

	Taux sur trois mois (en %)		Indice comparatifs	
	hospitalisés	hospitalistions	hospitalisés	hospitalisatons
Actif	2,66	2,9	0,9	0,9
Retraité	4,2	4,86	1,13	1,1
Chômeur	3,25	3,46	1,05	1,02
Inactif adulte	3,74	4,09	1,06	1,05
Inactif santé	7,94	9,85	2,49	2,8
Total	3,45	3,84		

Source : Enquête ESPS 1988 à 1991 in M. J. SOURTY-LE-GUELLEC.

2.1.2. En marge des études socioprofessionnelles : Exclusion des soins et régime de couverture maladie spécifique au RMI

L'analyse socioprofessionnelle du recours à la médecine ne permet de voir que la face émergée de "l'iceberg des inégalités", à savoir le resserrement depuis dix ans des consommations médicales au sein des CSP. La face immergée, celle de la sous-consommation médicale des plus démunis, prend cependant de l'ampleur avec la croissance du chômage et l'allongement de sa durée. Faute d'études adaptées, rares sont les preuves tangibles d'un dualisme croissant en matière de santé. Le CREDOC nous informe tout au plus que la proportion de ménages défavorisés qui déclarent se restreindre en matière de santé a augmenté de 10 % entre 1980 et 1988 pour concerner actuellement presque 1 ménage défavorisé sur 3 (R. ROCHEFORT - 1991). L'enquête santé 1991 de l'INSEE révèle pour sa part que le déficit de recours au médecin à âge et sexe comparable a plus que doublé pour les familles de chômeurs dont le revenu est inférieur au revenu médian (P. MORMICHE & C. BONNAUD - 1992).

A. Une population sous-consommatrice de soins :

Des chômeurs ...

Les chômeurs ont, quels que soient l'âge et le sexe, une morbidité relativement plus importante que les actifs occupés. Malgré cela, les demandeurs d'emploi masculins ont moins recours aux médecins - généralistes et spécialistes -, et les femmes ont un taux de recours quasi identique à celui des actives occupées (Tableau 11). Les chômeurs sont aussi moins consommateurs de produits pharmaceutiques. Ils recourent cependant deux à trois fois plus au hypnotiques et psychotropes, à moindre degré aux sédatifs, ainsi qu'aux anti-anémiques, fortifiants et thérapeutiques digestives. La demande de médicaments des chômeurs est à mettre en relation avec les maladies caractéristiques de l'exclusion que sont les troubles mentaux et les maladies digestives. Le taux de consultation hospitalière des chômeurs est quant à lui supérieur à celui des actifs (Tableau 12 - M.J. SOURTY-LE GUELLEC - 1992). Ce mode de médicalisation, très tourné vers l'hospitalisation, est proche de celui des populations ouvrières. Au-delà des difficultés financières de recours au soins, une correspondance socioculturelle s'établit entre ces deux groupes, la plupart des chômeurs étant issue de la classe ouvrière.

... aux "RMIstes"

Encore plus en marge de l'activité et du système de santé, les plus pauvres, aujourd'hui identifiés de façon non exhaustive par leur inscription au RMI, rencontrent d'incontestables difficultés d'accès aux soins. En trois ans d'existence, le RMI a permis à

177 000 personnes de bénéficier d'une affiliation à l'assurance personnelle à la Sécurité Sociale. En juillet 1990, trois mois avant le premier versement de l'allocation, 23 % des bénéficiaires déclaraient ne pas être couverts par un régime d'assurance maladie, alors que seuls 5 % estimaient être dans le même cas en mai 1991 (Documents du CERC - 1991). Interrogés sur les raisons d'entrée au RMI, une personne sur 10 affirme que l'obtention d'une carte de Sécurité Sociale est à l'origine de sa demande. Cette raison d'entrée est beaucoup moins citée par les personnes jeunes en bonne santé, pour qui l'accès à la médecine ne constitue pas une priorité.

Sans vouloir aborder l'impact direct du RMI sur la consommation médicale des bénéficiaires, ce qui fait l'objet de la troisième partie de cette étude, il est possible de mettre en évidence une stratégie de recours aux soins en milieux défavorisés - un savoir-faire propre - portant la marque des insuffisances financières et des complexités administratives d'accès aux soins (P. CROUTTE - 1991). Ainsi, 42 % des allocataires déclarent s'arranger avec les médicaments qui leur restent quant ils sont malades. En revanche, l'achat de médicaments sans ordonnance est très peu développé puisque moins d'une personne sur cinq y a recours. Au-delà des tentatives d'automédication, la débrouillardise est aussi mise en exergue : plus d'un tiers des individus affirment s'arranger pour se faire soigner gratuitement lorsqu'ils sont malades, ce qui signifie une préférence pour les examens médicaux en centre de soins gratuits (généralement en zones urbanisées), ainsi que pour les consultations hospitalières. La politique d'extension de la couverture médicale entreprise par le RMI permet à la fois de répondre à un besoin sanitaire non satisfait, mais s'inscrit aussi dans une volonté de rationalisation des coût de la santé. Cette politique permet en effet de limiter le recours hospitalier, dont le coût est onéreux pour la collectivité, dans les cas où le motif financier l'emporte sur le besoin de soins. De plus, l'accès facilité à la médecine ambulatoire pour les plus démunis évite l'aggravation des pathologies faute de traitement, et réduit ainsi la fréquence du besoin hospitalier.

Cette amélioration significative dans l'accès aux soins connaît cependant plusieurs limites. D'une part, plus d'un quart des allocataires déclarent que malgré le RMI, ils n'ont pu se faire soigner par manque d'argent. Cet obstacle devrait être levé grâce aux nouvelles dispositions, prises en faveur d'une modernisation de l'aide médicale - gratuité des soins : voir section 3.1. D'autre part 28 % des "RMIstes" affirment qu'il est compliqué de se faire soigner, et 8,9 % qu'ils ne sont pas toujours bien reçus par le personnel médical (P. CROUTTE - 1991). Une adaptation du système de santé aux besoins des populations défavorisées est donc nécessaire pour que la politique sanitaire du RMI porte pleinement ses fruits. Un dernier type de limites tient au fait que le RMI, en tant que dispositif assistanciel, ne permet pas d'infléchir la structuration inégalitaire née

de la crise de l'Etat-providence et de la mise en concurrence des régimes complémentaires d'assurance maladie.

B. Le RMI, un garde fou assistanciel dans un contexte de libéralisation de la couverture maladie ?

En raison d'un désengagement progressif du régime de protection sociale, les assurances complémentaire ont une importance croissante dans le système de couverture maladie. Cette privatisation partielle du marché de l'assurance maladie risque de dénaturer le principe central de solidarité. Ainsi, pour le comité des sages chargé en 1987 d'animer les états généraux de la Sécurité Sociale, "une telle évolution de l'assurance maladie ne serait socialement acceptable qu'à condition d'être complétée par la création d'un mécanisme d'aide aux assurés, personnalisé en fonction de leurs revenus" (In Y. GUIHENEUF - 1992, p.107). Ce mécanisme, en faveur des plus démunis, constitue - voir section 3.1 - l'avancée fondamentale de la nouvelle loi du RMI. Le tiers-payant intégral, pour les "RMIstes", s'apparente à une logique de protection maladie fort étrangère à la tradition française de l'assurance sociale. Le passage d'une solidarité au sein de l'ensemble du corps social à une solidarité chargée de favoriser le sort des seules personnes pauvres fait figure d'abandon des principes bismarckiens de protection sociale en faveur d'un principe rawlsien de justice (J. RAWLS - 1987). La protection sociale n'offre plus à l'ensemble de la population une protection intégrale, cela étant favorable, dans un apparent lien de cause à effet, au groupe des plus défavorisés. Si une telle évolution se confirmait, la légitimité de la Sécurité Sociale serait alors menacée. Toute sortie du système de cotisants pour rejoindre les compagnies d'assurances privées aggraverait le déséquilibre et la qualité d'un régime général basé sur le principe de solidarité.

Par la réforme de la couverture maladie entreprise, le système de santé français n'est-il pas en train prendre les grandes orientations libérales du système américain ? Ainsi, le RMI ne légitime pas le recours à une concurrence accrue en devenant l'équivalent du régime public d'assurance maladie "Médicaid" existant outre-Atlantique ?

Des limites éthiques du système de santé américain ...

Sans "diaboliser" la voie de la concurrence dans laquelle le système de santé français s'engage, il convient néanmoins de montrer les risques d'une dérive américaniste.

Aux États-Unis, les assurances privées couvrent la majeure partie de la population de moins de 65 ans ; les régimes publics "Médicare" et "Médicaid" sont

respectivement réservés aux personnes du troisième âge et aux plus pauvres. Ce système de santé, qui laisse une large part aux mécanismes de marché est, avec un coût de 738 milliards de dollars (12 % du PIB), le plus onéreux au monde (Etudes économiques de l'OCDE - 1993). Malgré l'importance des fonds consacrés à la santé, 35 millions de personnes n'ont pas de couverture maladie, ce qui représente 13,5 % de la population globale et 15 % des individus de moins de 65 ans.

L'inégalité instituée par le système de protection privée est à l'origine d'une médecine à double vitesse. Ainsi se côtoient une médecine de luxe, ouverte aux personnes assurées auprès des meilleurs organismes de soins, et une médecine de pauvres exclusivement hospitalière. En raison des tracasseries administratives, le régime public "Medicare" ne bénéficie qu'à 38 % des plus pauvres. La sous-consommation médicale est aussi le fait d'un nombre important de personnes non-couverte par une assurance souscrite par l'employeur et qui, faute de moyens, ne peuvent s'acquitter des polices individuelles d'assurance. Dans la plupart des cas, l'employeur se charge de l'affiliation des salariés, la probabilité de non-assurance s'élève donc en cas de travail précaire et de chômage. Cette probabilité est deux fois plus élevée que la moyenne chez les chômeurs avec un taux de 31,9 % contre 13,9 % pour l'ensemble de la population (Tableau 13). Les meilleurs taux de couverture maladie se rencontrent dans les grandes entreprises, certaines d'entre elles se transforment même en producteur de soins pour leurs ouvriers (R. TOMSHE & D. MILBANK - 1993).

L'exclusion de la couverture maladie, et notamment des plus jeunes qui ne peuvent recourir préventivement à la médecine, est fortement préjudiciable au niveau sanitaire. Malgré une puissance médicale inégalée, les USA ne se classent qu'au 22ème rang mondial en matière de mortalité infantile. L'hypertrophie des soins à l'extrémité supérieure de la répartition du revenu pose par ailleurs d'importants problèmes de santé publique. Les nouvelles épidémies, telles que le SIDA ou les maladies bactériennes, montrent que la santé n'est pas un bien marchand comme les autres qui peut être produit et distribué de façon privative en fonction de la seule demande solvable. "Les microbes ignorent la lutte des classes" (R. ISSAAD & M. GREMILLON - 1992), d'où l'illogisme du dualisme médical qui, en raison du phénomène de contagion, risque de conduire, dans un climat d'insécurité généralisé, à la désignation des exclus comme "menaces bactériologiques" de premier ordre. Sous l'effet conjoint de la pauvreté et du SIDA, la tuberculose se développe aux États-Unis ; plus de 26 000 tuberculeux ont été dénombrés en 1991, soit 4000 de plus qu'en 1985.

TABLEAU 13 : Caractéristiques des personnes sans assurance maladie aux Etat-Unis en 1990.

	Nombre (millions)	En %age de la catégorie	En %age de l'ensemble des non-assurés
Nombre total des non assurés	33,4	13,6	100
AGE :			
Enfants	8,5	13,3	25,6
Jeunes adultes de 18 à 24 ans	6,4	25,1	19
Personnes âgées de plus de 65 ans	0,3	1	0,9
REVENU FAMILIAL :			
Inférieur au seuil de pauvreté	9,6	30,2	28,8
1 à 2 fois le seuil de pauvreté	10,6	23,3	31,8
2 à 3 fois le seuil de pauvreté	5,9	13,3	17,7
Plus de trois fois le seuil de pauvreté	7,2	5,9	21,7
SITUATION FAMILIALE / EMPLOI :			
Titulaire d'un emploi	28,6	13,9	80,2
Au chômage	2	31,9	6,1
N'appartenant pas à la pop. active	4,6	9,8	13,7
NOMBRE D'HEURES DE TRAVAIL DU MENAGE :			
Aucune	8,8	14,4	26,3
1 à 24	2	26,3	6,1
25 à 34	2,7	25,8	8,1
Plus de 34	19,9	11,9	59,5
RACE :			
Blanc	25,9	12,5	77,5
Noir	5,8	19,2	17,5
Autres	1,7	19,1	5

Source : Congressionnal Budget Office. In Etudes économiques de l'OCDE - 1993.

