

Santé et précarité : l'exemple du diabète, à propos d'une enquête en Languedoc

par Claude JAFFIOL et Serge PASSERON

De multiples exemples confirment les liens étroits entre les conditions de vie et la santé. Rappelons l'effet désastreux des famines au cours des siècles passés, et, plus près de nous, le développement de la tuberculose facilité par les habitats insalubres de l'ère industrielle au cours du XIX^e siècle. Cette association entre les difficultés existentielles et le risque sanitaire n'a, hélas, pas disparu mais a changé de visage. La précarité toujours présente n'est plus, du moins dans le monde occidental, celle décrite par les historiens des siècles passés et ses conséquences sont différentes avec la progression inattendue et spectaculaire de certaines maladies de la nutrition, entre autres, le diabète sucré, qui étaient beaucoup plus rares autrefois. Quoique moins spectaculaires que les conséquences des grandes famines du Moyen-Âge, ces nouvelles pathologies n'en ont pas moins des effets désastreux sur les populations qui en sont victimes, déjà fragilisées par leur état de précarité. Conscients de l'importance de ce problème qui a pris de nos jours une dimension épidémique, nous avons entrepris, sous la direction du Professeur Claude Jaffiol, une enquête régionale dont les résultats sont rapportés dans la deuxième partie de ce travail.

Dans un premier exposé, on s'efforcera d'expliquer la dégradation de la situation économique actuelle et, partant, le retour de la précarité.

I – LE RETOUR DE LA PRÉCARITÉ

Dans la première moitié du XX^e siècle, il ne se passa qu'un peu plus de 20 ans entre la fin de la première guerre mondiale et le début de la seconde. Ces deux événements majeurs conduisirent aux confrontations armées les plus meurtrières de l'histoire de l'humanité, avec leur cortège de morts et de misères physiques et morales. Le souci "de ne plus revoir ça" fut le moteur le plus puissant de la construction européenne. Quelle que soit l'opinion que l'on porte sur la panne actuelle de ce processus, force est de constater que la mise en place d'institutions européennes a permis de connaître la paix depuis près de 70 ans. La paix et la reconstruction d'une Europe ruinée lui ont assuré durant près de trente ans une prospérité notable qui a continué sur sa lancée. Toutefois, des signes annonciateurs de certaines faiblesses économiques laissaient présager que nous ne serions pas durablement à l'abri de la concurrence mondiale. La crise que nous vivons marque l'aboutissement d'une dégradation de notre situation. Le temps n'est plus à l'optimisme et la pauvreté que l'on pensait éradiquée, du moins dans le monde occidental, est brutalement de retour sans que personne ne puisse dire si cette situation résulte d'une panne momentanée de la machine économique ou si elle est durablement installée.

I.1 – QU'EST-CE QUE LA PRÉCARITÉ ?

La précarité peut être définie comme une situation **économiquement, socialement et subjectivement** dégradée, affectant des personnes qui estiment ne pas avoir la possibilité de bénéficier de conditions de vie décentes, en tout cas conformes à un standard de vie moyen. Elle s'inscrit, en général dans la durée et, comme telle, elle s'accompagne d'un ressenti négatif et d'une faible estime de soi. Elle est, la plupart du temps, liée à l'absence de travail ou à un travail médiocre, souvent à temps partiel et sans avenir. Elle est de plus en plus associée à la désagrégation des structures familiales, notamment à la multiplication des familles monoparentales dirigées le plus souvent par des mères de famille élevant seules leur(s) enfant(s). A cet égard, il est d'usage de distinguer les populations qui ont un statut social convenable, un niveau de vie correct et des perspectives professionnelles et personnelles ("inclus") et d'autres sans perspectives ("exclus"). La précarisation conduit au passage de la première situation à la deuxième. Elle est la marque d'une crise d'autant plus grave qu'elle peut affecter un nombre croissant de personnes relevant de la classe moyenne qui craignent d'en être expulsées.

La notion de précarité ne coïncide pas complètement avec celle de pauvreté. La pauvreté est, actuellement, définie par des revenus ⁽¹⁾ inférieurs ou égaux à 60% du revenu médian de la population générale. La précarité implique, en sus de la pauvreté, une incertitude quant à l'obtention, la conservation, ou la récupération d'une situation acceptable. Elle s'accompagne en général d'une anticipation négative et ajoute à la pauvreté installée ou menaçante, le sentiment que les choses risquent de se dégrader encore.

Une des conséquences de la précarité est **l'appauvrissement des relations sociales**. On verra que **la mesure de l'isolement social permet la sélection des personnes précaires** dans le cadre d'une enquête, comme celle que nous avons effectuée. Ce mode d'évaluation de la précarité a été mis au point en France, et il est désigné par l'appellation "score EPICES". Nous aurons l'occasion de le décrire ci-après.

I.2 – COMMENT LA PRÉCARITÉ A-T-ELLE ÉVOLUÉ ?

Au niveau national

On peut distinguer, s'agissant de la montée de la précarité en France **depuis la fin de la 2^e guerre mondiale**, quatre périodes.

La **première, débute avec la reconstruction de la France** et s'achève lors du premier choc pétrolier en 1973. Elle est marquée par de brillants résultats économiques liés à l'élan de la reconstruction et à l'installation de la modernité économique. En contre partie, l'inflation, durant cette période est généralement forte.

La **deuxième période** marque la rupture de cet élan, en raison notamment du réajustement brutal du prix des produits pétroliers, jusque-là très faibles, à l'initiative des producteurs. Le retour à un pétrole bon marché n'apparaît plus, ensuite, que d'une manière épisodique sur un fond d'augmentation continue du prix des produits pétroliers liée aux coûts croissant des dépenses d'extraction. D'autre part, la situation économique de la France fait apparaître des éléments de faiblesse, en termes de compétitivité. L'inflation importante des années 1969 à 1985 montre que les fondamentaux économiques ne sont pas respectés.

La **troisième période commence**, en 1992, avec le Traité de Maastricht et la mise en place de règles de gestion monétaires, budgétaires et économiques exigeantes afin d'assurer la crédibilité de l'euro (qui est mis en place en 1999). Cette crédibilité devait être équivalente à celle de la monnaie la plus forte de la zone monétaire en constitution, le Deutsch Mark. Dès lors, les marges de manœuvres des pays qui sont obligés, tant bien que mal, de respecter les critères de Maastricht, vont se restreindre, l'obligation pour l'Etat de cesser de vivre à crédit imposant une rigueur qui agira fortement sur ses facultés distributives.

La **quatrième période**, toute récente, est marquée par la crise financière de 2008, largement liée au dévergondage d'opérateurs financiers importants accordant, aux Etats-Unis, des crédits à des personnes insolvables et par la crise économique mondiale qui en est résultée, en 2010. Celle-ci affectera la plupart des pays du monde et donnera lieu à une poussée de pauvreté impressionnante dans beaucoup de pays du monde occidental.

Quelques compléments sur chacune de ces périodes et sur le retour de la pauvreté :

LES TRENTE GLORIEUSES : AMÉLIORATION GÉNÉRALE DE L'EFFICACITÉ ÉCONOMIQUE ET DES CONDITIONS DE VIE.

De 1947 au premier choc pétrolier, 1973, la France a connu des progrès économiques sans précédents dans son histoire. Les "trente glorieuses" ainsi baptisées par Jean Fourastié, par référence aux journées révolutionnaires de 1830, "les trois glorieuses" (2), ont été marquées en France et dans les pays de l'Europe occidentale par des progrès très spectaculaires.

La France, 40 ans après les Etats-Unis, accède à la société de consommation et connaît durant cette période un taux moyen de croissance qui laisse rêveur aujourd'hui (plus de 5%), une balance commerciale excédentaire, une production industrielle importante (croissance annuelle moyenne de 5%) (3), une poussée démographique sans précédent (le "baby boom") accompagnée d'une situation de plein emploi avec des taux de chômage très bas.

Le niveau de vie s'améliore sensiblement sauf pour les personnes âgées qui sont oubliées au début de cette période (4). Durant ce temps, la pauvreté recule.

LE CHOC PÉTROLIER DE 1973

Commencé, en vérité en 1971, mais prenant son plein effet en 1973, le choc pétrolier est lié à la conjonction de plusieurs causes et, particulièrement à la guerre du Kippour, entre Israël et ses voisins arabes, marquée par l'échec de ses derniers qui en avaient pris l'initiative... Dès lors, les producteurs arabes de l'OPEP ont majoré de 70% le prix du pétrole et décidé un embargo qui durera 5 mois. Le prix du baril quadruplera en un an. Les observateurs ont noté que cette hausse du prix du pétrole était due, non seulement à la guerre du Kippour, mais aussi à la dévaluation du dollar suite à l'abandon des accords de Bretton Woods, ce qui, *ipso facto*, diminuait les revenus du pétrole et appelait un rattrapage des prix. D'autre part, les Etats Unis avaient atteint leur maximum de production (1971), ce qui les mettait en situation de pénurie relative. Cette augmentation de prix était, enfin, souhaitée par les grands opérateurs internationaux pour assurer le financement de nouvelles recherches *off-shore* plus coûteuses.

Ce premier choc pétrolier, il faut le noter est à l'origine du programme français d'équipement atomique.

