UNIVERSITE DE NANTES

UNITE DE FORMATION ET DE RECHERCHE D'ODONTOLOGIE

Année 2004 Thèse n°6

LA PRECARITE : SES CAUSES, SES CONSEQUENCES SUR LA SANTE DENTAIRE

THESE POUR LE DIPLOME D'ETAT DE
DOCTEUR EN CHIRURGIE DENTAIRE

Présentée et soutenue publiquement par

GARREAU Yann

Né le 21/08/1977

le 29 janvier 2004 devant le jury ci-dessous :

Président : Monsieur le Professeur W. BOHNE
Assesseur : Monsieur le Professeur JA. POUËZAT
Assesseur : Monsieur le Professeur A. JEAN
Assesseur : Monsieur le Docteur F. BODIC

Directeur de thèse : Monsieur le Professeur W. BOHNE

TABLE DES MATIERES

	Pages
1. SANTE	**7**
1.1. Définitions et concepts	**7**
1.1.1. Dictionnaires et Encyclopédies	**7**
1.1.2. Cultures et étymologie	**8**
1.1.3. Institutions	**9**
1.1.3.1. OMS	**9**
1.1.3.2. Evolutions : charte d'Ottawa (1986)	**10**
1.2. Représentations	**10**
1.2.1. Le niveau	**11**
1.2.2. L'espace	**11**
1.2.3. Le temps	**11**
1.2.4. La mesure	**12**
1.3. Déterminants	**12**
1.3.1. Classique	**12**
1.3.2. Le Livre Blanc	**14**
1.3.2.1. Les habitudes de vies	**14**
1.3.2.2. L'environnement	**15**
1.3.2.3. La biologie humaine	**16**
1.3.2.4. L'organisation du système de soin	**16**
1.3.2.5. Critiques	**16**
1.3.3. Extensions : facteurs sociaux et bien être	**17**
1.3.3.1. Environnement social	**17**
1.3.3.2. Prospérité économique	**17**
1.3.3.3. Patrimoine génétique / réaction individuelle	**18**
1.3.3.4. Modélisation Evans et Stoddard	**19**
1.3.4. Conclusions	**20**
1.4. Indicateurs	**21**
1.4.1. Indicateurs démographiques	**21**
1.4.1.1. Sources	**21**
1.4.1.2. La pyramide des âges	**21**
1.4.1.3. Natalité et Fécondité	**22**
1.4.1.3.1. Taux de natalité	**22**
1.4.1.3.2. Taux de fécondité	**22**
1.4.1.4. Mortalité	**22**
1.4.1.4.1. Taux brut	**23**

1.4.1.4.2. Taux spécifiques 23
1.4.1.5. Espérance de vie 23

Pages

1.4.1.5.1. A la naissance 23
1.4.1.5.2. De l'année 23
1.4.1.5.3. A un âge donné 23
1.4.1.5.4. Sans incapacité 25
1.4.2. Cliniques 25
1.4.2.1. Définition 25
1.4.2.2. Types 25
1.4.2.3. Létalité 25
1.4.2.4. Morbidité 26
1.4.2.4.1. Définitions 26
1.4.2.4.2. Mesures 26
1.4.2.4.2.1. Taux d'incidence 26
1.4.2.4.2.2. Taux de prévalence 27
1.5. Opinions et perception dans la population 28
1.5.1. Selon l'âge 28
1.5.2. Evolution 29
1.5.2.1. Passé 29
1.5.2.2. Futur 29
1.5.3. « Bonne santé » : signification 30
1.5.4. Le social : déterminant essentiel 31
1.5.4.1. Perception de la santé 31
1.5.4.2. Surmortalité et classe sociale 32
1.5.4.3. Espérance de vie 33
1.5.4.4. Synthèse 35

2. La précarité : l'autre nom de la pauvreté ? 37
2.1. Vocabulaire 37
2.2. Définitions 38
2.2.1. Précarité 38
2.2.2. Pauvreté budgétaire 38
2.2.2.1. Seuil de pauvreté 38
2.2.2.2. Revenu médian 39
2.2.2.3. Unité de consommation 39
2.2.2.4. Revenu disponible 40
2.2.2.5. Revenu disponible augmenté de loyers fictifs 40
2.2.2.6. Revenu disponible augmenté des revenus du patrimoine 40
2.2.2.7. Revenu corrigé 40

2.2.3. Pauvreté d'existence : conditions de vie 40
2.2.3.1. Contraintes matérielles 41

Pages

2.2.3.2. Retards de paiement 42
2.2.3.3. Restriction de consommation 42
2.2.3.4. Difficultés de logement 43
2.2.3.5. Critique du logement 44
2.2.3.6. Analyse des données 44
2.2.4. Pauvreté administrative 45
2.2.4.1. Types d'allocations 45
2.2.4.2. Evolution depuis 1990 45
2.2.5. La grande pauvreté 47
2.2.6. la pauvreté : une notion relative 48
2.3. Situations de précarité 49
2.3.1. L'emploi, le travail et le chômage 49
2.3.1.1. Des liens complexes entre pauvreté et chômage 49
2.3.1.2. Typologie des pauvres 50
2.3.1.2.1. Actifs 50
2.3.1.2.2. Inactifs 50
2.3.1.3. Résultats 51
2.3.1.4. Pauvreté et catégorie socioprofessionnelle 52
2.3.1.5. Chômage de longue durée 53
2.3.1.6. Chômage et diplômes 54
2.3.1.7. Précarisation du marché du travail en France 54
2.3.1.7.1. Augmentation des CDD, de l'intérim et des contrats aidés 55
2.3.1.7.2. Le temps partiel 56
2.3.1.7.3. La sous-traitance 56
2.3.1.7.4. Les emplois précaires sont-ils un marche-pied vers un emploi stable ? 57
2.3.1.8. Les travailleurs pauvres 58
2.3.1.9. Travail, chômage et santé 59
2.3.1.9.1. Travail et santé 59
2.3.1.9.2. Chômage et santé 60
2.3.1.10. RMI et santé 61
2.3.2. Habitat et cadre de vie 62
2.3.3. Familles monoparentales 64
2.3.3.1. Définitions. Généralités 64
2.3.3.2. Pauvreté et monoparentalité 65
2.3.3.3. Vulnérabilité des familles monoparentales : l'espace social 67
2.3.3.4. Etre enfant dans une famille monoparentale 68