La dimension sociale du problème peut être appréhendée à partir de la situation New-Yorkaise où, parmi les 4000 cas recensés, 79 % des tuberculeux sont noirs, 52 % sont sans logis, 79 % alcooliques ou drogués. "L'incidence de la maladie à Harlem est 35 fois plus élevée que dans les quartiers huppés de l'Upper East Side, distants seulement de quelques stations de métro" (J.M. BADER & A. DOROZYNSKI - 1993, p. 51). Ainsi, le pays le plus riche du monde est menacé par une maladie de pauvres qui se développe dans les quartiers défavorisés, en marge du modernisme et de toute surveillance médicale. En raison du mode de transmission de la maladie, c'est l'intégralité du corps social qui est en danger, d'où la nécessité d'étendre le bénéfice de la protection sociale à l'ensemble de la population. En l'absence d'actions préventives, il est nécessaire, pour contenir l'épidémie, de revenir, par une politique d'isolement des populations à risques, sur les libertés fondamentales. "Ainsi, pour éviter que des patients quittant trop tôt les hôpitaux ne répandent la maladie, la ville - de New York - vient de passer un décret autorisant la rétention par la force des personnes atteintes qui refuseraient de se faire soigner dans un centre spécial installé symboliquement sur Roosvelt Island, une île résidentielle située sur l'East River dont l'hôpital sera spécialement adapté" (LIBERATION - 1993).

Les limites éthiques de la société duale et de l'excès de libéralisme sont, plus que dans n'importe quel autre domaine, visibles en matière sanitaire. L'équité et la liberté sont les deux faces d'une même pièce. Ainsi, sans un minimum d'équité, la restriction de la liberté est inévitable. Le cas préoccupant de la tuberculose met en exergue les limites de l'ultra-libéralisme qui, au nom du principe fondamental de liberté - caractère non obligatoire de la couverture maladie, insuffisance de redistribution au sein du système d'assurance -, en vient à enfreindre ce même principe par atteinte aux libertés individuelles.

... aux insuffisances du RMI pour faire face au dualisme médical.

La situation en matière de santé est loin d'être aussi inégalitaire en France où chacun a accès sinon à tous les soins, du moins aux soins nécessaires. Toutefois, dans un contexte d'accroissement de la précarité des revenus - stages, emplois aidés, contrats à durée déterminée, travail intérimaire - et des situations de retrait par rapport à l'emploi comme le chômage de longue durée, des difficultés d'accès à la couverture complémentaire peuvent apparaître. A la manière de l'exclusion de la couverture maladie outre-Atlantique, où ce ne sont pas forcément les plus démunis, bénéficiaires en principe du régime "Médicaid" qui sont sans soins, le système de couverture prévu par le RMI peut masquer les problèmes d'accès aux soins rencontrés par une population située juste au-dessus des seuils de pauvreté. Entre les personnes accédant à l'assurance privée complémentaire et les plus démunis bénéficiaires du RMI s'intercale un "no-man's land"

de la couverture complémentaire. Ainsi, la mesure prise en faveur de l'amélioration de la couverture maladie des allocataires du RMI risque de déplacer "l'épicentre de la vulnérabilité" vers des catégories jusqu'alors fort bien protégées par le régime général. A l'inverse, la gratuité des soins pour les plus démunis, si elle se montre favorable à la résolution des problèmes de santé publique, peut néanmoins participer à l'enfermement des bénéficiaires dans une "trappe à pauvreté", les populations fortement consommatrices de soins étant incitées pour se soigner à rester au sein du régime d'assistance.

Si Guy Aznard qualifie la politique de lutte contre l'exclusion du RMI de pratique de "pompiers maladroits", ne faut-il pas conclure pareillement en matière d'extension de la couverture maladie ? Pour éteindre un incendie d'une grande ampleur, un souffle d'une même ampleur est nécessaire pour étouffer le feu. Devant l'importance du gouffre financier de la Sécurité Sociale et les ravages de l'exclusion, un grand souffle est nécessaire pour circonscrire le sinistre social qui se profile. Le RMI facilite l'accès à la médecine des plus défavorisés mais ne parvient pas à aller à l'encontre de la structuration inégalitaire. Cette opération est vaine si, au-dessus des seuils de pauvreté, une frange de la population connaît des difficultés croissante d'accès aux soins et risque, en raison d'un état de santé dégradé, de rejoindre à terme les rangs de plus démunis.

L'amélioration de l'état de santé des populations défavorisées dépasse par ailleurs le cadre restreint de l'ouverture du système médical. Il convient d'oeuvrer, comme nous nous proposons de le voir, pour des conditions de vie moins pathogènes. Cette lutte est engagée dans le cadre de la politique d'insertion du RMI, mais il est là aussi à craindre que, faute d'ambition initiale suffisante, le souffle de l'insertion soit un peu court.

2.2. Conditions de vie pathogènes et prévalence de la maladie dans les milieux défavorisés.

La prévalence de la maladie dans les milieux défavorisés peut certes s'expliquer par les difficultés d'accès aux soins décrites précédemment, mais elle doit aussi être reliée aux influences pathogènes de conditions de vie difficiles

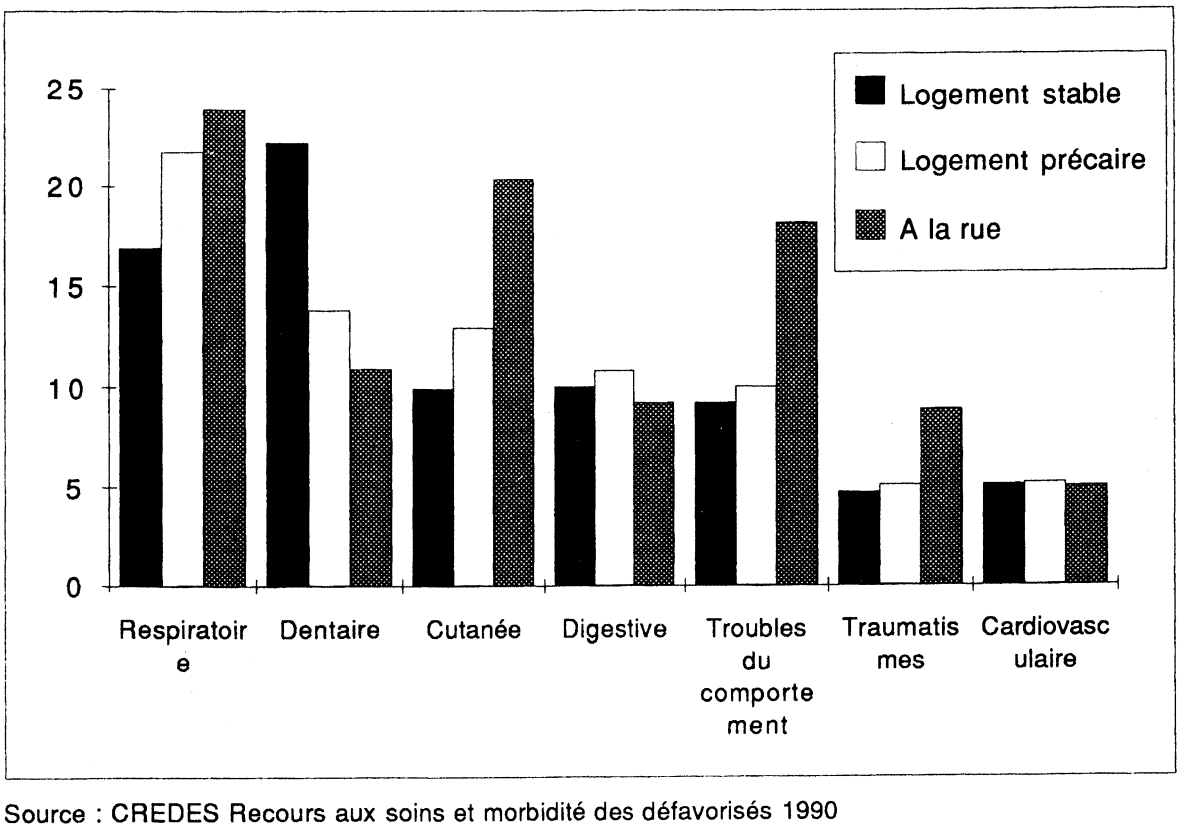
Institut de l'Information Scientifique et Technique
INIST

TABLEAU 14 : La santé des allocataires du RMI selon leurs conditions de logement (Département des Côtes-d'Armor)

	Pas de problèmes	Problèmes sans incidence	Problèmes avec incidences	Non réponses	Total	Effectif
Eau chaude &chauffage	55,4	22,3	21,6	0,7	100	139
Eau chaude sans chauffage ou inverse	51,5	9,1	33,3	6,1	100	33
Eau fraide sans chauffage	34,9	23,3	32,6	9,3	100	43
Total	50,7	20,5	25,6	3,3	100	21
Effectif	109	44	55	7		215

Source : Enquête CERC dans les Côtes-d'Armor In C. BROCHARD & F. LAURIOUX - 1991.

GRAPHIQUE 5 : Pathologie selon le type de logement. Nombre de diagnostics en 1990 pour les nouveaux patients de six centres de soins gratuits (en %)



Source : CREDES Recours aux soins et morbidité des défavorisés 1990
l'expérience de 6 centre associatifs de soins gratuits. In H.Q. CONG, T. LECOMTE - 1992.

2.2.1. Habitat et état de santé : la marque de la précarité.

Une enquête départementale du CERC sur la santé des allocataires du RMI dans les Côtes d'Armor permet d'appréhender le lien existant entre la maladie et les conditions de logement (C. BROCHARD & F. LAURIOUX - 1991). Une proportion relativement plus importante de prestataires sans moyen de chauffage déclarent des problèmes de santé. Alors que la moitié des personnes placées dans une situation de chauffage normale ne présente pas de problèmes de santé particuliers, cette proportion tombe à un tiers chez celles qui n'ont aucun moyen de chauffage. En tenant compte de la gravité des maladies, les écarts sont tout aussi importants puisque un tiers des individus placés dans de mauvaises conditions de chauffage présentent des problèmes de santé avec incidences professionnelles, contre moins d'un quart chez les personnes dont les conditions de chauffage sont meilleures (Tableau 14).

Le constat du lien entre état de santé et conditions de logement peut être complété par une enquête du CREDES menée en 1990 auprès des patients de six centres associatifs de soins gratuits (H.Q. CONG, T. LECOMTE. - 1992). Cette enquête relève la prévalence des pathologies en fonction du type de logement. Les écarts de morbidité entre les personnes bénéficiaires d'un logement stable et celles aux conditions de logement précaires sont faibles, mais les écarts se creusent en revanche lorsque aucune référence à un logement ne peut être faite. Bien évidemment, les pathologies respiratoires, les maladies cutanées et les traumatismes sont présents dans une plus forte proportion - 2 fois plus par rapport a la catégorie "logement stable" - chez les sans domicile fixe qui rencontrent les conditions de survie les plus extrêmes. La vie dans la rue n'a pas uniquement des répercutions sur la santé physique des individus, elle est tout aussi pathogène du point de vue de la santé mentale : les troubles du comportement sont deux fois plus répandus chez les SDF. A l'inverse, on remarque une exception notable en matière de troubles dentaires ; ceux-ci sont davantage le fait des personnes aux conditions de logement stables : 22,2 % contre 13,8 % en logement précaire et 10,9 % à la rue (Graphique 5). Cette exception ne signifie pas nécessairement que les individus les plus précarisés ont moins de problèmes dentaires que les autres, mais qu'ils ont, compte tenu de leur état de santé plus dégradé, des préoccupations sanitaires prioritaires qui invalident la prise en considération de troubles jugés plus bénins.