Le choc de 1973 a été suivi d'un deuxième choc, en 1979, lié, cette fois à la Révolution Iranienne.

Ces deux chocs ont montré la dépendance croissante des économies au prix du pétrole qui, malgré des reculs liés à la surproduction, a connu une croissance tendancielle. **L'accroissement du coût des produits pétroliers a, de plus en plus, pesé sur l'économie occidentale contribuant, notamment, au déséquilibre croissant de la balance commerciale française.**

Certains économistes (5) ont estimé que les difficultés actuelles de la France dataient de ce moment. **On observera, d'ailleurs, que depuis 1974, le budget français n'a plus jamais été équilibré...**

LES DIFFICULTÉS DU DÉBUT DU XXI^e SIÈCLE

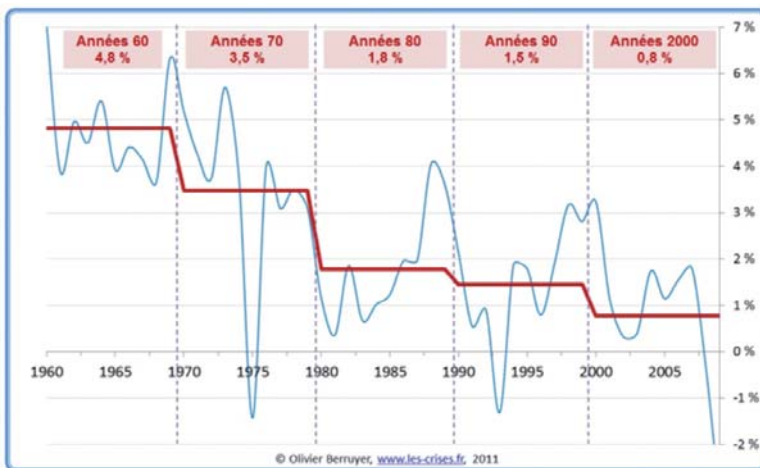
Après une période globalement favorable, **même si les faiblesses révélées lors de périodes précédentes restaient bien réelles**, peu d'experts avaient prévu la crise financière de 2008, conséquence de la bulle immobilière aux Etats-Unis ("subprimes"), et, à sa suite, la crise économique affectant l'ensemble du monde occidental et par voie de conséquences, le reste de la planète, le marché européen étant le plus important du monde,...

Cette évolution s'est accompagnée en France, du déclin de "l'Etat Providence" et de ses amortisseurs sociaux (6).

Dès lors, on assiste en France comme dans le reste de l'Europe à un préoccupant retour de la pauvreté

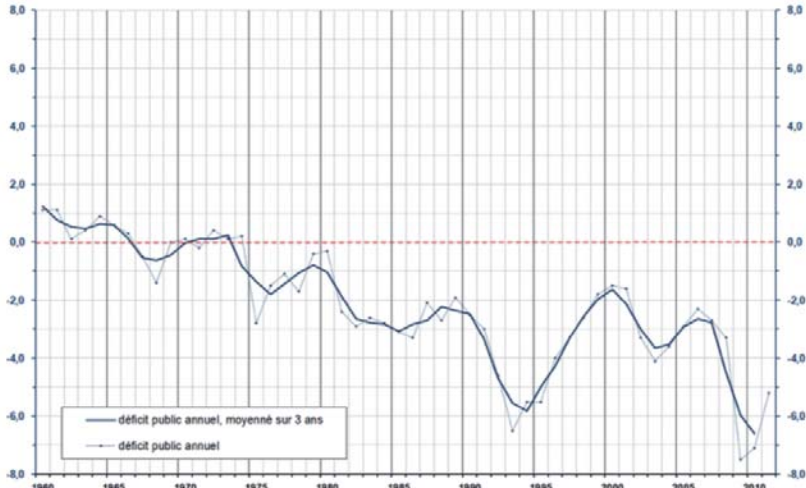
Les tableaux suivants permettent d'illustrer la dégradation de la situation française en termes d'évolution économique et budgétaire.

Evolution annuelle en volume du PIB français par habitant 1960-2009, et moyenne par décennie (Source : INSEE)



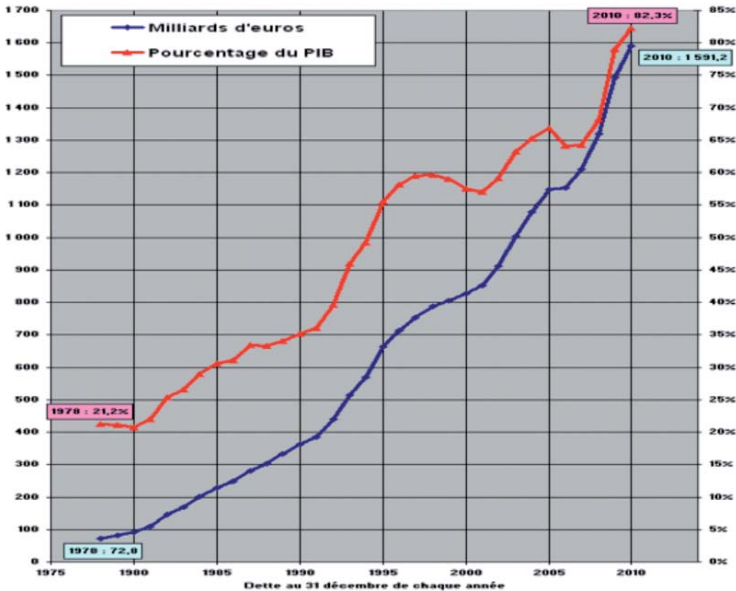
Source : Olivier Berruyer. <http://www.les-crises.fr>

Evolution du déficit budgétaire



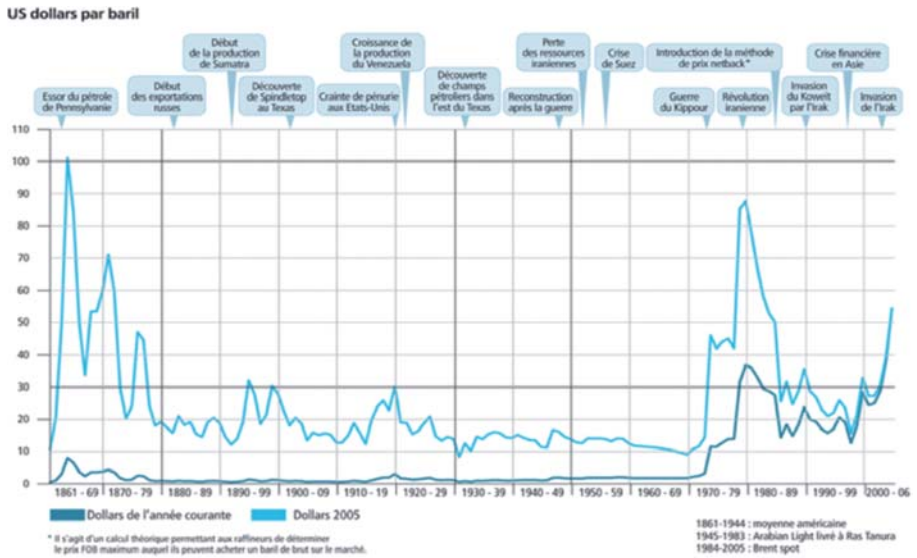
Source : Source : déficit et dette publique. Wikipédia.
http://fr.wikipedia.org/wiki/Dette_publicue_de_la_France

Dette des administrations publiques au sens de Maastricht, France, 1978-2010



Source : déficit et dette publique. Wikipédia.
http://fr.wikipedia.org/wiki/Dette_publicue_de_la_France

Evolution du prix du pétrole

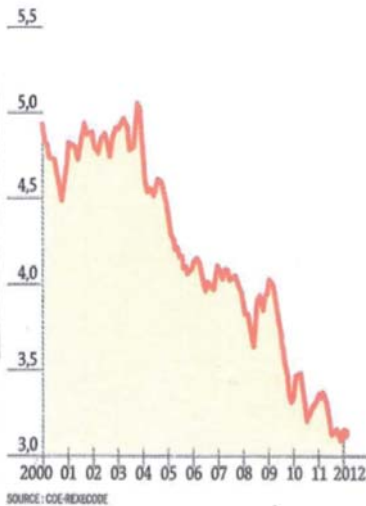


Source : Manicore,

http://www.manicore.com/documentation/petrole/prix_petrole.html

Le recul des exportations

Part des exportations françaises de marchandises dans les exportations mondiales en valeur, en %, moyenne mobile sur trois mois