Des conditions d'habitat défavorables - l'habitat étant pris dans le sens large de l'environnement direct des personnes - peuvent constituer des éléments explicatifs de l'inégalité socio-économique devant la mort dont font l'objet les enfants. Il est certain qu'un hébergement précaire est un élément pathogène déterminant, et cela notamment dans les premières années de la vie où l'exposition aux risques maladie et accident est

particulièrement forte. Une enquête portant sur l'hospitalisation des enfants de deux quartiers défavorisés de la ville de Metz montre que l'environnement est un facteur important de l'hospitalisation pédiatrique (G. BILOCQ - 1979). Toutefois, le recours à l'hôpital ne signifie pas une prévalence de maladies graves, des éléments explicatifs autres que le besoin d'un traitement spécifique étant à l'origine de ce type de recours. Ainsi, sur les 82 enfants étudiés, seulement 18 présentaient des troubles nécessitant une admission hospitalière. L'hospitalisation pédiatrique dans les milieux défavorisés semble donc davantage induite par des conditions de vie particulières - importance de la fratrie, conditions d'hébergement inadaptées à une convalescence, impossibilité financière de supporter le coût des soins en médecine de ville - que par une nécessité plus forte de recours aux soins techniques. Il faut par ailleurs remarquer que les médecins habitués à un certain "standard de vie" lors des visites chez leurs patients sont plus prompts à prescrire une hospitalisation pour des enfants placés dans un environnement n'entrant pas dans ce standard (J.P. DESCHAMPS - 1979).

2.2.2. La pauvreté, un milieu propice au développement des troubles de la santé mentale ?

Plusieurs hypothèses peuvent être formulées quant à l'impact des conditions de vie sur l'état de santé mentale des personnes défavorisées (M. TOUSSIGNANT - 1992).

Sur-représentation des événements de vie pénibles .

Tout d'abord, la sur-accumulation d'éléments déclencheurs de stress peut être à l'origine d'une plus forte prégnance des troubles de santé mentale chez les plus démunis. A l'image de la situation des allocataires du RMI qui, nous le savons depuis les travaux d'évaluation de cette politique, sont en majorité des personnes isolées, aux liens socio-familiaux particulièrement ténus, privées de travail et par là même de ressources stables, les populations défavorisées sont victimes d'une accumulation d'événements pénibles sur lesquels ils n'ont aucun pouvoir de contrôle. Dans des conditions de vie précaires, la nocivité des événements pénibles est décuplée. Par exemple, la naissance d'un enfant est vécue différemment d'un milieu social à l'autre ; chez les plus défavorisés, elle est une source de difficultés matérielles souvent génératrices de tensions intenses.

Isolement et limitation du soutien moral.

D'autre part, la dégradation de l'état de santé mental relatif à l'apparition d'événements pénibles est renforcée par l'isolement des personnes défavorisées dont les possibilités d'écoute et de soutien moral sont considérablement restreintes. 75 % des "RMIstes" de la tranche d'âge 25-64 ans ne vivent pas en couple contre 25 % pour l'ensemble des individus. Les familles monoparentales sont elles aussi fortement sur-représentées puisqu'elles comptabilisent près d'un quart des allocataires, alors qu'elles ne représentent dans la population globale qu'environ 5 % des personnes vivant seules. Cette spécificité inhérente à la "nouvelle pauvreté" était complètement ignorée lors de la création du RMI puisque ce dispositif a été conçu à l'origine pour répondre aux besoins des familles nécessiteuses. A cette faiblesse de la cellule du couple s'ajoute chez les bénéficiaires du RMI des relations familiales amoindries. Plus du tiers des "RMIstes" selon le CREDOC, un quart selon le CERC, n'entretenaient lors de leur entrée dans le dispositif aucune relation régulière avec leur famille (P. VANLERENBERGHE - 1992).

Le sentiment d'isolement est d'autant plus présent que l'on assiste, avec le chômage et la faiblesse des ressources financières, à un "rétrécissement" de l'espace social et physique. "Sortir c'est s'exposer aux désirs suscités par une société de consommation. Se promener est une menace pour le budget, une aggravation du sentiment d'impuissance, d'exclusion" (I. ALDEGHI - 1992). En cas d'inactivité, les personnes qui vivent seules - notamment les femmes - sont moins tournées vers l'extérieur que les autres, alors que l'inverse est constaté en cas d'activité (E. MAURIN - 1989).

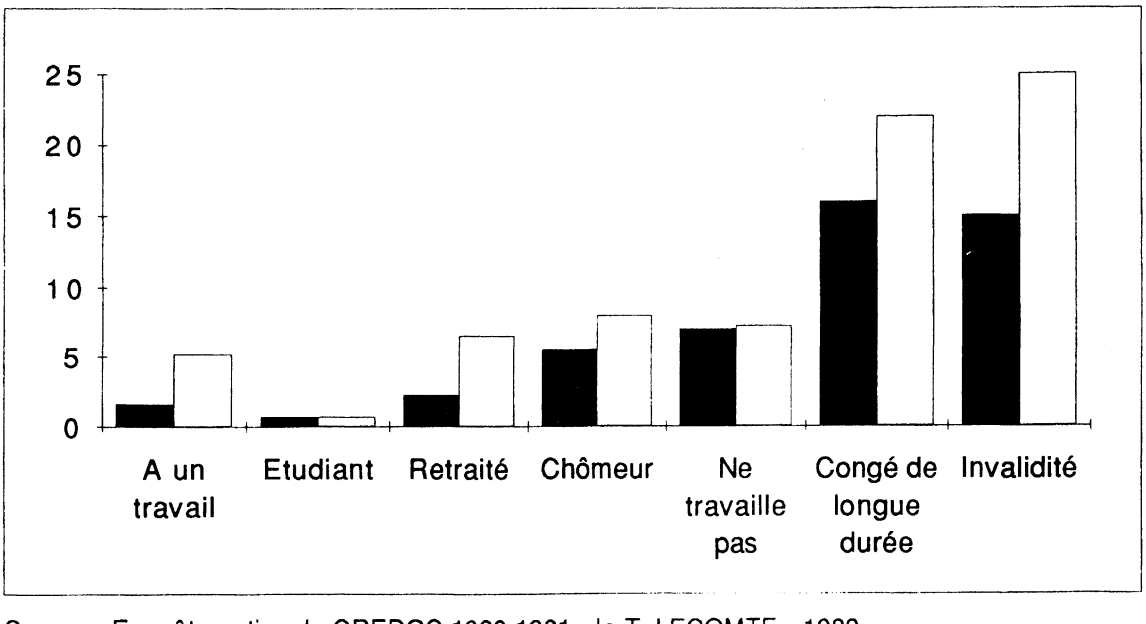
L'isolement des personnes défavorisées n'est pas uniquement un phénomène individuel, il est à lier notamment à la transformation des structures familiales qui constituent chez les plus défavorisés un vecteur d'insertion relationnel fondamental, ainsi qu'à la déliquescence de la culture ouvrière (R. CASTEL - 1991). La perte d'une identité de quartier - due à la fois à la crise économique qui a réduit en "friche" nombre de zones industrialisées, mais aussi aux phénomènes liés d'urbanisation sauvage et de relégation sociale dans les banlieues -, s'accompagne d'une disparition des relations d'entraide et de solidarité, source de déracinement et d'effets pathogènes. L'environnement social des individus n'est pas neutre en matière de bien être ; certains auteurs n'hésitent pas à affirmer que "la pauvreté ne conduit pas à une détérioration de la santé mentale si le tissu social demeure relativement intact et si une solidarité peut se maintenir à l'intérieur des réseaux" (M. TOUSSIGNANT - 1992).

TABLEAU 15 : Comparaison des problèmes de santé et des risques (en %) observés chez 306 adolescents de 16 à 18 ans en stages de formation, et chez 2348 adolescents témoins examinés dans le cadre d'un examen de santé familial.

	Adolescents en stage (n=306)	Adolscents témoins (n=2348)	Significativité
Anomalie ou risque nécessitant un suivi médical	44	33	p<0,05
Nécessité d'une intervention urgente	1	0,3	p<0,01
Surcharge pondérale (> 20 %)	12	11	n.s.
Manifestation s allergiques	8	7	n.s.
pathologies bucco-dentaire	44	29	p<0,05
Symptomatologie digestive	9	6	p<0,05
Symptomatologie ostéo-articulaire	30	27	n.s.
Troubles de la vision non corrigés	22	13	p=0,001
Troubles de l'audition	12	7	p=0,005
Problèmes dermatologiques (acné...)	14	9	p=0,01
Anomalie radiologique thoracique	2	1	n.s.
Troubles gynécologiques	10	7	n.s.
Plus de 10 cigarettes par jour	45	3	p<0,001
Consommation d'alcool excessive (>8g/j)	2	1	n.s.
Difficulté d'origine sociale	22	5	p<0,001

Source : J. Locuty, Cent. de méd. prév. de vandoeuvre-les-Nancy In J.P. DESCHAMPS - 1987.

GRAPHIQUE 6 : Taux de dépressifs selon l'occupation (pour 100 personnes)



Source : Enquête nationale CREDOC 1980-1981 - In T. LECOMTE - 1989.

Déni de soi et rationalité des "exclus"

Enfin, la sur-accumulation d'événements pénibles dans les milieux défavorisés s'accompagne d'une perte de l'estime de soi, qui génère à la fois certains troubles de la santé mentale mais aussi des comportements à risques, eux-mêmes pathogènes. Faute d'une représentation positive du futur, l'instant se confond avec le projet, d'où un investissement faible en matière sanitaire - faible valeur relative des gains en espérance de vie - et des comportements à risques plus élevés (MOATTI Jean-Paul - 1991, p. 156-163). Les consommations à risques - tabac, alcool et drogue - sont corrélées avec les conditions de vie et le milieu social. Le risque de mortalité par cirrhose du foie est trois fois plus important chez un ouvrier spécialisé que chez un cadre moyen. L'inégalité sociale devant la mort pour ce type de maladie n'a cessé de se creuser depuis 20 ans (de 1960 à 1980) ; seules les catégories sociales les moins favorisées - manoeuvres, salariés agricoles, ouvriers qualifiés et spécialisés - voient leur taux de mortalité par cirrhose du foie augmenter (G. DESPLANQUES - 1984). En ce qui concerne les allocataires du RMI, le rapport d'évaluation du dispositif révèle que "l'alcool est mentionné par les acteurs de terrain comme l'un des problèmes principaux de santé, susceptible de réponses spécifiques et conditionnant les possibilités d'insertion" (P. VANLERENBERGHE - 1992, p. 235). Une étude (non représentative de la population au RMI) menée auprès de deux centres de santé montre que 18 % des allocataires masculins vus en consultation dans le cadre d'un bilan de santé auraient une consommation d'alcool considérée comme à "haut risque" - à titre d'indication et non de comparaison, cette proportion était en 1987 de 5 % dans la population globale (F. SCHAETZEL & O. QUEROUIL - 1991).

Ne peut-on expliquer les disparités sociales de consommations à risques à partir d'une opposition entre deux rationalités comportementales, à savoir d'une part la rationalité des "acteurs inclus", dont les possibilités d'action sur leur devenir sont intactes et pour qui l'utilité marginale d'un gain en espérance de vie est relativement forte, et d'autre part, la rationalité précédemment décrite des "acteurs exclus" ? Cette double rationalité a été observée auprès des individus de moins de 20 ans fréquentant les dispositifs d'insertion professionnelle et sociale, qui ont un état de santé plus préoccupant que les autres jeunes vus en consultation (Tableau 15). "On peut faire l'hypothèse que, pour un jeune, les préoccupations pour la santé s'intègrent dans le projet qu'il peut faire sur lui même. Si les perspectives sociales et professionnelles sont telles que tout projet devient aléatoire ou impossible à formuler, le corps, la santé et tout ce qui s'y rapporte ne peuvent constituer des lieux d'investissement, et tous les risques deviennent permis s'ils sont sources de plaisir et de valorisation immédiate de soi même" (J.P. DESCHAMPS - 1987). Pour les exclus, les comportements à risques perdent leur caractère pathogène

jusqu'à devenir une solution aux difficultés de l'existence. Dans cette optique, "l'alcoolisme n'est ni un vice ni une faiblesse, c'est une autothérapie sauvage et dangereuse" (Dr J. MAISONDIEU in F. SCHAETZEL & O. QUEROUIL - 1991). Le système de santé s'avère donc inadapté aux problèmes des plus défavorisés car il fonctionne selon la rationalité des acteurs inclus. En ignorant le fait que le "problème" de l'alcoolisme constitue une "solution" à la perte d'appartenance, les techniques de soin classiques ne permettent pas d'agir efficacement sur l'état de dépendance (F. de la FOREST DIVONNE & B. PISSARRO - 1989).