Coût de l'heure de travail, en euros



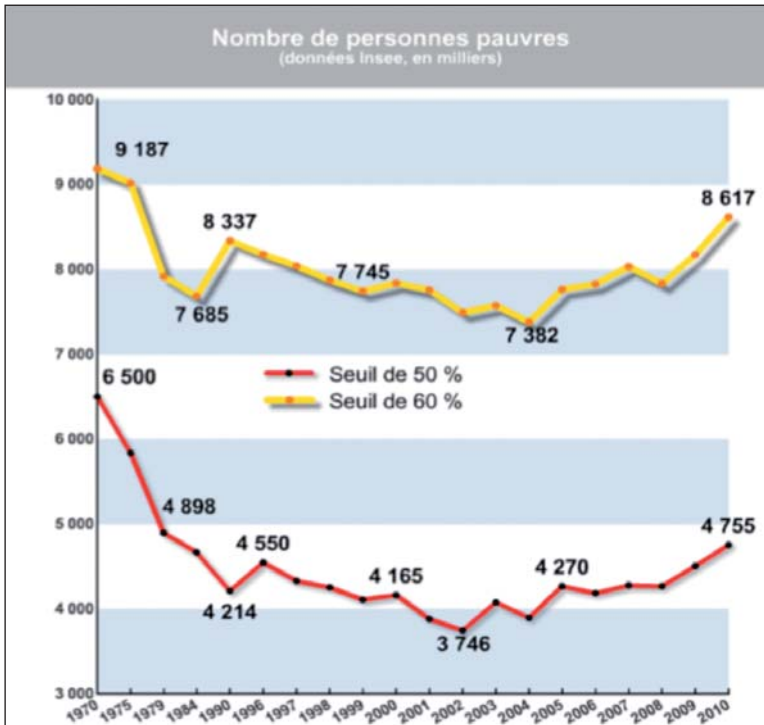
Source : bilan du Source : Bilan du Monde 2013. Page 46

ÉVOLUTION DE LA PAUVRETÉ DANS LES ANNÉES RÉCENTES

L'Observatoire des Inégalités (7) a publié des tableaux et un graphique permettant de déterminer l'évolution de la pauvreté en France à partir des statistiques de l'INSEE. En 2010, notre pays comptait, en retenant comme seuil de pauvreté 50% du revenu médian (8), 4,8 millions de pauvres soit un taux de 7,8%. (Seuil : 803 € mensuels pour une personne seule). A la même date, avec un seuil de 60%, ce chiffre s'élevait à 8,6 millions, soit un taux de pauvreté de 14,1%. (Seuil : 964 € mensuels pour une personne seule).

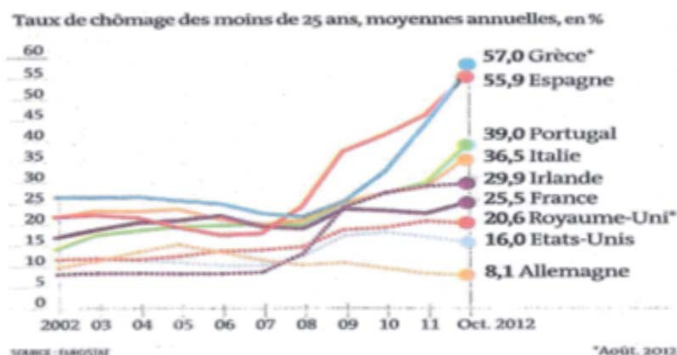
On observera que si la pauvreté a diminué jusqu'au milieu des années 1990, elle est ensuite restée stable jusqu'au début des années 2000. Depuis 2002, le nombre de personnes pauvres, en appliquant le seuil de 50 % a augmenté d'un million (+ 27 %) et, en appliquant le seuil de 60 %, de 1,1 million (+ 15 %). Les taux sont passés respectivement de 6,5 à 7,8 % et de 12,9 à 14,1 %.

La traduction en courbe de la montée de la précarité



Source : Observatoire de la pauvreté.
<http://www.inegalites.fr/spip.php?article270>

La pauvreté affecte tout particulièrement les jeunes qui subissent fortement le chômage



Source : Bilan du Monde 2013. Pages 35 et 39

La pauvreté conduit à limiter les dépenses de logement ou à subir des dépenses qui pèsent lourdement sur le “reste à vivre”.

Il y avait 3,6 millions de mal logés en France en 2012 dont : 2 778 000 personnes vivant dans des conditions très difficiles. 685 116 personnes privées de domicile personnel dont 133 000 sans domicile fixe. 172 000 personnes en situation d'occupation précaire

L'endettement des ménages a fortement augmenté : taux en pourcentage du revenu disponible brut : 2000 : 52,16% - 2010 : 78,86%

Perspectives de l'évolution de la pauvreté : caractère paradoxal de la situation française.

L'aggravation importante du chômage, les remontées, en termes d'information, des associations d'entraide montrent que la situation des plus pauvres et de ceux qui le deviennent est devenue alarmante.

Pourtant, la France a, actuellement, moins de pauvres que bon nombre de ses voisins. Ce qui signifie que, pour l'heure, les amortisseurs sociaux gardent leur utilité même si le coût de ces amortisseurs rend problématique leur efficacité à venir.

Quels sont les faiblesses et les atouts de la France au regard de la crise actuelle s'agissant de la résorption de la pauvreté ?

Faiblesses : la France a connu un déclin industriel, pour avoir, pour l'essentiel, misé sur des produits de gamme moyenne, aujourd'hui très concurrencés par les fabrications extérieures, surtout chinoises, ce qui explique son recul en matière d'exportations. Plus généralement, elle a subi, notamment par rapport à l'Allemagne, une perte de compétitivité en raison de l'alourdissement des charges fiscales et sociales qui pèse sur les résultats et les investissements des entreprises. Il lui est aussi reproché, au plan européen, un laxisme budgétaire répétitif dont l'origine est, hélas, ancienne, ce laxisme conduisant à une charge excessive de la dette.

Atouts : Les équipements publics et les services publics restent de bonne qualité et la France continue à attirer des investissements étrangers⁽⁹⁾. La démographie reste bonne⁽¹⁰⁾. La main d'œuvre est jugée de qualité. Le pays compte des grandes entreprises performantes⁽¹¹⁾. Elle est, s'agissant des dépôts de brevets, au deuxième rang, sur le plan européen derrière l'Allemagne. Il existe des secteurs d'excellence (aviation, atome, informatique notamment...). L'activité touristique reste soutenue, la France étant la première destination mondiale. Enfin, la création d'un crédit d'impôt de 20 milliards d'euros pour les entreprises devrait faire évoluer la situation des entreprises.

La France vit une période de son histoire particulièrement importante. Si elle parvient à atténuer puis à corriger ses défauts, et si l'Occident redémarre sur le plan économique, la pauvreté devrait reculer... Sinon, le pire est à craindre.

Au niveau régional

En France, les départements du Nord et du Sud sont les plus touchés par la pauvreté et les inégalités⁽¹²⁾. Plus précisément, les taux de pauvreté sont les plus élevés en Languedoc-Roussillon, en Provence-Alpes-Côte d'Azur, dans le Nord et en Seine-Saint-Denis.

S'agissant du rapport entre le niveau de vie plancher des 10 % d'individus les plus aisés et le niveau de vie plafond des 10 % les plus pauvres, il va de 2,6 pour la Mayenne, département où il est le plus faible, à 5,1 pour Paris, où il est le plus élevé. Le Gard, l'Hérault et les Pyrénées Orientales⁽¹³⁾ ont un rapport parmi les plus élevés en France (entre 3,1 et 5,1). L'Aude se situe un peu au-dessous : 2,9 à 3,1.

S'agissant du taux de pauvreté, tous les départements de la Région se situent au-dessus de la moyenne nationale qui est de **11,7%**. Plus précisément, ce taux fluctue entre 14,6% et 18,6%.

Pour ce qui est de la part des minima sociaux dans le revenu disponible des ménages par département, pour une moyenne nationale s'élevant à 1,3%, les départements de la région se situent au-dessus de cette moyenne, (sauf la Lozère), à plus de 1,8%. Tel est le cas également pour les Bouches-du-Rhône⁽¹⁴⁾. S'agissant de la situation dans l'Hérault : "...en 2006, le département de l'Hérault compte 26 500 allocataires travailleurs pauvres. En incluant leurs ayants droit, l'ensemble de la population couverte est de 62 000 personnes dont 27 000 enfants". [La population officielle actuelle de l'Hérault est de 1 001 041 habitants]

Dans la population des ménages allocataires des Caisses d'Allocations Familiales, les familles monoparentales, les personnes seules et les jeunes sont particulièrement exposés au risque de pauvreté monétaire. Les prestations familiales

qu'ils perçoivent représentent, en moyenne, le quart de leurs revenus. Et, malgré les aides au logement, l'effort financier pour se loger reste élevé pour cette catégorie de population. **La faible part des revenus du travail est une des causes principales de la pauvreté financière.** Parmi l'ensemble des salariés héraultais, 52 700 perçoivent un revenu inférieur à 60 % du SMIC, soit environ 7 000 € net annuel. Ce bas niveau de salaire est lié à un recours plus fréquent à des emplois à temps partiel. Les salariés à bas revenus sont plus nombreux dans le secteur des services et dans les établissements de petite taille. Ces emplois, peu qualifiés, sont plus souvent occupés par des jeunes et des femmes.

Les plus fortes proportions de ménages en situation de pauvreté financière se situent dans les trois grandes villes du département ; Montpellier, Béziers et Sète, ainsi que dans certains cantons du nord du département. A l'inverse, les cantons de la périphérie de ces villes, même éloignés, sont moins concernés.

I.3 – COMMENT IDENTIFIER LES PERSONNES PRÉCAIRES DANS UNE ENQUÊTE METTANT EN CORRÉLATION LA PRÉCARITÉ ET UNE PATHOLOGIE

L'enquête que nous avons conduite, en Languedoc, sur la "précarité et le diabète" reposait sur des entretiens "en face à face". Elle impliquait une sélection des personnes ayant de fortes probabilités de se situer dans le champ de la précarité.

Pour les grands précaires, le recrutement ne posait guère de difficulté car ils fréquentent, par la force des choses, des institutions d'assistance, comme la Croix Rouge, Médecins du Monde et d'autres centres spécialisés. Pour les autres, leur approche était un peu plus difficile. En définitive, avec l'accord du Président du Conseil Général de l'Hérault, les enquêtrices sont intervenues dans les bureaux d'accueil des services en charge du R.M.I. puis du R.S.A. situés dans les antennes de cette collectivité.

Cette méthode s'est avérée efficace et a été utilisée avec profit. Encore fallait-il évaluer le degré de précarité des personnes rencontrées.

Les difficultés d'une évaluation directe de la précarité

Les conditions du questionnement des personnes rencontrées dépendant de leur plus ou moins bon vouloir, de leur disponibilité et de leur attitude vis-à-vis de cette étude, il était très problématique de tenter une évaluation directe de leurs revenus. Outre le fait que les interroger sur ce point pouvait apparaître indiscret et risquait d'impliquer des réponses approximatives, ce mode opératoire paraissait assez difficile à maîtriser.

De même, le niveau d'éducation ne saurait, dans la société actuelle, refléter à coup sûr le risque de précarité. **Dans notre étude, 17,9 % des plus grands précaires ont fait des études secondaires et 15,7% ont un bagage universitaire.** Cela s'explique probablement par l'aggravation du chômage qui concerne de plus en plus des adultes jeunes diplômés et une population immigrée avec ou sans papiers dont le parcours universitaire s'est effectué dans leur pays d'origine, voire en France.

Le lieu de résidence souvent choisi comme critère de précarité dans plusieurs publications anglo-saxonnes peut être un indicateur lorsqu'il existe dans une cité une ségrégation géographique marquée entre les classes sociales mais cela n'est pas valable pour toutes les villes, en particulier celles qui ont établi un plan de mixité sociale.

On a donc eu recours à un mode d'évaluation indirect qui a fait ses preuves : le score EPICES

Le recours à un mode indirect d'appréciation de la précarité : le score EPICES

Imaginé, en France, par les centre d'examen de santé (CES) ⁽¹⁵⁾ en 1998, le score EPICES est, aujourd'hui, d'un usage courant dans les enquêtes sur la précarité. Il repose sur des questions permettant de mesurer l'existence ou la non-existence de précarité, sur l'indexation des réponses selon un barème établi au fil de l'expérience et sur le classement en quintile des personnes concernées, le cinquième quintile regroupant les personnes les plus précaires. Au préalable, il est à noter que ce score EPICES est largement utilisé après avoir été validé par des études portant sur des effectifs importants.

Dans ce score, constituent des indicateurs de précarité le fait, pour une personne,

- de rencontrer souvent un travailleur social,
- de ne pas bénéficier d'une assurance complémentaire,
- de ne pas vivre en couple,
- de ne pas être propriétaire de son logement,
- de connaître, au cours du mois, des périodes de réelles difficultés financières pour faire face à ses besoins,
- de ne pas avoir fait de sport ou de ne pas avoir pas été au spectacle au cours des douze derniers mois,
- de ne pas être partie en vacances durant la même période,
- de n'avoir eu, au cours des six derniers mois, aucun contact avec des membres de sa famille autres que ses parents ou enfants,
- de n'avoir, en cas de difficultés, aucun membre de son entourage sur qui compter pour l'héberger quelques jours en cas de besoin, ni pour obtenir une aide.
- en cas de difficultés, de ne pouvoir compter aucune personne dans son entourage sur qui s'appuyer pour recevoir une aide matérielle

Toutes ces circonstances réunies signent, incontestablement, une grande précarité. Plus le score est élevé (maximum : 100), plus la situation est précaire. Bien entendu, il existe un grand nombre de situations intermédiaires entre la situation la plus défavorable qui vient d'être décrite et celle d'une personne qui a une bonne situation et des relations sociales normales. Pour tenir compte de la gamme possible de réponses, on les range, comme on l'a signalé ci-dessus, en cinq quintiles allant de la situation la plus favorable (premier quintile) à celle qui l'est le moins (cinquième quintile). La population enquêtée relevait du quatrième et du cinquième quintile.

I.4 – LES MOYENS MIS EN ŒUVRE POUR LUTTER CONTRE LA PRÉCARITÉ

L'action des Pouvoirs Publics

Dans le domaine de la pauvreté, le rôle de l'Etat consiste, d'abord, à se donner les moyens de contribuer à établir un minimum de prospérité pour que la pauvreté recule le plus possible. L'expérience démontre que les hommes politiques ont de plus

en plus de mal à agir sur la réalité nationale lorsque celle-ci dépend pour une large part, de données économiques mondiales. Le volontarisme de l'Etat trouve vite ses limites dès lors que la libre entreprise constitue le moteur essentiel de l'économie.

Mais il appartient traditionnellement à l'Etat, dans la plupart des démocraties occidentales dont la France, de protéger les sujets les plus vulnérables et notamment les personnes âgées, malades, isolées, d'encourager la natalité en partant de l'idée qu'une nation jeune est plus dynamique et donc plus riche qu'une nation vieillissante. Il lui appartient d'assurer un bon niveau d'éducation et de formation, une bonne qualité des services publics

Tel était l'objet de "l'Etat-providence" défini notamment par le programme du Conseil National de la Résistance du 15 mars 1944, source d'inspiration de l'action économique et sociale de l'Etat durant les "Trente Glorieuses".

Le coût de ces mesures essentiellement sociales est particulièrement élevé et la crise que nous vivons menace cet édifice qui tend à se lézarder. D'où l'intérêt porté en France pour les expériences canadiennes et scandinaves tendant à faire coïncider une forte protection sociale avec une libéralisation du marché.

Peut-on imaginer une crise à ce point dramatique que la dégradation financière de la situation de l'Etat le conduirait à perdre tout moyen de contenir un appauvrissement général qui emporterait tout ce qui permet une vie collective décente ? Cette "précarisation" de l'Etat ne peut être *a priori* exclue (cf. la situation actuelle de la Grèce). On peut raisonnablement espérer que la solidité intrinsèque de la plupart des économies européennes et les mécanismes de solidarité qui ont été mis récemment en place au plan européen permettront d'éviter une telle situation...

Pour l'heure, la priorité est à des mesures pratiques de relèvement des minima sociaux et à l'insertion des jeunes dans le monde du travail. Le Gouvernement, à l'occasion de la récente conférence nationale contre la pauvreté et pour l'inclusion nationale qui s'est tenue à Paris les 10 et 11 décembre 2012 ⁽¹⁶⁾, a indiqué qu'un certain nombre de mesures financières seront adoptées dans le cadre d'un pacte de solidarité d'un coût de 2 à 2,5 milliards d'euros par an d'ici la fin du quinquennat.. (relèvement de 10% du RSA, extension de la CMU-C à 500 000 bénéficiaires supplémentaires en sus des 4 millions de Français ou étrangers en situation régulière vivant avec moins de 7.934 euros par an, expérimentation en 2013 d'un dispositif "garantie jeune" qui consiste à proposer aux jeunes sans diplômes ni formation un contrat de travail d'un an renouvelable, durant lequel ils seront suivis par un accompagnateur).

Rôle des associations d'aide aux personnes victimes de la pauvreté

Ces associations jouent un rôle décisif dans l'aide apportée aux personnes démunies. Les plus importantes d'entre elles sont les Banques Alimentaires, La Croix-Rouge, le Secours Catholique, le Secours Populaire, Médecins du Monde, les Restaurants du cœur, et bien d'autres animées par un très grand nombre de bénévoles. Tous ces organismes sont aidés par les Pouvoirs Publics à travers la défiscalisation des dons des contribuables et bénéficient, pour les plus importants d'entre eux ⁽¹⁷⁾ d'une aide européenne, au titre de la Politique Agricole Commune. Le principe de ce financement européen a été remis en cause à la suite d'une décision de la Cour de Justice Européenne. Le sort de ces versements effectués par le Fonds européen pour les plus démunis (P.E.A.D.) reste incertain, la justice européenne estimant que cette aide relève des Etats et non de l'Union Européenne.

Pour illustrer l'importance du rôle de ces associations, on indiquera, par exemple que **les Restaurants du Cœur** ont, au cours de l'hiver 2011/2012, distribué près de 113 000 000 de repas à 817 000 personnes. Leurs responsables notent que leur clientèle évolue : ils accueillent de plus en plus de personnes victimes des "accidents de la vie", ou qui relèvent de contrats précaires, des travailleurs pauvres ainsi que des jeunes de moins de 25 ans ne disposant pas du RSA ou des retraités ne disposant que du minimum vieillesse...

A noter également une autre institution originale d'aide indirecte aux précaires, les Banques Alimentaires.