Dans la troisième partie de cette étude, nous nous efforcerons de voir dans quelle mesure le dispositif du RMI, à partir d'un objectif sanitaire global - médicalisation et réactivation des projets individuels par l'insertion -, intègre dans la pratique ces deux rationalités.

2.2.3. La société du travail : une société pathogène en situation de crise structurelle de l'emploi ?

Comme nous l'avons constaté lors de l'évaluation de l'état de santé des populations défavorisées, l'inactivité, au même titre que les conditions de travail particulièrement pathogènes, est un facteur explicatif des écarts de morbidité constatés.

Influence néfaste du chômage sur l'état de santé ...

Durant la période de chômage, les conditions de santé semblent se dégrader ; de nombreux individus font référence à la fois à des états dépressifs plus fréquents et à des taux de recours plus importants aux tranquillisants, aux somnifères et aux antidépresseurs (I. ALDEGHI - 1992). L'importance relative des taux de dépression, relevée au cours d'entretiens avec des chômeurs de longue durée, est confirmée par l'examen de la fréquence de cette maladie dans la population - enquête sur les consommations médicales du CREDOC 1980-1981. La répartition des individus dépressifs selon leur occupation montre que les taux les plus faibles sont constatés chez les personnes actives, avec un taux de 1,6 % chez les hommes et de 5,2 % chez les femmes. A l'inverse, les chômeurs, bien que le niveau soit moindre que chez les individus en congé de longue durée et ceux en invalidité permanente ou temporaire, présentent des taux plus élevés : 5,5 % d'hommes dépressifs contre 8 % de femmes (Graphique 6). Compte tenu de l'importance des dépressifs chez les personnes en congés de longue durée, certains troubles de la santé mentale peuvent être à l'origine du chômage, ce qui relativise les effets pathogènes de ce dernier. Par ailleurs, les dépressifs sont beaucoup plus consommateurs de soins médicaux : "être dépressif, c'est avoir, encore jeune, un niveau de consommation médicale d'une personne âgée : à 37 ans, un

homme dépressif a une dépense médicale égale à celle d'un non-dépressif de 60 ans, et une femme dépressive d'une femme non dépressive de 71 ans" (T. LECOMTE - 1989, p. 688).

Une enquête, réalisée à partir de l'observation de l'hôpital de la ville de Fougères, montre que le chômage, même s'il n'est pas directement à l'origine de la maladie, constitue, par l'incertitude et le stress qui lui sont inhérents, un élément "déclencheur" - un "médiateur" - de la maladie. Entre 1974 et 1978, le chômage s'est développé dans cette ville de façon massive et soudaine, ce qui a engendré un accroissement de l'ensemble des pathologies contractées par la population (M. BUNGENER - 1992). Des "pics" d'extension des troubles de santé sont à noter en 1975, puis en 1977, périodes qui correspondent respectivement aux menaces de licenciements devenus effectifs en 1976 et à la perception du caractère durable du retrait du marché du travail, ainsi qu'à l'apparition du risque de perte des indemnités. Ces observations révèlent deux périodes de tensions nerveuses extrêmes, fortement explicatives des répercutions pathogènes du chômage. Le lien entre chômage et maladie concerne non seulement les personnes actives, mais aussi les enfants et les personnes âgées touchées par la morosité et l'anxiété ambiante.

... oui mais généralisation de "la souffrance sociale" ...

Les troubles psychologiques relevés auprès des chômeurs sont la conséquence pathogène la plus visible de la crise structurelle de l'emploi. Toutefois, la polarisation sur les problèmes sanitaires des plus démunis ne saurait masquer la généralisation au sein du corps social d'un sentiment "d'insécurité maladive" par rapport au travail.

La répartition inégale du travail et des revenus conduit à deux situations extrêmes : d'un côté, celle des individus sans travail qui, dans l'inutilité et l'ennui, souffrent de leur non-inscription au programme communautaire poursuivi par la société ; de l'autre côté, les actifs intégrés à l'éthique productiviste dominante, multiplient leurs activités et leurs heures de travail afin de justifier le "haut statut social" délivré par leur entreprise. Par absence de temps libre, cette "élite productive" se trouve dans l'impossibilité concrète de développer des projets extérieurs à l'emploi, d'où un risque latent d'usure professionnelle - burn-aut en anglais -, et un renforcement, en cas de licenciement, de l'impact pathogène du chômage. Les travailleurs précaires sont quant à eux en permanence confrontés au désir d'accession au statut de "l'élite salariale" et à la peur de rejoindre le rang des exclus, ce qui, au rythme de l'alternance travail-chômage, accroît les sources de stress. La société duale, par détérioration des conditions de vie - "iatrogénèse sociale" chez I. ILLICH - 1975 -, participe donc à "une dilution de la

souffrance sociale" (O. MONGIN - 1993). Certains auteurs, dans la lignée d'Ivan Illich, avancent que l'impact pathogène du développement économique est une source intarissable de croissance pour le secteur clé de la santé (R. ISSAAD & M. GREMILLON - 1992).

...un enjeu pour le revenu minimum.

L'appréhension des "externalités négatives" du système productif, montre que la politique du RMI se trouve confrontée au risque de faire peser sur les chômeurs et les exclus une suspicion de mauvaise santé, explicative de leur non-inscription sociale. Consécutivement à l'extension de la couverture maladie, le monde médical prend une part active dans le traitement de l'exclusion. Au-delà d'un "effet d'étiquetage", voire d'un "contrôle social" par la médecine, "le risque est alors de faire croire aux gens qu'ils sont malades, réponse toujours possible quand les autres possibilités, du fait d'un environnement social défavorable, ont fait long feu" (F. SCHAETZEL & O. QUEROUIL - 1991, p.66).

Le RMI constitue par ailleurs un espoir, celui de l'élaboration d'un nouveau mode de répartition des revenus, favorable à une répartition simultanée et non plus sélective du travail, du pouvoir et du temps libre dégagé par la machine. L'innovation distributive, c'est-à-dire la transformation du RMI en une allocation universelle, permettrait d'éviter que la nouvelle donne productive s'accompagne d'un dualisme social fortement pathogène. Cette phase universaliste est encore de l'ordre de l'utopie malgré d'incontestables signes de dislocation sociale et un besoin de solidarité croissant, qui plaident en faveur d'une mise en pratique.

Sans préjuger du devenir du RMI, nous montrerons, dans la dernière partie de cette étude, les bienfaits et les limites de la politique sanitaire engagée dans le cadre de ce dispositif depuis décembre 1988.

3. BILAN EN DEMI-TEINTE DU DISPOSITIF DU RMI : PLUS DE SOINS NE SIGNIFIE PAS FORCEMENT MEILLEURE SANTE.

3.1. Un dispositif d'accès aux soins en voie de perfectionnement.

La politique du revenu minimum d'insertion vise l'éradication des situations d'extrême pauvreté. Un revenu minimum, favorable à l'amélioration des conditions de vie des individus qui le perçoivent, s'avère néanmoins insuffisant pour permettre à ces individus de sortir durablement de la situation de grande précarité et d'assistance dans laquelle ils se trouvent. Conscient des limites d'une indemnisation strictement monétaire de la pauvreté, le législateur a pris en matière de logement et de santé des dispositions visant à "objectiver" les droits sociaux fondamentaux des allocataires du RMI.

3.1.1. Les "RMIstes" bénéficiaires de plein droit de l'assurance personnelle.

L'article 45 de la loi du 1er décembre 1988 prévoit la couverture automatique et obligatoire des titulaires du RMI non assurés sociaux, au titre de l'assurance maladie et maternité. Cette affiliation au régime général des individus placés en marge de l'emploi s'effectue par recentrage de l'aide sociale sur une fonction de paiement des cotisations d'assurance personnelle. L'adoption de mécanismes assuranciels de droit commun en faveur des plus démunis est une innovation sociale, non pas tant au niveau des droits sociaux existants qu'en ce qui concerne leur exercice.

En effet, avant "objectivation" du droit à la couverture maladie instituée par le dispositif du RMI, les individus non assurés sociaux bénéficiaient, en cas de dénuement, d'une prise en charge par l'aide sociale des frais d'affiliation à l'assurance personnelle. Cette affiliation revêtait cependant un caractère non obligatoire. Paradoxalement, l'accès à la couverture maladie était donc d'autant plus complexe et subordonné à l'initiative personnelle que l'individu rencontrait des difficultés pour satisfaire aux exigences administratives (H. STROHL - 1988). Pour les personnes éloignées de la norme de l'activité, les difficultés d'accès et le caractère stigmatisant de l'inscription à l'aide sociale constituaient une "contrepartie" autre que contributive à la réalisation de leurs droits sociaux. Par conséquent, sorti du cadre salarial, la liberté d'adhésion et le caractère dissuasif du recours conduisait à une sous-utilisation de l'aide sociale (J. MOITRIER - 1986).

En faisant des allocataires du RMI des bénéficiaires de plein droit de l'assurance personnelle, le législateur reconnaît les imperfections du mode de prise en

charge par l'aide sociale. Cette reconnaissance n'en demeure pas moins insuffisante pour lever l'ensemble des obstacles financiers rencontrés dans l'accès aux soins. En effet, la loi de décembre 1988 ne prévoit aucune disposition relative à une couverture complémentaire des titulaires du RMI les exonérant de l'avance des frais médicaux, du paiement du ticket modérateur et du forfait hospitalier. Le détour par le droit subjectif de l'aide médicale reste donc de mise ; l'intéressé doit se soumettre au "rite assistanciel de la preuve par trois" : preuve du besoin de soins par la détention d'un certificat médical, preuve de l'impossibilité financière de faire face aux frais engendrés par la maladie et preuve de la résidence.

3.1.2. Généralisation du tiers payant pour les "RMIstes" : la réforme de l'aide sociale.

Dans la dynamique de l'innovation sociale introduite par le RMI, certains départements ont décidé de moderniser la procédure d'attribution de l'aide médicale. Des conventions entre les caisses d'assurance maladie, les départements et les assureurs privés ont permis l'octroi de cartes de santé ou l'affiliation des "RMIstes" à une couverture complémentaire. Sans minimiser la portée qualitative de ces expérimentations locales, seuls 15,8 % des allocataires disposaient, un an et demi après l'instauration du RMI, des services d'une mutuelle, et 20 % d'une carte de santé ou d'un autre dispositif de couverture complémentaire (P. CROUTTE - 1991).

La généralisation de la gratuité des soins par le simple biais des volontés locales semble bien improbable. En effet, certaines communes s'opposent à une systématisation du remboursement intégral des soins, ce qui induit des disparités de prise en charge et risque à terme de déboucher sur des phénomènes de "sélection adverse" entre communes. La présence d'effets pervers préjudiciables à la pérennité du système, ainsi que l'existence dans un dispositif national d'inégalités locales de traitement, plaident en faveur d'une réforme d'ampleur de l'aide médicale.

La généralisation du tiers-payant intégral est l'une des avancées majeures de la nouvelle loi sur le RMI de juillet 1993, qui fait de l'aide médicale un droit à priori pour toute personne remplissant les conditions d'obtention du RMI. La prise en charge de plein droit des frais médicaux invalide la justification au coup par coup du besoin de soins, et bénéficie, sur la période d'admission donnée, à l'ensemble membres de la famille.

La gratuité des soins et l'exonération de l'avance des frais est une règle nationale à laquelle tout département doit désormais se conformer. Afin que cette mesure ne soit pas interprétée comme un retour en force de l'étatisme en matière d'aide sociale, les modalités de mise en oeuvre de la couverture complémentaire sont laissées au libre

choix des partenaires locaux. Pour limiter le caractère préjudiciable de l'augmentation des dépenses d'aide sociale, la charge financière de cette mesure est imputée sur les crédits départementaux d'insertion. Par son mode de financement, la réforme de l'aide médicale concurrence directement les actions d'insertion entreprises à l'aide des 20 % départementaux. A l'aune de la réaffectation des fonds de l'insertion, cette mise en concurrence s'inscrit dans le processus précédemment décrit de "médicalisation de l'insertion".

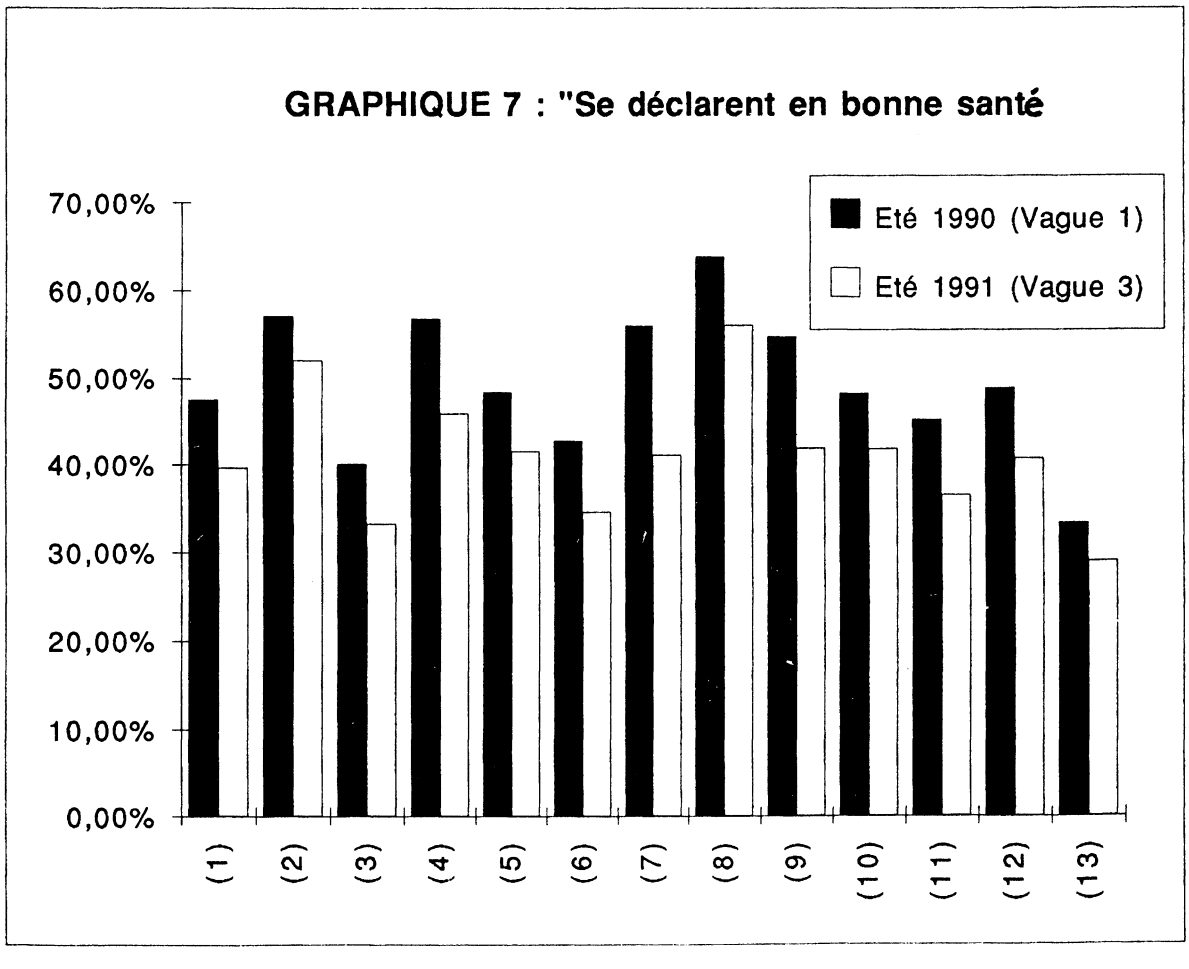
L'admission de plein droit à l'aide médicale et la prise en charge de la cotisation personnelle bénéficie désormais aux jeunes de 17 à 25 ans qui satisfont aux conditions d'octroi du RMI. Le dispositif du revenu minimum leur est toujours interdit, en raison de la condition d'âge, mais cette exclusion cesse de s'étendre au bénéfice des droits sociaux dérivés. L'insuffisance des possibilités de recours au système de soins constitue chez les jeunes défavorisés un élément déterminant de marginalité, qui complexifie les possibilités d'insertion. Près de 60 000 jeunes devraient bénéficier de cette mesure (A.S.H. - 1993).

L'amendement de la loi du RMI facilite l'accès aux soins des populations défavorisées. Cependant, certaines catégories d'exclus ont encore des difficultés d'accès aux soins (A. GAUDU - 1992). C'est le cas des étrangers qui doivent justifier de 10 années de résidence en France pour s'inscrire au RMI et de 3 ans de résidence pour accéder à l'aide médicale ; le recours à l'hôpital demeure donc pour eux un mode exclusif de médicalisation. Les personnes sans domicile fixe rencontrent quant à elles les mêmes problèmes de procédure que ceux qui les éloignent dans de nombreux cas du bénéfice du RMI. Ainsi, il est à prévoir que l'amélioration du droit à l'aide sociale aura peu d'impact sur l'amélioration de leurs conditions de vie.

La réforme de l'aide médicale est entrée en vigueur le 1er janvier 1993, il est donc actuellement impossible de rendre compte de son impact sur la consommation médicale et l'état de santé des allocataires. Les études statistiques disponibles en la matière permettent seulement d'appréhender les effets de la généralisation de la couverture médicale par le biais de l'assurance personnelle.

TABLEAU 16 : Evolution de l'état de santé déclaré des allocataires du RMI entre l'été 90 et l'été 1991 : proportion de personnes se déclarant "en bonne santé" (Enquêtes du CREDOC).

		Eté 1990 (Vague 1)	Eté 1991 (Vague 3)
Ensemble	(1)	**47,50%**	**39,60%**
sortis	(2)	57,10%	52,10%
Utilisateurs sociaux	(3)	40,10%	33,30%
Utilisateurs maginaux	(4)	56,80%	45,90%
Utilisateurs emploi	(5)	48,40%	41,50%
familles mono-parentales	(6)	42,70%	34,60%
Travailleurs licenciés	(7)	56,00%	41,10%
Jeunes	(8)	63,80%	56,10%
couples avec enfants	(9)	54,80%	41,90%
Moins de 10 000 hab.	(10)	48,20%	41,80%
10 000 à 200 000 hab	(11)	45,20%	36,60%
Plus de 200 000 hab.	(12)	48,90%	40,70%
Hors emploi	(13)	33,40%	29,00%



SOURCE : PANEL RMI-CREDOC, EVOLUTION VAGUE 1-3 / IN P. CROUTE, A. ILIAKOPOULOS, M. LEGROS - 1991b.

3.2. ... mais une dégradation de l'état de santé ressenti des allocataires du RMI.

Parallèlement à l'amélioration de leur couverture maladie et à un accès aux soins facilité, les allocataires du RMI se déclarent de plus en plus préoccupés par leur état de santé. A l'été 1990, lors de la première vague d'enquête du CREDOC, la santé arrivait au quatrième rang des problèmes que les bénéficiaires entendaient voir se résoudre en priorité ; à l'été 91, elle passe au troisième rang des problèmes majeurs à résoudre, juste devant les inquiétudes relatives au logement. Alors qu'à l'été 1990, 47 % des allocataires se déclaraient en bonne santé, ils n'étaient plus que 40 % un an plus tard, et ne représentaient plus que 38 % des individus interrogés à l'hiver 91-92 (Tableau 16 & Graphique 7).

Comment expliquer cette conjugaison paradoxale entre l'amélioration du dispositif d'accession aux soins pour les "RMIstes" et le sentiment qu'ils ont d'une dégradation de leur état de santé ?

3.2.1. ... conséquence d'une évolution des priorités des "RMIstes" ou d'une modification structurelle de la population ?

La santé ,une notion sans borne!

Le sentiment de dégradation de l'état de santé peut en premier lieu trouver une explication dans un phénomène de modification des poids relatifs des préoccupations majeures des allocataires. Ce phénomène est lié au fait que le RMI, en répondant aux problèmes financiers les plus pressants et à une partie des attentes en matière de logement, d'emploi ou bien encore d'isolement, révèle les problèmes de santé pour lesquels la solution s'inscrit dans la durée. De plus, même s'il y a eu une ébauche de solution de certains problèmes sanitaires rencontrés par la population allocataire - grâce à une accession facilité à la médecine -, "la santé est un domaine qui peut susciter une demande infinie, c'est vers elle que convergent les inquiétudes une fois d'autres problèmes réglés" (P. CROUTTE - 1991). Inversement, la mise en évidence de l'influence des conditions de vie sur la santé amène à penser qu'une amélioration significative de l'environnement social et professionnel des allocataires aurait dû avoir des conséquences positives sur l'état de santé ressenti qui est appréhendé en terme de bien-être.

La constitution d'un "stock" de personnes en mauvaise santé ?

En second lieu, il est possible de faire l'hypothèse selon laquelle les personnes sorties du RMI au cours des trois années d'existence du dispositif sont en priorité les personnes les plus employables, et par là même en meilleure santé. Ainsi, il resterait au RMI un "stock" de personnes fortement précarisées, dont le mauvais état de santé est le facteur explicatif majeur de l'exclusion dont ils souffrent. Cette hypothèse semble confirmée aux vues de la corrélation positive existant entre les problèmes de santé et la durée d'inactivité. Plus la durée d'inactivité est longue, plus les problèmes de santé rencontrés par les personnes concernées par cette inactivité ont des incidences professionnelles. De tels problèmes handicapent 17 % des individus inactifs depuis moins d'un an, contre 37,3 % des personnes inactives depuis au moins 5 ans (Documents du CERC - 1990). Une analyse plus précise de l'aggravation de l'état de santé des allocataires du RMI montre que la proportion de personnes déclarant des problèmes de santé sans incidence professionnelle stagne - 19,2 % des allocataires en juillet 1990 contre 19,8 % en mai 1991 - alors que celle des individus affirmant être empêchés dans un éventuel travail par un problème de santé est plus importante en fin de période (26,4 % contre 29,5 %). Cette précision statistique semble confirmer la constitution d'un "stock" de bénéficiaires en mauvaise santé et fortement précarisés (Documents du CERC - 1991).

Mais de façon contradictoire à l'hypothèse faite, l'évolution négative du rapport santé/travail touche paradoxalement des personnes jeunes en priorité, jugées lors de la première vague d'enquête proches du marché du travail - personnes dites du type 1 - car n'ayant déclaré aucun troubles psychiques ou physiques capables d'avoir une incidence sur l'activité professionnelle. En mai 1991, près de 13 % de ces personnes déclarent ne pas pouvoir reprendre une activité normale pour raison médicale (Tableau 17). Inversement, les allocataires du type 2, c'est-à-dire les personnes jouissant de bonnes relations sociales en dépit de problèmes majeurs par rapport à l'emploi, voient leur état de santé s'améliorer. Les problèmes de santé avec incidence professionnelle reculent, ils ne concernent "plus que" 40 % des bénéficiaires du type 2 en mai 1991, cette proportion étant de 45 % en juillet 1990. La sociabilité serait en quelque sorte garante d'une évolution positive de l'état de santé ressenti par les allocataires, celle-ci facilitant notamment l'accès au système médical chez les personnes vulnérables. Les personnes du type 3, faisant l'objet d'une profonde déssociabilisation consécutive à un cumul de handicaps économiques et sociaux, ont un état de santé préoccupant mais stationnaire. Ainsi, en mai 1991, 40 % des allocataires de ce type déclaraient souffrir de troubles sanitaires engendrant une incapacité partielle ou totale d'activité professionnelle. L'âge relativement élevé de cette sous-population spécifique semble être un puissant facteur

explicatif de cette incapacité. En effet, 41 % des allocataires de 50 ans sont gênés pour un travail par un problème de santé, contre 29,8 % chez les 35-50 ans et seulement 16,1 % chez les moins de 35 ans (Documents du CERC - 1990).

Comment expliquer ces évolutions contradictoires de la dégradation de l'état de santé des allocataires ?

3.2.2 ... conséquence d'un recours accru à la médecine ?

Retard sanitaire et perception de l'état de santé : un recours médical accru...

L'amélioration de la couverture maladie a permis un accroissement considérable de la consommation médicale de la population marginalisée au RMI. Le recours au système de santé a été d'autant plus massif pour cette population qu'une partie des allocataires, faute de couverture maladie, ont laissé se dégrader leur état de santé, ce qui justifie aujourd'hui un besoin en soins particulièrement important. Ainsi, depuis leur affiliation à un régime d'assurance maladie, les bénéficiaires du RMI, par perception de leur état de santé réel, ont été dans leur globalité davantage consommateurs de soins que le reste de la population.