La Banque Alimentaire de l'Hérault figure parmi les banques alimentaires françaises les plus importantes. Elle a indirectement en charge une partie des personnes qui ont fait l'objet de notre enquête en alimentant les organismes publics (Comités Communaux d'aide sociale : CCAS) ou associatifs (Croix-Rouge, Secours Catholique, Secours Populaire etc. à l'exception des Restaurants du Cœur qui s'approvisionnent directement). Elle bénéficie, comme la Croix-Rouge, les Restaurants du Cœur, le Secours Populaire de crédits européens ci-dessus évoqués, de produits collectés auprès du public à la sortie des supermarchés au cours d'une collecte intervenant chaque mois de novembre et de produits mis à sa disposition quelques jours avant la péremption par les grandes surfaces et redistribués aussitôt⁽¹⁷⁾. Elle manifeste, un réel souci de varier son offre afin de favoriser, dans la mesure du possible l'élaboration, par les Centres Communaux d'Action Sociale (C.C.A.S.) et les associations d'accueil, de repas équilibrés. Enfin, dans le même esprit, elle a mis sur pied une action de formation diététique à l'usage des usagers, des personnes précaires, en s'appuyant sur ces mêmes C.C.A.S. et ces associations dont il a été question ci-avant. Cette opération ("ateliers cuisine itinérants") a pour but de redonner à ces personnes le goût de faire de la cuisine en respectant les recommandations du "**programme national nutrition santé**".

II – LA PRÉCARITÉ.

QUELLES CONSÉQUENCES SUR LA SANTÉ ?

La réponse à cette question suppose une claire perception de la santé pour mieux appréhender son rapport avec la précarité. Socrate en soulignait, déjà, l'importance mais sans en préciser le substrat et dès le VII^e siècle elle était personnifiée par la déesse Higeia, fille d'Asclépios, le dieu de la médecine. Higeia était la déesse de l'hygiène alors que sa sœur Panacée symbolisait la médecine curative. Apparaissaient déjà les deux composantes de l'art de guérir, la prévention et la thérapie. A la fin du V^e siècle AC, Hippocrate situait la santé au point d'équilibre entre l'homme et son milieu préfigurant Alexis Carrel qui affirmait que "la santé est beaucoup plus que l'absence de maladie".

Pour l'Organisation Mondiale de la Santé (1946),⁽¹⁸⁾ elle est "*un état de complet bien être physique, mental et social qui ne consiste pas seulement en l'absence de maladie ou d'infirmité*". Selon la charte d'Ottawa (1986)⁽¹⁹⁾, "*La santé exige un certain nombre de conditions préalables, l'individu devant pouvoir notamment : se loger, accéder à l'éducation, se nourrir convenablement, disposer d'un certain revenu, bénéficier d'un écosystème stable, compter sur un apport durable de ressources, avoir droit à la justice sociale et à un traitement équitable*".

L'OMS et la charte d'Ottawa ⁽²⁰⁾ soulignent ainsi l'importance des facteurs environnementaux et de la qualité de vie dans une conception pluridimensionnelle de la santé.

Les conséquences de la précarité sur la santé sont d'autant plus prévisibles que l'on connaît mieux ses déterminants sociaux. Ces derniers sont au nombre de dix selon Wilkinson et Marmot :

- 1) **Inégalités dans l'espérance de vie liées au degré de précarité.** De nombreuses études confirment effectivement que l'espérance de vie est plus courte au bas de l'échelle sociale.
- 2) **Le stress** qui joue un rôle reconnu dans la genèse de multiples désordres physiologiques.
- 3) **La petite enfance;** les premières années de l'existence sont capitales pour le développement psychique et somatique à l'âge adulte.
- 4) **L'exclusion sociale.** Chômeurs, migrants, handicapés, sans abri connaissent beaucoup plus de problèmes de santé.
- 5) **Les conditions de travail** dont la dangerosité et la pénibilité aggravent les risques d'accident et diminuent d'autant l'espérance de vie.
- 6) **Le chômage,** source de stress, avec une compensation apportée par de multiples addictions.
- 7) **Le soutien social** qui facilite l'insertion et restaure la confiance en soi.
- 8) **Les addictions souvent multiples** (alcool, drogue, tabac) dont l'effet dévastateur est largement démontré.
- 9) **L'alimentation** à toutes les étapes de la vie.
- 10) **Les transports.** Les plus écologiques réduisent les accidents et diminuent la pollution.

A cette liste, on peut ajouter le **logement** dont l'insalubrité peut générer des maladies respiratoires ou des intoxications par l'oxyde de carbone. **Le bruit** lorsqu'il dépasse des limites acceptables peut être la source de troubles auditifs ou neuro-psychiques.

Par quels mécanismes agissent les déterminants sociaux sur la santé ? L'explication est aisée voire évidente pour certains, par exemple les affections dermatologiques liées au manque d'hygiène chez les sans domicile vivant dans la rue. Dans ce cas, il s'agit d'une relation claire de cause à effet. D'autres mécanismes sont plus complexes mais leur connaissance n'est pas sans intérêt car elle peut apporter un éclairage sur des problèmes de santé encore mal élucidés. Ce sont, entre autres, les conséquences des troubles nutritionnels sur le développement du fœtus. De récents travaux expérimentaux ont confirmé que la composition des apports alimentaires peut modifier l'expression des gènes sans que la structure du génome ne soit elle-même altérée. Ce phénomène est particulièrement important lors de la conception et durant les premières semaines de la vie intra utérine. Ses effets s'expriment, non seulement sur la descendance immédiate, mais sont transmissibles aux générations futures. La connaissance de ce processus appelé épigénétique conduit à apporter la plus grande attention à l'environnement nutritionnel au cours de la grossesse et durant la période péri-conceptionnelle. Lorsqu'il est défavorable, il peut entraîner de fâcheuses conséquences sur le développement et l'avenir de l'enfant.

La santé a connu des progrès considérables au cours du XX^e siècle avec un accroissement spectaculaire de l'espérance de vie. Mais il faut souligner que ce bénéfice, s'il doit beaucoup aux progrès remarquables de la médecine, est aussi lié aux avancées socio-économiques qui ont marqué cette période.

II.1 – PRINCIPALES AFFECTIONS CONSÉQUENCES DE LA PRÉCARITÉ

Comme cela a été exposé, la précarité est un puzzle avec de multiples composantes qui peuvent, chacune à sa manière, déterminer des perturbations dans l'équilibre physiologique et psychologique de l'individu. Par ailleurs, les pathologies observées seront conditionnées par le degré de précarité. A titre d'exemple, un sujet vivant dans la rue, exposé aux intempéries et aux risques de la circulation, sera plus souvent victime de complications infectieuses, de maladies de peau ou de traumatismes qu'un chômeur qui possède un toit pour s'abriter.

On peut classer les affections les plus fréquemment observées chez les précaires en fonction des principaux facteurs déterminants.

1a- Compensation au mal vivre et à l'isolement social

- *Addictions* : alcool, tabac, toxicomanies, dans lesquelles se réfugie l'individu qui ne voit aucune issue à ses difficultés matérielles, à sa solitude sociale et psychologique avec une consommation importante d'antidépresseurs et de tranquillisants.

- *Troubles du sommeil et du comportement* avec un refus des soins, une agressivité, aggravée par les addictions, source de multiples traumatismes.

1b- Absence de soins et d'hygiène

Cette situation s'observe majoritairement chez les grands précaires qui refusent souvent toute assistance avec un désintéressement marqué pour leur propre corps. Mais, cette attitude se rencontre aussi dans des états de moindre précarité où les personnes font passer au second plan les messages de santé et de prévention privilégiant leurs préoccupations économiques. Ces négligences, dans un environnement défavorable, conduisent à l'émergence de multiples pathologies qui n'ont rien de spécifiques si ce n'est leur plus grande fréquence chez les précaires. La liste suivante résume les principales.

Pathologies dermatologiques : gale, ulcères, pédiculose. **Maladies infectieuses**, avec la recrudescence de la tuberculose et l'explosion d'affections virales (hépatite C, VIH). **Intoxications à l'oxyde de carbone, saturnisme, maladies respiratoires**, induits par des conditions de logement insalubres. **Affections dentaires, rhino-pharyngées et pulmonaires**, facilitées par le manque d'hygiène, le tabagisme, une mauvaise nutrition. **Pathologie digestive** très fréquente, fonctionnelle ou organique, entretenue par le stress, une mauvaise alimentation, les problèmes dentaires, les multiples addictions. **Troubles psychologiques** de toute nature aboutissant parfois à des situations dramatiques et des conflits violents. **Pathologie traumatique** à laquelle sont particulièrement exposés les sans abris. **Pathologies de la grossesse** beaucoup plus fréquentes chez les femmes pauvres. **Anomalies du développement psychique et somatique** avec de multiples handicaps chez les enfants précairisés.