Dans les cinq mois précédant le versement de l'allocation, seulement 25 % des futurs bénéficiaires du RMI avaient eu recours à un médecin généraliste ; de décembre 1990 à mai 1991, le taux de recours a plus que doublé, 53 % des allocataires ayant effectué une consultation de ce type. Le doublement de la fréquentation médicale est confirmé dans l'ensemble des domaines de la médecine de ville : entre les deux périodes de l'enquête, le taux de consultation chez le spécialiste est passé de 13,2 % à 30,1 %, celui chez le dentiste s'élève de 12,8 % à 20,4 %. Le taux de fréquentation du secteur hospitalier, quant à lui, stagne aux alentours de 12 %, ce qui laisse supposer qu'une substitution s'est effectuée entre ce type de médicalisation et la médecine ambulatoire. En l'absence de couverture maladie, les populations marginalisées accédaient beaucoup plus facilement aux soins hospitaliers qu'à la médecine de ville, alors que l'amélioration du degré de couverture maladie rend la médecine de proximité beaucoup plus attrayante, ce qui libère le secteur hospitalier d'une demande motivée davantage par un besoin d'assistance que par un besoin sanitaire en soins techniques (Tableau 18).

TABLEAU 17 : La relation santé-travail selon le type d'allocataire (Typologie CERC). Evolution entre Juillet 1990 et mai 1991.

(en %)	Type 1		Type 2		Type 3		Ensemble	
	Jul-90	Mai-91	Jul-90	Mai-91	Jul-90	Mai-91	Jul-90	Mai-91
Pas de problème de santé	79,2	68	34,9	38	38,6	38,9	53,4	50,2
Problème de santé sans incidence professionnelle	18,5	18,7	18,8	20,5	19,8	19,2	18,8	19,6
Problème de santé avec incidence professionnelle	....	12,8	44,9	40,2	38,9	40	25,9	29,1
Non-réponse	2,3	0,5	1,4	1,4	2,6	1,5	1,9	1
TOTAL	100	100	100	100	100	100	100	100
EFFECTIF	473		522		176		1171	

Source : Enquête CERC - Documents du CERC - 1991.

TABLEAU 18 : Taux de consultation médicale et d'hospitalisation par type d'allocataire (typologie du CERC)

(en %)	Type 1		Type 2		Type 3		Ensemble	
	1	2	1	2	1	2	1	2
CONSULTATIONS Médecin généraliste	20,9	46,2	29,2	62,8	20,5	45,3	24,6	53,4
Spécialiste	8,6	22,4	16,9	36,6	13,4	31,3	13,2	30,1
Dentiste	12,9	20,8	14,2	22,1	8,7	14,3	12,8	20,4
HOSPITALISATION	9,1	6,7	15,6	15,6	12,6	17,9	12,5	12,3

1 : dans les 5 mois qui ont précédé le premier versement du RMI / 2 : entre décembre 1990 et mai 1991.
Source : Enquête du CERC. Documents du CERC - 1991.

... davantage fonction du degré de sociabilité des "RMIstes" que de leur état de santé ?

Compte tenu de la relation existant entre l'âge et la consommation médicale, l'extension de la protection sociale aurait dû s'accompagner d'une augmentation du taux de recours relativement plus massive chez les allocataires âgés. Cette évolution attendue, tout en étant effective, est cependant de faible ampleur puisque les allocataires jeunes proches du type 1 augmentent leurs recours au généraliste de 25,3 %, les allocataires du type 2 les accroissent de 33,6 % alors que les allocataires du type 3 - relativement plus âgés - ne les augmentent que de 24,8 %. En matière d'hospitalisation, l'âge est un facteur beaucoup plus explicatif de la fréquentation puisque seules les personnes du type 3 augmentent leurs recours - le taux passe de 12,6 % à 17,9 %. La substitution hospitalisation/médecine de ville est particulièrement importante chez les personnes jeunes du type 1, qui jusqu'alors recouraient au secteur hospitalier faute de pouvoir accéder à la médecine ambulatoire ; le taux d'hospitalisation passe pour ce groupe de 9,1 % à 6,7 %.

Les personnes du type 2 qui développent une bonne sociabilité sont celles pour qui l'augmentation du taux de consultations médicales a été la plus forte. En effet, elles bénéficient d'un lien privilégié avec la médecine, puisque 63 % d'entre elles ont consulté un médecin généraliste entre décembre 1990 et mai 1991, 37 % un spécialiste et 22 % un dentiste. L'amélioration de la couverture sociale ne fait que confirmer une tendance préexistante pour ce groupe d'allocataires, ces personnes montrant avant leur entrée au RMI un vif intérêt pour tout ce qui touche à la santé. Ainsi, compte tenu d'une habitude sanitaire installée et d'un fort taux de consommation médicale, les allocataires du type 2 sont proportionnellement plus nombreux à déclarer une amélioration de leur état de santé. En effet, 46,4 % des bénéficiaires de ce type affirment que le RMI a permis d'améliorer leur situation dans le domaine de la santé, contre 44,4 % pour les personnes proches du type 1 et 44 % chez celles du type 3 (Documents du CERC - 1991).

3.2.3. ... conséquence d'une insertion professionnelle insuffisante ?

Nous avons constaté précédemment que la perception de l'état de santé des bénéficiaires du RMI se dégrade avant tout chez les personnes les plus "employables", pour qui le taux d'incapacité professionnelle pour raison de santé est en forte croissance. Cette évolution est d'autant plus étonnante que lors de leur inscription au RMI, ces individus se déclaraient capables d'entreprendre directement une procédure d'insertion professionnelle. L'insuffisance de propositions concrètes en matière d'emploi n'est-elle pas à l'origine d'un sentiment de découragement et d'impuissance qui se répercute sur l'état de santé des "RMIstes" ?

Forte croissance des troubles psychosomatiques pour les "RMIstes" placés à proximité du marché de l'emploi ...

Nous avons vu précédemment que ce sentiment, générateur de stress et de perte de l'estime de soi, revêt un rôle explicatif important dans la sur-représentation des troubles psychiques observée chez les plus défavorisés. Or, la proportion de "RMIstes" déclarant être sujets à ces maux est passée de 40 % à 45 % entre l'été 1990 et l'été 1991. Il est intéressant de remarquer que ce sont les allocataires utilisant le dispositif du RMI dans un but d'insertion professionnelle qui ont connu la plus forte augmentation du sentiment de gêne ; les déclarations d'insomnies, mal de tête et mal de dos passent en effet pour ce groupe spécifique de 36 % à 45 % (Tableau 19 et Graphique 8). Malgré un taux élevé de fréquence de ces gênes, ce sont inversement les individus dits "utilisateurs sociaux" - utilisant le dispositif à des fins liées à la santé ou à la recherche d'un logement - ainsi que les "utilisateurs hors emploi" - radiés de la recherche d'emploi parce qu'ils sont trop âgés, invalides ou malades -, qui connaissent la moindre évolution (P. CROUTTE, A. ILIAKOPOULOS, M. LEGROS - 1991b). Il y aurait, en raison de la précarité de l'emploi et de la difficulté de l'insertion professionnelle, une tendance à l'homogénéisation des troubles de santé. Les populations jeunes affichent au fur et à mesure de leur installation dans l'inactivité des taux de maladie de plus en plus voisins de ceux déclarés par des populations relativement plus âgées.

... marque d'une dégradation de l'état de santé en début d'inactivité ?

En règle générale, il existerait bien un lien entre l'amélioration de l'état de santé des allocataires du RMI et l'évolution de leur situation professionnelle. Les personnes pour qui les problèmes de santé semblent se résoudre le plus accèdent proportionnellement davantage au marché du travail, à des stages ou à des quasi-emplois. A l'inverse, les individus déclarant un état de santé dégradé, d'une vague d'enquête à l'autre, connaissent une situation de retrait par rapport à l'emploi stable, voire légèrement détériorée (Tableau 20). Ainsi, il se dessine une liaison de cause à effet entre l'apparition de la maladie et le travail, sans toutefois que l'on puisse savoir avec certitude laquelle de ces deux variables a le rôle inducteur. En effet, si une amélioration de l'état de santé est généralement favorable à une reprise d'activité, il n'en reste pas moins vrai que la perte d'un emploi et les troubles de la personnalité qui en résultent ont des effets négatifs sur la santé.

Une exploitation particulière de l'enquête "suivi des chômeurs", réalisée par l'INSEE de 1986 à 1988, permet de souligner le lien existant entre santé, chômage et emploi (D. GELOT - 1992). De façon similaire au constat réalisé par le CERC, cette enquête montre que les individus éloignés du travail sont aussi ceux qui,

proportionnellement, se déclarent le moins en bonne santé : c'est le cas de 57 % des chômeurs de longue durée, de 82,6 % des chômeurs récurrents et de 87 % des personnes occupant un emploi stable. Les problèmes de santé peuvent donc être à l'origine de l'exclusion du marché du travail et des difficultés de réinsertion des personnes inactives depuis une longue période. Il est à remarquer qu'une importante proportion de cette population d'exclus durables de l'emploi entre au RMI suite à l'extinction des droits à l'indemnisation chômage. Ainsi, il est certain que le RMI ne peut pas faire merveille pour cette population, l'amélioration de l'état de santé étant un préalable à toute insertion professionnelle.

Parallèlement à ce constat, on observe que l'aggravation de l'état de santé apparaît exclusivement en début de chômage, comme si la perte de l'emploi s'accompagnait d'une fragilisation de l'état de santé. Ainsi, en 1986, 24 % des personnes appartenant à la cohorte des individus continûment exclus du marché du travail déclarent connaître plus de troubles de santé qu'en début de période de chômage, alors que près de deux ans plus tard, sans avoir pour autant retrouvé du travail, ils ne sont plus que 18,3 % dans ce même cas. Cette évolution apparemment positive ne donne lieu à aucune amélioration de l'état de santé, puisque 4,4 % des exclus affirmaient être en bonne santé en 1986 contre 3,6 % en mai 1988. Au bout d'une période de chômage plus ou moins longue, les individus s'habituent en quelque sorte à l'inactivité ainsi qu'à la maladie qui y est inhérente ou qui l'explique.

Inversement, la reprise d'activité semble constituer un "plus" de courte durée en matière de santé, puisqu'en mai 1987 (date de reprise d'une activité), seulement 5,9 % des chômeurs récurrents déclarent avoir connu plus de troubles de santé après avoir retrouvé un emploi, alors que ce taux remonte à 9,7 % en novembre 1987 puis à 11,6 % en mai 1988, dates de leur réinscription à l'ANPE (Tableau 21).

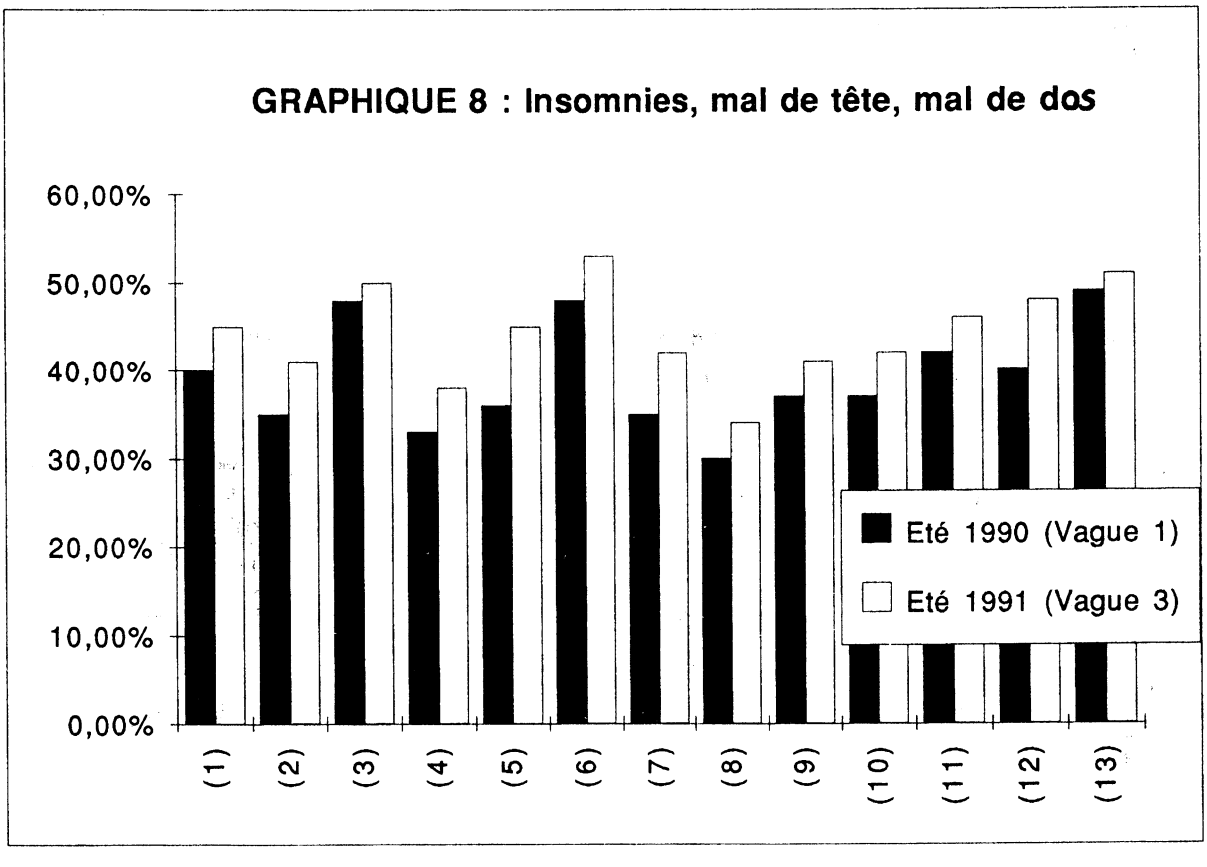
... ou "alibi" à l'exclusion de l'emploi ?

L'ensemble de ces analyses transposées à la situation particulière des allocataires du RMI ainsi que la liaison révélée précédemment entre chômage et troubles psychologiques, montrent que pour les plus jeunes, les situations d'inactivité prolongée ainsi que la prise de conscience des difficultés d'insertion peuvent être considérées comme facteurs générateurs de troubles psychosomatiques - nervosité, dépression nerveuse, insomnie, maux de tête ... - pouvant entraîner une dégradation de l'état de santé. cet état de fébrilité nerveuse peut-il à lui seul expliquer la croissance du sentiment d'incapacité au travail ? Il convient d'être prudent à ce sujet, d'autres facteurs, telles que le retard sanitaire et la perception d'un état de santé dégradé, par un recours accru à la médecine, peuvent interférer dans cette relation. Toutefois, en l'absence de retour rapide

à l'emploi, il est possible de faire l'hypothèse que les jeunes allocataires du RMI risquent de se laisser aller au découragement et de trouver dans la maladie - et notamment les maladies psychosomatiques - un "alibi" à leur exclusion. Ce comportement expliquerait en partie le fait que les bénéficiaires issus de l'enseignement supérieur sont de plus en plus nombreux à placer la santé au centre de leurs préoccupations. En effet, lors de la première vague d'enquête du CREDOC, il n'étaient que 5 % à le faire, ils sont 21,4 % dans cette situation à la troisième vague. "Il apparaît donc important, dans une optique de lutte contre les conséquences psychologiques et pathologiques du chômage, de concentrer les efforts sur une période située le plus près de la perte d'emploi, sans attendre que s'installe une dégradation persistante de la santé des individus exclus durablement de la sphère de l'emploi" (D.GELOT - 1992, p.110). Ainsi, le volet insertion professionnelle, notamment envers les personnes les plus "employables" placées à proximité du marché de l'emploi, est déterminant dans la politique de santé menée en faveur des plus défavorisés.

TABLEAU 19 : Evolution de l'état de santé déclaré des allocataires du RMI entre l'été 90 et l'été 1991 : part de personnes souffrant de mal de tête, insomnies ou de mal de dos (Enquêtes du CREDOC).

		Eté 1990 (Vague 1)	Eté 1991 (Vague 3)
Ensemble	**(1)**	**40,00%**	**45,00%**
sortis	(2)	35,00%	41,00%
Utilisateurs sociaux	(3)	48,00%	50,00%
Utilisateurs maginaux	(4)	33,00%	38,00%
Utilisateurs emploi	(5)	36,00%	45,00%
familles mono-parentales	(6)	48,00%	53,00%
Travailleurs licenciés	(7)	35,00%	42,00%
Jeunes	(8)	30,00%	34,00%
couples avec enfants	(9)	37,00%	41,00%
Moins de 10 000 hab.	(10)	37,00%	42,00%
10 000 à 200 000 hab	(11)	42,00%	46,00%
Plus de 200 000 hab.	(12)	40,00%	48,00%
Hors emploi	(13)	49,00%	51,00%



SOURCE : PANEL RMI-CREDOC, EVOLUTION VAGUES 1-3 / IN P ; CROUTTE, A. ILIAKOPOULOS, M. LEGROS - 1991b.

TABLEAU 20 : Evolution de la santé DES "RMIstes" par rapport à l'évolution de la situation professionnelle.

	Alloc. qui considèrent que leur santé s'est améliorée de :				Alloc. qui considèrent que leur santé s'est dégradrée de :			
	Juil - 90 à déc - 90		Déc - 90 à mai - 91		Juil - 90 à déc - 90		Déc - 90 à mai - 91	
	V1	V2	V2	V3	V1	V2	V2	V3
Emploi stable	4,1	5,4	2,9	8,9	7,4	5,9	6,5	8,7
Emploi précaire	1,4	3,3	3,1	1,8	3,8	3,5	2,7	2,4
Stage ou quasi-emploi	9,3	25	21,4	21,6	9,8	10,1	10,4	10
chômeurs indemnisés	7,7	4,1	4,2	4,2	4,5	7,3	7,3	6
Chômeurs non-indemnisés	60,9	43,9	47,2	39,3	50,6	45,2	41,9	44,1
Inactifs	14,4	18,4	18,4	22,3	24,1	26,9	30,2	28,2
Non-réponse	2,2		2,8	1,8		0,8	1	0,6
TOTAL	100	100	100	100	100	100	100	100
Effectif	94		99		339		301	

Source : Enquête CERC - In Documents du CERC - 1991.

TABLEAU 21 : Evolution de l'état de santé déclaré de cohortes de chômeurs à partir de l'interrogation répétée suivante : "depuis novembre 1986, avez-vous eu plus ou moins de problèmes de santé qu'avant ?"

	J'ai connu plus de problèmes de santé qu'avant				J'ai connu ni moins, ni plus de problèmes de santé qu'avant				J'ai connu moins de problèmes de santé qu'avant			
	Nov. 86	Mai. 87	Nov. 87	Mai. 88	Nov. 86	Mai. 87	Nov. 87	Mai. 88	Nov. 86	Mai. 87	Nov. 87	Mai. 88
Cohorte des continûment exclus	24,00	18,90	19,60	18,30	71,60	76,00	76,00	77,80	4,40	5,50	4,10	3,6
Cohorte des chômeurs récurrents	18,00	5,90	9,50	11,60	79,40	86,90	86,40	84,50	2,60	7,30	4,10	3,9
Cohorte des réinsérés stables	13,30	4,40	4,80	8,00	85,30	88,80	93,20	89,10	1,40	6,80	2,00	2,8
TOTAL	18,60	10,80	10,70	12,70	78,10	83,50	85,30	83,10	3,30	5,70	3,90	4

SOURCES : INSEE ENQUETE "SUIVI DES CHOMEURS" 1986-1988 ; IN D. GELOT - 1992.

CONCLUSION

L'ensemble des études statistiques sur la santé des allocataires du RMI, révèle la présence de graves problèmes sanitaires. Ces problèmes sont avant tout d'ordre psychique - troubles de la santé mentale et du comportement - ; viennent ensuite les troubles physiques tels que les pathologies respiratoires aiguës et les maladies cutanées. La forte prévalence de ces pathologies chez les plus démunis s'explique d'une part par un moindre recours aux soins, qui influe négativement sur les taux de rémission des maladies, et d'autre part par des conditions de vie fortement pathogènes - précarité du logement, sur-représentation des événements pénibles et des consommations à risques. La santé est une notion complexe qui est appréhendée dans les milieux défavorisés exclusivement en terme de bien-être ; les interventions sanitaires doivent par conséquent dépasser le cadre strictement médical pour intervenir sur l'environnement social des personnes. La politique du RMI, dans une appréhension large des besoins sanitaires des allocataires, permet non seulement de faciliter l'accès au soins par invalidation des contraintes financières, mais aussi d'agir sur les conditions de vie au moyen de la politique d'insertion. Paradoxalement, malgré cette politique sanitaire ambitieuse et un accroissement de la demande de soins, l'état de santé des "RMIstes" se dégrade. Ce phénomène est lié d'une part aux bienfaits du RMI qui, en résolvant certains problèmes de la vie quotidiennes et en améliorant la perception individuelle du besoin de soins, déplace les préoccupations majeures des allocataires vers la santé. D'autre part, les insuffisances de la politique d'insertion, c'est-à-dire l'absence de perspectives crédibles de retour à l'emploi, sont à l'origine d'un sentiment de découragement qui pèse négativement sur l'état morbide des allocataires, et cela notamment chez les plus jeunes qui trouvent dans la maladie un "alibi" à leur exclusion.

Afin de préciser, l'impact du RMI sur la santé des populations défavorisées, il conviendrait d'améliorer l'information statistique disponible. L'examen de la santé des "RMIstes" fait figure de parent pauvre dans l'ensemble des travaux d'évaluation du dispositif ; la connaissance de l'état sanitaire demeure par conséquent fortement lacunaire. La plupart des données épidémiologiques disponibles sont issues d'enquêtes locales réalisées auprès de certaines catégories de la population allocataire, l'absence de représentativité de ces données restreint considérablement les possibilités d'analyse. Les études plus globales portant sur l'état de santé ressenti des "RMIstes" ne permettent pas quant à elles de juger objectivement l'amélioration de l'état de santé. Une méthodologie d'enquête adéquate permettant d'évaluer les besoins de soins des allocataires et les éléments pathogènes à l'origine de ces besoins, devrait comporter les éléments suivants :

un échantillon suffisamment large et représentatif de la population allocataire du RMI ; la sélection de paramètres susceptibles de représenter spécifiquement l'influence du degré d'activité et des modalités du contrat d'insertion sur l'état de santé des bénéficiaires, tout en départageant cette relation activité-santé de la relation inverse santé-activité ; le suivi d'une cohorte de "RMIstes" permettant, dans une perspective dynamique (à partir d'une étude non plus transversale mais longitudinale) de faire ressortir l'évolution de l'état de santé des intéressés consécutivement aux modifications de leur trajectoire de vie.

BIBLIOGRAPHIE

ACTUALITE SOCIALES HEBDOMADAIRES - 1993, "RMI : nouvelles dispositions applicables au 1er janvier", N° 1814, 8 Janvier, pp. 13-20.

ALDEGHI Isa, CLARAC Monique, CHARRAUD Alain, DELUCHAT Alain, GAUVIN Annie, JEGER François & PIGNONI Maria Teresa - 1992, "Vécu et devenir des chômeurs de longue durée", Document travail et emploi, La documentation française, Paris, 123 p.

ALLAIN Dominique - 1990, "Caractéristiques des bénéficiaires et nature des contrats établis dans le cadre du revenu minimum d'insertion", Solidarité Santé, N°1, janvier-Février, pp. 25-32.

AZNARD Guy - 1987, "Les pompiers maladroits", Le Monde, samedi 21 Mai, p. 2.

BADER Jean-Michel & DOROZYNSKI Alexandre - 1993, "Retour en force de la tuberculose aux Etats-Unis", In dossier "La nouvelle menace bactérienne", Science et vie, N°904, Janvier, pp. 50-53.

BILOCQ G. - 1979, "L'enfant du Quart Monde et l'hôpital", La revue de pédiatrie, Tome : XV, N°3, Mars, pp. 137 - 140.

BOCOGNANO AGNES., GRANDFILS NATHALIE, LECOMTE Thérèse, MIZRAHI André, MIZRAHI Arié - 1992, "Enquête sur la santé et la protection sociale en 1991. Premiers résultats", CREDES, N°934, Août, 80 p.

BROCHARD C. & LAURIOUX F. - 1991, "Les allocataires du revenu minimum d'insertion : des problèmes de santé spécifiques ? Résultats d'une enquête en Loire-Atlantique et dans les Côtes-d'Armor.", Actes du Colloque "Santé et accès aux soins des populations défavorisées", Vannes - 21 Septembre, Observatoire régionale de Santé de Bretagne, pp. 13-23.

BUNGENER Martine, HORELLON - LAFARGE Chantal & VICTOIRE LOUIS Marie - 1982, "Chômage et santé", Economica, Paris, 158 p.