II.2 – LES AFFECTIONS DE SURCHARGE, UN NOUVEL ASPECT DE LA PRÉCARITÉ

Au cours des siècles passés, la précarité était très répandue mais dépendait plus que maintenant des aléas climatiques et agricoles, des difficultés de transport des marchandises, et voyait ses conséquences aggravées par les guerres et les épidémies qui ravageaient des contrées entières. De graves famines en étaient la conséquence. Ces situations ont heureusement disparu dans les nations industrialisées qui connaissent une autre forme de pauvreté moins spectaculaire mais, malgré tout, préoccupante en raison de ses conséquences redoutables sur la santé. On observe, actuellement, dans les populations défavorisées, la progression de nouvelles pathologies d'origine nutritionnelle, entre autres le diabète qui connaît un développement épidémique. Plusieurs composants de la précarité s'associent pour faciliter l'émergence d'un diabète de type 2 : en premier la mauvaise qualité de l'alimentation et la déstructuration des lieux et horaires des repas avec un abus fréquent de boissons sucrées, en second la sédentarité accentuée par le chômage et la fréquence des états dépressifs observés dans ces populations précaires ; d'autres facteurs ont été invoqués, les grossesses mal programmées avec une surveillance négligée, le stress, le tabagisme et les troubles du sommeil qui modifient la sécrétion des hormones et des circuits nerveux régulant l'appétit.

PROGRESSION DU DIABETE DE TYPE 2 EN FRANCE METROPOLITAINE ET DANS LES DOM-TOM

Données épidémiologiques (Bull. Epid. Hebd., 2009, 42-43, 449-72)

- **Nombre :** 2.2 M (92% des DS)
- **Prévalence :** Métropole:3.8% (Antilles : 10%- La Réunion :17%- Polynésie: 20%)
- **Incidence :** 3%/ an
- **Inégalités géographiques :** gradient N-S et E-O
- **Apparition du DT2 chez les enfants obèses**
(Paris : 5.2% La Réunion : 8.5%)
- **Nombre important de DT2 méconnus et de sujets à risque de diabète.**

LES MALADIES DE SURCHARGE: NOUVELLES CONSEQUENCES DE LA PRECARITE

Diabète de type 2, surcharge pondérale, syndrome métabolique associant en proportion variable:

- obésité abdominale, hypertension artérielle, hyper-triglycéridémie, anomalies glycémiques.

Risque cardio-vasculaire

Le diabète et ses conséquences

- **1- Risque vital.**
 - Comas, accidents cardiaques et cérébro-vasculaires.
- **2- Altération de la qualité de vie.**
 - Insuffisance rénale, lésions rétinienes, neuropathie, lésions podologiques, perte d'autonomie.
- **3-Retentissement socio-professionnel.**
- **4-Coût pour la société.**

Le diabète, lorsqu'il est tardivement dépisté ou mal pris en charge, hypothèque gravement l'avenir des patients et grève sérieusement les dépenses de santé. Son coût annuel essentiellement lié à ses complications et aux hospitalisations dépassait 12 milliards d'euros en 2009.

COUT DU DIABETE DE TYPE 2 EN FRANCE

Dépenses annuelles (2007)

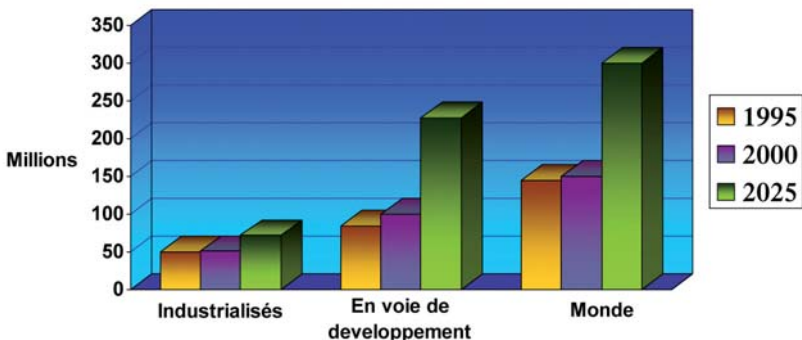
(Jaffiol C. Bull. Acad. Nation. Med., 2009,193, 1645-61)

- Remboursements de l'Assurance maladie : 12.9 Milliards d'Euros :
- - hospitalisations (5)
- - médicaments (3.3)
- - soins paramédicaux (1.2)
- - honoraires médicaux (0.9)
- 10 % des diabétiques concentrent 50% des dépenses
- Evolution depuis 2001 : + 5.6 Milliards
- Dépenses individuelles : 5400 Euros
- Prise en charge (Assurance Maladie): ALD à 100% (84% des patients)-
CMU (5%)

Cette évolution s'observe de manière encore plus rapide et spectaculaire qu'en Occident dans les pays en voie de développement et explosera à l'horizon 2025. Le diabète, autrefois rare en Afrique tropicale, y connaît déjà une expansion considérable.

L'épidémie de diabète de type 2

Nombre de diabétiques dans le monde Prévisions à 30 ans



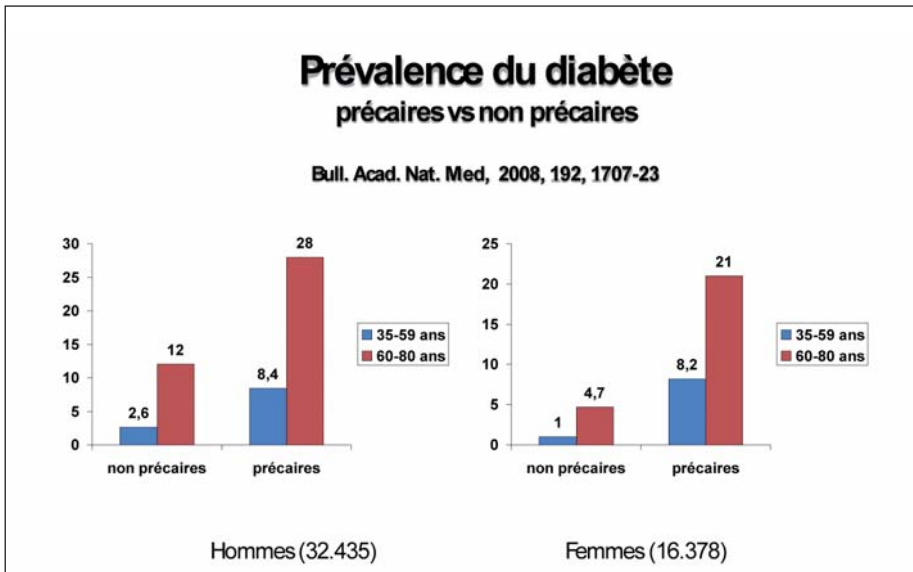
OMS—H. King, et al. Diabetes Care 1998

Cette situation est catastrophique pour les budgets de ces pays qui ne peuvent faire face à cette nouvelle épidémie qui ajoute ses effets désastreux à celui des maladies transmissibles toujours présentes telles le paludisme, la tuberculose, le VIH. Cette mutation pathologique est la conséquence de multiples facteurs, vieillissement de la population, bas niveau d'éducation, urbanisation rapide entraînant une transition nutritionnelle défavorable, sédentarisation. Tous aggravent le rôle joué par la précarité très présente dans ces populations. A côté de ces facteurs essentiels, certains auteurs ont mis en avant le rôle des famines qui ont affecté dans un passé récent certains pays du tiers monde. Elles pourraient avoir contribué indirectement à l'épidémie de diabète et d'obésité qui se développe actuellement. Cette conception s'appuie sur la théorie de Barker fondée sur l'observation que les enfants victimes d'une souffrance intra utérine avec un petit poids de naissance, comme c'est fréquent au cours des épisodes de disette, présenteraient ultérieurement une incidence accrue de désordres métaboliques avec surcharge pondérale, diabète et hypertension artérielle transmissibles à la descendance. Cette hypothèse est actuellement confortée par les apports de l'épigénétique qui mettent en évidence l'importance de l'équilibre alimentaire du couple, lors de la conception et durant la grossesse, sur le devenir des générations futures.

L'étude présentée dans le chapitre suivant illustre la place importante prise par le diabète dans les populations précarisées de notre région.

II.3 – DIABÈTE ET PRÉCARITÉ. A PROPOS D'UNE ENQUÊTE EN LANGUEDOC.

Une étude conduite avec le professeur L. Guize (21) en Ile-de-France avait confirmé la prévalence accrue du diabète, de l'obésité et du syndrome métabolique dans les populations défavorisées, proportionnelle au degré de précarité évalué par le score EPICES.



Toutefois, ce travail n'apportait pas d'information sur la prévalence des états prédiabétiques ni sur les conséquences de la précarité sur la prise en charge et le vécu de la maladie.

Pour préciser ces données manquantes, nous avons engagé une enquête à Montpellier et à Narbonne après avoir obtenu les accords du Comité de protection des personnes de Montpellier et de la CNIL. Nous rapportons ci-après les points essentiels de cette étude.

Nos objectifs étaient :

- de **recruter une population plus ou moins précaire**, d'analyser ses caractères, ses conditions de vie socio économiques, ses comportements alimentaires et son statut glycémique en fonction du degré de précarité évalué par le score EPICES ;
- **de déterminer les conséquences de la précarité** et de ses composantes socio-économiques et alimentaires sur le dépistage du diabète, sur l'équilibre glycémique, le suivi, la prise en charge, le vécu de la maladie dans une population diabétique de type 2 (DT2).

Pour réaliser cette étude, nous avons recueilli, en ambulatoire, à Montpellier, une série de données par l'examen clinique et par questionnement direct chez 1686 sujets. *Le degré de précarité a été évalué par le score EPICES (5 paliers : Q1/Q3 non ou peu précaires, Q4 précaires, Q5 très précaires).* Sur l'ensemble des sujets recrutés, ont été calculés ou mesurés le pourcentage de diabètes déclarés et découverts, d'hyperglycémies intermédiaires, d'antécédents de diabète gestationnel, de fumeurs, la tension artérielle (TA), l'indice de masse corporelle (IMC), le tour de taille (TT). Ces valeurs ont été comparées en fonction du degré de précarité. *Les données socio-économiques et alimentaires* ont été collectées chez 564 sujets représentatifs de la population générale (diabétiques déclarés ou découverts, hyperglycémies intermédiaires, témoins normo-glycémiques). Leurs valeurs ont été comparées entre sujets non ou peu précaires et précaires. *Dans la population des diabétiques déclarés (n= 163)*, de nombreuses données caractérisant le diabète ont été comparées entre précaires et non ou peu précaires. L'exploitation statistique a recouru aux tests paramétriques usuels avec ajustement sur les facteurs de confusion et à une analyse multivariée lorsque cela était nécessaire.

Les résultats

Avant 65 ans, le pourcentage de diabètes connus est plus élevé chez les précaires que chez les non ou peu précaire (6,9% vs 4,4%). Il en est de même pour les hyperglycémies intermédiaires répondant à un état prédiabétique (22,8% vs 19,5%), ces deux résultats s'inversant après 65 ans.

L'enquête socio-économique et alimentaire confirme que la population la plus précaire est plus jeune, masculine, célibataire, avec un fort taux de tabagisme et un niveau d'instruction secondaire et universitaire supérieur à celui des non précaires. Leur indice de masse corporelle (IMC) et leur tour de taille (TT) sont plus importants. Le groupe le plus précaire présente d'importantes différences avec le groupe des non ou peu précaires : fréquence des affections dentaires, difficultés socio économiques, alimentation carencée en poisson, viande, légumes verts, fruits, laitages et fromages et une surconsommation de féculents et de sodas sucrés, recours à l'aide alimentaire.

Les conséquences de la précarité sur le diabète ont été étudiées chez 161 sujets. Chez les plus précaires, le dépistage du diabète a été opéré moins souvent ; il est moins bien équilibré avec plus d'hypoglycémies, de comas et une HbA1c (22) plus élevée. Les patients précaires présentent plus de problèmes podologiques et dentaires que les non précaires. Ils sont plus souvent dépourvus de régime et de traitement et plus rarement sous insuline. Ils consultent moins fréquemment le généraliste, le cardiologue, le dentiste et respectent moins souvent le contrôle biologique biennuel jugé indispensable. Ils sont demandeurs d'éducation. Leurs conditions de vie socio économiques et alimentaires sont défavorables et le recours à l'aide alimentaire beaucoup plus fréquent que chez les non ou peu précaires avec des difficultés pour se déplacer. Les repas sont irréguliers et le grignotage fréquent. Leur maladie est mal vécue avec un important pourcentage d'états anxio-dépressifs à l'origine desquels la précarité joue un rôle déterminant sensibilisé par les hypoglycémies. La précarité et plusieurs de ses composants socio-économiques contribuent à influencer défavorablement l'équilibre glycémique avec une relation démontrée entre le taux d'hémoglobine glyquée (HbA1c) et certains paramètres (étude multivariée).

Cette étude confirme les difficultés socio-économiques d'une population précarisée, jeune et souvent instruite ce qui reflète la gravité du chômage, même dans ce milieu. La précarité et ses diverses composantes influent défavorablement sur le dépistage précoce, la prise en charge, le suivi et le vécu de la maladie. Malgré tout, un pourcentage important de diabétiques précaires sont demandeurs d'éducation. *Il convient de souligner le taux important de sujets prédisposés au diabète parmi les précaires confirmant l'importance de leur dépistage pour engager une action préventive.*

II.4 – QUELLES SOLUTIONS PROPOSER ?

La précarité est un mal de société dépendant de nombreuses causes conjoncturelles et économiques sur lesquelles les professions de santé et les travailleurs sociaux ont peu de prise. Toutefois de multiples initiatives publiques et privées confirment la possibilité de lutter contre les facteurs responsables et leurs conséquences. On doit saluer le dévouement des nombreux volontaires qui animent de multiples structures caritatives et le rôle capital de la banque alimentaire. Malgré ce, il faut souligner les difficultés des “ *petits précaires* ” de plus en plus nombreux qui ne bénéficient pas de la gratuité totale des soins comme les grands précaires. Il serait souhaitable que soit instaurée pour eux une mutualisation gratuite en complément des remboursements de la Sécurité Sociale.

II.4.1 – Propositions faites aux Pouvoirs Publics sous l'égide de l'Académie Nationale de Médecine

L'expérience que nous avons acquise et les conclusions de notre enquête nous ont conduits à faire une série de propositions destinées à améliorer le dépistage du diabète, sa prise en charge, tout en demandant aux instances européennes le maintien des subventions alimentaires si importantes pour la survie de ces groupes sociaux. Voici la liste de ces recommandations qui ont été officiellement communiquées aux responsables gouvernementaux.

Recommandations à caractère médical et nutritionnel

- 1) Renforcer le dépistage des états pré-diabétiques et du diabète dans les milieux défavorisés pour assurer une meilleure prévention et une prise en charge plus précoce ;
- 2) Informer les praticiens des risques graves liés à l'usage de certains médicaments hypoglycémifiants, entre autres les sulfamides, chez les diabétiques en grande précarité ;
- 3) Améliorer l'alimentation des diabétiques **précaires** par l'éducation et par une fiche d'information simple et imagée. Une meilleure prise en charge de leurs besoins spécifiques devrait être mise en œuvre par les institutions caritatives responsables de la distribution des colis et des repas.

Recommandations à caractère pédagogique

- 1) Former les personnels non médicaux accueillant des précaires afin de les impliquer dans leur éducation pour leur faire comprendre l'intérêt du dépistage du diabète et les alerter sur ses complications, en particulier celles touchant les pieds et de la rétine ;
- 2) Introduire une formation médico-psycho-sociale adaptée aux problèmes des personnes précaires dans le cursus des personnels de santé ;
- 3) Inciter, par des affiches éditées en plusieurs langues, les personnes précaires à se renseigner sur leurs problèmes de santé et les choix alimentaires auprès des personnes qui les accueillent habituellement (épiceries et restaurants sociaux, assistantes sociales).

Recommandations à caractère social et économique

- 1) Comprendre et essayer d'agir sur les causes mêmes de la précarité ;
- 2) Assurer aux précaires la gratuité des soins médicaux, dentaires et podologiques et un accès libre aux transports publics ;
- 3) Maintenir les subventions aux organismes caritatifs pour perpétuer les distributions alimentaires gratuites ;
- 4) Développer les réseaux de soins pour diabétiques et encourager les patients à s'y intégrer quel que soit leur degré de précarité.

Cette dernière proposition est issue des résultats de l'étude présentée dans le chapitre suivant.

II.4.2 – Les réseaux de santé : une initiative bénéfique pour les précaires

Il est acquis que la prise en charge des pathologies relevant de la précarité doit prendre en compte toutes les dimensions du problème. Le médecin doit rester l'acteur privilégié, car dépositaire du secret professionnel, mais son rôle doit être associé à celui d'autres intervenants dans le domaine ethnique, psychologique et social.

Cette conception est en accord avec celle de C. Herve et G. Montel qui considèrent que la médecine est *“une pratique sociale qui prend en compte l'humanité même incarnée dans une attitude de respect de la personne humaine et d'amour de l'autre”*

Cette évidence a conduit à proposer la création de réseaux de soins associant, dans une même structure, un médecin responsable à d'autres compétences de manière à assurer une prise en charge globalisée des personnes, le patient restant la

pièce angulaire du système. Les réseaux de soins disposent d'un statut juridique (Article 162-31-1 du code de la Sécurité Sociale). Plusieurs existent en France avec des orientations plus ou moins spécifiques : réseau ASDES du département des Hauts de Seine, réseau SOLIPAM dévolu à la prise en charge des femmes enceintes très précarisées. Des initiatives comparables se sont développées dans d'autres pays.

II.4.3 – Le réseau de soins pour diabétiques de Narbonne

Les réseaux de soins pour diabétiques connaissent un large développement et une reconnaissance officielle fondée sur une prise en charge multi-partenariale et dont le centre d'intérêt est le patient.

Leur objectif est d'assurer une coordination entre les divers partenaires en privilégiant l'éducation et la motivation des patients. Ce type de structure prend en compte non seulement le versant médical du diabète mais aussi ses multiples dimensions, psychologiques, familiales et socio économiques qui font la complexité de cette maladie.

Longtemps confidentiel, le phénomène réseau s'est développé lorsque les responsables politiques ont pris conscience de son intérêt économique à travers la recherche d'une meilleure prise en charge, condition indispensable pour limiter les complications, principales sources de l'accroissement des dépenses de santé. Le bénéfice apporté par les réseaux de soins est, cependant, difficile à évaluer en raison de l'hétérogénéité de ces structures rendant complexes les comparaisons inter-réseaux et par la multitude des biais dans le recueil des données et dans les programmes d'analyse statistique avec des groupes témoins.

Pendant, des données récentes semblent confirmer leur intérêt à travers quelques modèles tels le réseau DIABAIX d'Aix-en-Provence (2007), les programmes ANCREC, REVERSIAB.