CASTEL Robert - 1991, "De l'indigence à l'exclusion : la désaffiliation", in J. DONZELOT "Face à l'exclusion, le modèle français", Série Société, Esprit, Paris, pp. 137-168.

CHARRAUD A. & MORMICHE P. - 1986, "L'enquête santé 1980-1981 : disparités de consommation médicale", Collection de l'INSEE, Série M, N° 118, Janvier.

CHOQUET Olivier & MOREL Bernard - 1991, "La santé en France. Un secteur en mutation", In "Santé et Corps", Données Sociales 1990, INSEE, pp. 236-244.

CONG Hui Quan, LECOMTE Thérèse, MIZRAHI André, MIZRAHI Arié, LUCIOLLI Esmeralda, RAUNA Patrice, DUPAS Pascale, JACOB Andrée - 1992, "Recours aux soins et morbidité des défavorisés 1988 - 1989 - 1990. L'expérience de 6 centres gratuits", CREDES, N°927, Juin, 63 p.

CROUTE Patricia, ILIAKOPOULOS Anastassios, LEGROS Michel - 1991, "RMI : le temps des effets. Analyse des évolutions entre les première et troisième vagues d'interrogations", Solidarité Santé, Etudes statistiques N° 4, Octobre-Décembre, pp. 35-45.

DANNET Gérard - 1989, "L'accès aux soins dans les grandes villes : la situation de Paris", Solidarité santé, Etudes statistiques, N°4, Juillet-Août, pp. 15 - 26.

DEBIONNE F. P. - 1979, "Exercice libéral et familles du Quart Monde", La revue de pédiatrie, Tome : XV, N°3, Mars, pp. 131 - 134.

DESCHAMPS Jean Pierre - 1979, "Santé de la famille en Quart Monde : Implication pour la formation des médecins", La revue de pédiatrie, Tome : XV, N°3, Mars, pp. 161 - 164.

DESCHAMPS Jean-Pierre - 1987, "Ces jeunes sont sans soins... ou la "non santé" des adolescents et jeunes adultes en France", Revue Française des Affaires Sociales, 41ème année, Décembre, pp. 43-87.

DESPLANQUES Guy - 1984, "L'inégalité sociale devant la mort", Economie et statistique, N°162, Janvier, pp. 29 - 50.

DESPLANQUES Guy - 1991, "Les cadres vivent plus vieux", Insee Première, N°158, Août, 4 p.

DINH Quang Chi - 1991, "Le relief social de la mortalité infantile", In "Santé et Corps", Données Sociales 1990, INSEE, pp. 245-250.

DOCUMENTS DU C.E.R.C - 1990, "Atouts et difficultés des allocataires du RMI. Rapport d'étape.", La Documentation Française, N° 98.

DOCUMENTS DU C.E.R.C - 1991, "Atouts et difficultés des allocataires du revenu minimum d'insertion. Rapport final", La Documentation Française, N° 102.

DUMONTIER Françoise & VALDELIEVRE Hélène - 1992, "Les assurances volontaires des ménages 1983-1991", Insee Première, N°192, Avril, 4 p.

ETUDES ECONOMIQUES DE L'OCDE - 1993, "Le système de santé en question : le problème de l'accès aux soins", Problèmes économiques, N° 2.309, Janvier, pp. 10-13.

FOREST DIVONNE de la F. & PISSARRO B. - 1989, "Alcoolisme et grande pauvreté", Le concours médical, N° 2314, 8 Juillet, pp. 2314 - 2316.

GAUDU Agnès - 1992, "Les exclus de la Sécu", Alternatives Economiques", N°102, Décembre, pp. 48-50.

GELOT Didier - 1992, "Impact de l'emploi et du chômage sur la santé", Revue française des Affaires Sociales, 46ème Année, N°1, Janvier-Mars, pp.99-112.

GORZ André - 1988, "Métamorphose du travail. Quête du sens", Galilée, Paris, 302 p.

GUIGNON Nicole - 1991, "Alcool et tabac. Des plaisirs qui empoisonnent", In "Santé et Corps", Données Sociales 1990, INSEE, pp. 254-258.

GUIHENEUF - 1992, "L'or de la santé et l'argent de la médecine", ENSEP, Rennes, 111 p.

ILLICH Ivan - 1975, "Némésis médical", Version française, Seuil, Paris, 217 p.

ISSAAD Ramdane &GREMILLON Michel - 1992, "La dictature d'Hippocrate", Médiation, Denoël, Paris, 264 p.

LE TURDU Michelle - 1992, "Les décès en 1990", Insee Première, N°182, Février, 4 p.

LECOMTE Thérèse - 1992, "Le tabagisme : un défi au danger", CREDES, N°936, Novembre, 45 p.

LECOMTE Thérèse, MIZRAHI André, MIZRAHI Arié - 1991, "Les bénéficiaires du RMI fréquentant les centres de soins gratuits", CREDES, N°895, Juillet 65 p.

LECOMTE Thérèze - 1986, "Les demandeurs d'emploi : morbidité et consommation médicale, CREDES, N°685, Avril, 71 p.

LECOMTE Thérèze - 1989, "Aspects socio-économiques de la dépression ", Annales de Médecine Interne, 140, N°8, pp. 687-690.

LIBERATION - 1993, "New York autorise la quarantaine pour les tuberculeux", Vendredi 12 Mars, p. 12.

MAJNONI D'INTIGNANO Béatrice - 1987, "Santé mon cher souci", Economica, Paris, 130 p.

MAURIN Eric - 1989, "Types de pratiques, types de journées et déterminants sociaux de la vie quotidienne", Economie et Statistique, N°223, Juillet-Août, pp. 42-46.

MOATTI Jean-Paul - 1991, "l'analyse économique peut-elle servir la prévention ?", in AÏACH Pierre, BON Norbert, DESCHAMPS Jean-Pierre, "Comportement et santé", Presse Universitaire de Nancy, Nancy.

MOITRIER Jean - 1986, "40ème anniversaire de la Sécurité sociale : l'envers du décor", Droit Social, N° 9-10, Septembre-Octobre, pp. 721-724.

MONGIN Olivier - 1993, "Ce mal-vivre profond est quelque chose qui a du sens", Viva, Mars, pp. 26-27.

MORMICHE Pierre - 1986, "Pratiques culturelles, profession et consommation médicales", Economie et statistique, N° 189, Juin, pp. 39 - 50.

MORMICHE Pierre & BONNAUD Cécile - 1992, "Le recours aux soins se ralentit", Insee Première, N°238, Décembre, 4 p.

PANEL RMI-CREDOC - 1991, "Le revenu minimum d'insertion, étude nationale auprès des allocataires", Interrogation serveur Minitel 36-16 CREDOC.

PARTAGE - 1991, "L'avis des bénéficiaires du RMI", N°6, Avril-Mai, p. 9 & 10.

RAWLS John - 1987, "Théorie de la Justice", traduction française, Seuil, Paris, 667 p.

ROCHEFORT Robert - 1991, "L'accès à la santé", Consommation et Mode de Vie, CREDOC, N°59, Mai, 4 p.

SASSIER Philippe - 1990, "Du bon usage des pauvres", Fayard, 450 p.

SCHAETZEL Françoise & QUEROUIL Olivier - 1991, "Etat de santé des bénéficiaires du RMI : synthèse des données existantes", Document réalisé par la Délégation Interministérielle au RMI, Novembre 1991, 90 p.

SOURTY-LE GUELLEC Marie-Jo - 1992, "Enquête sur la santé et la protection sociale de 1988 à 1991 : l'hospitalisation", CREDES, N°928, Novembre, 75 p.

STROHL Hélène - 1988, "La couverture sociale du risque maladie : l'exclusion de fait des plus démunis", Problèmes Economiques, N°2091, 21 Septembre, pp. 5-12.

TOMCHE Robert & MILBANK Dana - 1993, "Le système de santé repris en main par les entreprises", Courrier international, N° 127, Avril, pp. 18 - 19.

TOUSIGNANT Michel - 1992, "Les origines sociales et culturelles des troubles psychologiques", PUF, Paris, 252 p.

VANLERENBERGHE Pierre - 1992, "Evaluation du RMI : 1989 -1992", sous la présidence de, rapport d'évaluation prévu par la loi du premier décembre 1988 relative au RMI, Commission Nationale d'Evaluation du Revenu Minimum d'Insertion, Tomes 1 & 2, 760 p.

TABLE DES MATIERES

INTRODUCTION **1**

1. ETAT DE SANTE DES "RMISTES" : UN BILAN PAR RECOUPEMENT D'INFORMATIONS **3**

1.1. Inégalités sociales devant la mort. Comment cerner la situation des plus démunis en général et des "RMIstes" en particulier ? **4**

1.2. La morbidité diagnostiquée des populations défavorisées : sur-morbidité et prévalence de certaines pathologies **7**

Des chômeurs *7*

... aux "RMIstes" *9*

1.3. La morbidité ressentie des allocataires du RMI : l'appréhension de la santé en terme de bien-être **15**

2. SUR-MORBIDITE DES POPULATIONS DEFAVORISEES : LA MARQUE DES INEGALITES DE RECOURS AUX SOINS ET DES DISPARITES DE CONDITIONS DE VIE **18**

2.1. Accès à la médecine : de l'inégalité sociale au dualisme médical. **18**

2.1.1. Evolution paradoxale ou structuration inégalitaire du système de santé 18

A. Limitations des disparités au sein des CSP 18

Une opposition entre ceux qui choisissent les soins et ceux qui les subissent *19*

... opposition amoindire au cours des années quatre-vingt *20*

B. ... mais croissance des obstacles d'accès aux soins pour les plus démunis ?..... 20

Moindre recours aux soins onéreux ... .22
... notamment pour les personnes sans couverture complémentaire ... .22
... pour qui le rationnement de soins est renforcé par les dépassements de tarifs conventionnés 22

2.1.2. En marge des études socioprofessionnelles : exclusion des soins et régime de couverture maladie spécifique au RMI.....25

A. Une population sous-consommatrice de soins : 25

Des chômeurs 25
... aux "RMIstes" 25

B. Le RMI, un garde fou assistanciel dans un contexte de libéralisation de la couverture maladie ?.....27

Des limites éthiques du système de santé américain 27
... aux insuffisances du RMI pour faire face au dualisme médical.....30

2.2. Conditions de vie pathogènes et prévalence de la maladie dans les milieux défavorisés.....31

2.2.1. Habitat et état de santé : la marque de la précarité.....33

2.2.2. La pauvreté, un milieu propice au développement des troubles de la santé mentale ?.....34

Sur-représentation des événements de vie pénibles 34
Isolement et limitation du soutien moral.....35
Déni de soi et rationalité des "exclus". 37

2.2.3. La société du travail : une société pathogène en situation de crise structurelle de l'emploi ?.....38

Influence néfaste du chômage sur l'état de santé 38
... oui mais généralisation de "la souffrance sociale" 39
... un enjeu pour le revenu minimum.....40

3. BILAN EN DEMI-TEINTE DU DISPOSITIF DU RMI : PLUS DE SOINS NE SIGNIFIE PAS FORCEMENT MEILLEURE SANTE.....41

3.1. Un dispositif d'accès aux soins en voie de perfectionnement... 41

3.1.1. Les "RMIstes" bénéficiaires de plein droit de l'assurance personnelle.....41

3.1.2. Généralisation du tiers payant pour les "RMIstes" : la réforme de l'aide sociale. 42

3.2. ... mais une dégradation de l'état de santé ressenti des allocataires du RMI.....45

3.2.1. ... conséquence d'une évolution des priorités des "RMIstes" ou d'une modification structurelle de la population ?.....45

La santé, une notion sans borne!.....45
La constitution d'un "stock" de personnes en mauvaise santé ?.....46

3.2.2 ... conséquence d'un recours accru à la médecine ?.....47

Retard sanitaire et perception de l'état de santé : un recours médical accru.....47
... davantage fonction du degré de sociabilité des "RMIstes" que de leur état de santé.....48

3.2.3. ... conséquence d'une insertion professionnelle insuffisante ?.....49

Forte croissance des troubles psychosomatiques pour les "RMIstes" placés à proximité du marché de l'emploi ... .50
... marque d'une dégradation de l'état de santé en début d'inactivité ?.....50
... ou "alibi" à l'exclusion de l'emploi ? 51

CONCLUSION.....55

BIBLIOGRAPHIE.....57

TABLE DES MATIERES 62