A notre connaissance, aucune étude ne s'est attachée à analyser le bénéfice de "l'effet réseau" en fonction du degré de précarité. Pour combler cette lacune, nous avons engagé cette étude avec la participation du docteur Olive responsable d'un réseau pour diabétiques (réseau AUDIAB) à Narbonne

Dans un premier temps, nous avons comparé un groupe de 126 diabétiques suivis dans le réseau AUDIAB à un groupe de 163 patients suivis hors réseau à Montpellier et Narbonne.

Les diabétiques suivis en réseau sont plus âgés, ont un niveau socio économique supérieur, une alimentation plus diversifiée, fument moins, ont un TT et un IMC inférieurs et ont moins de problèmes podologiques et dentaires. Leur diabète est mieux équilibré avec une HbA1c moins élevée, moins de malaises hypoglycémiques, un meilleur suivi et une qualité de vie supérieure. Ces résultats paraissent confirmer l'intérêt des réseaux de soins mais pourraient être remis en cause par un facteur confondant lié aux différences de niveau socio-économique entre les patients AUDIAB peu ou non précaires et les sujets suivis hors réseau majoritairement précaires. On peut, en effet, s'interroger sur un éventuel effet de sélection, si l'on émet l'hypothèse que seuls les malades les plus motivés recourent à ces réseaux, ce qui pourrait être la source d'un biais statistique faussant l'évaluation du bénéfice thérapeutique. En fait, les patients sont admis dans le réseau dont ils ignorent, en

général, l'existence, par leur médecin traitant qui, de par la charte régissant le fonctionnement de la structure, ne tient pas compte du niveau socio-économique ni de la motivation mais seulement du besoin d'éducation et de soins.

On peut également s'interroger sur le degré de motivation de la population diabétique suivie hors réseau pour être prise en charge le mieux possible. Il est intéressant de noter que, dans notre enquête, 62,8 % des plus précaires souhaitent bénéficier de séances d'éducation, ce qui va dans le sens d'un bon degré de motivation.

Dans un deuxième temps, pour éluder toute incertitude, nous avons procédé à une comparaison de deux sous groupes AUDIAB et non AUDIAB présentant le même degré de précarité.

Si l'on prend en compte les sujets les plus précaires (Q4-Q5), la prise en charge en réseau se révèle également bénéfique par rapport aux sujets suivis hors réseau. La même observation est faite pour les diabétiques les moins précaires.

Les données précédentes semblent donc démontrer l'intérêt d'une prise en charge par un réseau de soins pour tous les diabétiques et plus encore pour les plus précaires.

Conclusion

L'aggravation du chômage, les difficultés économiques croissantes expliquent l'expansion de la précarité qui, selon Médecins du Monde affecterait un tiers de la population. Les enfants, les jeunes chômeurs, les travailleurs précaires et les femmes seules sont les groupes les plus à risque exposés à des pathologies très variées qu'il serait possible de prévenir par l'amplification de l'action des pouvoirs publics, des services de santé, des services sociaux et en accroissant l'aide apportée aux organisations caritatives. Une prise de conscience collective est urgente avec l'aide des media qui peuvent jouer un rôle sensibilisateur primordial. La participation de l'Europe est indispensable pour maintenir les subventions nécessaires pour pérenniser l'offre alimentaire. La lutte contre la précarité nécessite un engagement de toutes les forces vives de la nation et une prise de conscience de tous les citoyens dépassant les égoïsmes individuels.

NOTES

- (1) Ce seuil de bas revenu est calculé par l'INSEE, avant impôt. Il résulte de l'application d'une échelle d'équivalence spécifique à la branche famille.
- (2) Journées des 27, 28 et 29 juillet qui ont conduit à la chute de Charles X.
- (3) Production industrielle : 1938 : 100. 1947 : 99. 1957 : 204. 1967 : 338. 1973 : 452. Taux de croissance de la production industrielle : 5,9 par an en moyenne.
- (4) Le minimum vieillesse, prestation sociale versée sans contrepartie de cotisation a été créée en 1956.
- (5) Nicolas Baverez notamment.
- (6) En ce qui concerne le coût de l'assurance maladie, la France est le 2^e pays au monde après les Etats-Unis en termes de prélèvements.

- (7) L'Observatoire des inégalités est un organisme indépendant d'information et d'analyse sur les inégalités <http://www.inegalites.fr/spip.php?article270>. S'agissant de l'INSEE cf. http://www.insee.fr/fr/themes/document.asp?ref_id=ip1412
- (8) Ce pourcentage est actuellement fixé à 60 % du revenu médian, alors que jusqu'en 2008 le seuil à 50 % était le plus couramment utilisé en France
- (9) La France est le troisième pays européen d'accueil des investissements étrangers (www.economie.gouv.fr/bilan-2011-investissements-etrangers-en-france).
- (10) Deuxième en Europe après l'Irlande.
- (11) Si l'on considère le CAC40 et après avoir exclu les entreprises étrangères qui y sont cotées, 12 entreprises françaises sont au premier rang mondial dans leur secteur d'activité. 8 en 2^e rang, 3 en 3^e rang, 8 autres sont dans les 10 premiers rangs. Renault est 13^e.
- (12) http://www.insee.fr/fr/themes/document.asp?ref_id=ip1162®_id=0
- (13) Appartiennent à cette même catégorie : les Alpes Maritimes, le Var, les Bouches du Rhône, le Vaucluse et la Corse.
- (14) http://www.insee.fr/fr/themes/document.asp?reg_id=1&ref_id=14895
- (15) EPICES est l'acronyme de « Evaluation de la précarité et des inégalités de santé pour les Centres d'Examens de Santé » Cf. <http://www.invs.sante.fr/beh/2006/14/index.htm>
- (16) Banques Alimentaires, la Croix-Rouge française, les Restos du Cœur, et le Secours populaire français.
- (17) Les produits alimentaires remis par les grandes surfaces représentent la moitié des biens distribués. Les produits collectés sur la voie publique, 10% environ, les dons de l'Union Européenne (PEAD), un tiers environ, la contribution de l'Etat 2%....
- (18) OMS, déclaration d'Alma Alta.
- (19) OMS, charte d'Ottawa pour la promotion de la santé.
- (20) OMS, Richard Wilkinson et Michel Marmot, Les déterminants sociaux de la santé.
- (21) Guize, C. Jaffiol Diabète et précarité, Bull. Acad. Nation. Med. 2008
- (22) HbA1c : il s'agit de l'hémoglobine glyquée qui intègre les fluctuations glycémiques des 3 mois écoulés.

VOIR ÉGALEMENT :

- C. Hervé, G. Montel, La médecine, la relation médecin patient et le soin : nouvelle approche des états de vulnérabilité 1999
- C. Jaffiol Diabète et obésité au carrefour de la génétique et de l'environnement. Bull. Acad. Nation. Med. 2010
- C. Jaffiol Le diabète sucré en Afrique. Bull. Acad. Nation. Med. 2011
- S. Hercberg, G. Brucker Surveillance nutritionnelle des populations défavorisées. Bull. Epid. Hebdo. 2006

Le lecteur peut prendre connaissance de l'intégralité de l'étude et du site destiné aux populations précaires en cliquant sur : <http://www.precaritediabete.academie-medecine.fr>

Composition du groupe de travail académique (Commission 11) : J. Bringer ; C. Giudicelli* ; M. Guéniot †; C. Jaffiol**; L. Guize † ; J.P. Laplace; M. Tramoni.

* Secrétaire; ** Président

REMERCIEMENTS

Pour leur participation financière

- L'Académie Nationale de Médecine ; le Haut commissariat aux solidarités active ; le Ministère du Travail (DGSA) ; le Conseil Régional Languedoc Roussillon. Les Laboratoires SANOFI ; la Société Générale.

Pour leur travail et leur aide précieuse

- Aux enquêteurs : madame le Docteur D. Vannereau, mesdames M. Delmaëre, M.D. Hugot.
- A tous les acteurs de ce travail : médecins, infirmières, assistantes sociales et secrétaires.
- A l'Association Prespodia (Monsieur H. Hugues, Monsieur S. Passeron).

Pour la mise à disposition des locaux et leur accueil

- Le conseil Général de l'Hérault ; la mairie de Montpellier ; la Croix Rouge ; Médecins du monde ;
- le Secours Catholique ; la pastorale Santé ; le SAMU Social (l'Avitarelle et les appartements relais) ;
- Regain, Corus, les CHRS.

Pour le don et le prêt de matériel

- Les laboratoires MENARINI et SIEMENS

Pour son étroite collaboration

- Languedoc Mutualité, partenaire de cette enquête et tout spécialement son ancien directeur Monsieur P. Coulot et l'actuel directeur Monsieur L. Miachon.

Pour la réalisation du travail statistique

- Madame le Docteur A. Fontbonne, chargée de recherches à l' INSERM et Madame A. Lacroux, ingénieur.

Pour la participation du réseau AUDIAB

- Monsieur le Docteur JP Olive et Madame M. Peter.

Pour sa participation à la communication de cette étude

- Madame Nicole Priollaud.

Pour son aide technique

- Madame le Docteur A. Benouargha- Jaffiol.