2.3.4. Enfance, précarité et école 69
2.3.4.1. Constat 69

Pages

2.3.4.2. Apprendre à lire 70
2.3.4.3. Non apprentissage scolaire vecteur de précarité 71
2.3.4.4. L'illettrisme 72
2.3.4.5. Ecole : amplificateur de précarité 74
2.3.4.6. La santé et l'enfance 74
2.3.4.7. Exclusion et maltraitance 76
2.3.5. Les jeunes : adolescence et adulte jeune 77
2.3.5.1. Définition 77
2.3.5.2. La santé des jeunes 77
2.3.5.2.1. Le mal-être 77
2.3.5.2.2. Les conduites à risques 78
2.3.5.2.2.1. L'alcool 78
2.3.5.2.2.2. Le tabac 79
2.3.5.2.2.3. Le cannabis et autres drogues 79
2.3.5.2.3. Les conduites violentes 80
2.3.5.2.4. La santé des jeunes non scolarisés 81
2.3.5.2.5. Conclusions 82
2.3.6. Les SDF 83
2.3.6.1. Qui sont-ils ? 83
2.3.6.2. Vision du public 84
2.3.6.3. Trajectoires sociales 84
2.3.6.3.1. La norme 85
2.3.6.3.2. La fragilisation 85
2.3.6.3.3. L'habitude 85
2.3.6.3.4. La sédentarisation 85
2.3.6.4. Protection sociale des SDF 86
2.3.6.5. La santé des SDF 87
2.3.6.5.1. Perception 87
2.3.6.5.2. Pathologies physiques 87
2.3.6.5.3. Pathologies psychiques 87
2.3.6.5.4. Conclusions 87
2.3.7. Les étrangers et populations d'origines étrangères 88
2.3.7.1. Chiffres et constats 88
2.3.7.2. Causes 89
2.3.7.3. Le logement 90
2.3.7.4. La santé 91
2.3.7.4.1. Problème 91
2.3.7.4.2. Pathologies physiques 91
2.3.7.4.3. Pathologies psychiques 92

2.3.8. Les personnes âgées 93
2.3.8.1. Groupes 93

Pages

2.3.8.1.1. Ménages jeunes 93
2.3.8.1.2. Ménages intermédiaires 93
2.3.8.1.3. Ménages âgés 94
2.3.8.2. Distribution des revenus 94
2.3.8.3. Les déterminants de santé spécifiques des personnes âgés 95
2.4. Conclusions : santé et précarité 96

3. La santé dentaire 99
3.1. Particularités de la santé dentaire ? 99
3.1.1. Impact physiologique 99
3.1.2. Bien-être psychique et social 100
3.1.3. Déterminée par des attitudes particulières 100
3.1.4. Socialement déterminée 100
3.2. Mode d'évaluation de la santé dentaire 100
3.2.1. Indices dentaire 100
3.3. La carie dentaire 101
3.3.1. Définition 101
3.3.2. Etiologie 102
3.3.2.1. La plaque dentaire 103
3.3.2.2. Les substrats exogènes 103
3.3.2.3. L'hôte :la dent 103
3.3.2.4. Le milieu : la salive 104
3.3.2.5. Le temps 104
3.3.2.6. Synthèse 105
3.3.3. Facteurs de risque 106
3.3.3.1. Facteurs de risques médicaux 106
3.3.3.2. Facteurs de risques liés au mode de vie 106
3.3.3.3. Facteurs dentaires 106
3.3.3.4. Facteurs socio-économiques 107
3.3.4. Evolution de la prévalence de la carie 107
3.3.5. Causes de la chute de l'indice CAOD 108
3.3.5.1. Causes « historiques » : entre réalités et limites 108
3.3.5.1.1. La diminution de consommation de sucre 108
3.3.5.1.2. Le remplacement par des édulcorants 108
3.3.5.1.3. L'augmentation de l'offre de soins et accès aux soins préventifs 108
3.3.5.1.4. Un cycle comparable à d'autres pathologies 109
3.3.5.1.5. Une amélioration de l'hygiène 109

3.3.5.1.6. Une baisse de virulence de Sreptococcus mutans 109

Pages

3.3.5.1.7. L'utilisation de fluorures 110
3.3.5.2. Données actuelles : les déterminants de la carie dentaire 111
3.3.5.2.1. Les antibiotiques 111
3.3.5.2.2. L'environnement social 112
3.3.5.2.2.1. La prise de conscience sur la santé dentaire 112
3.3.5.2.2.2. L'amélioration des conditions de vie 112
3.3.5.2.2.3. Le niveau scolaire 113
3.3.5.2.2.4. Conclusions 113
3.4. Santé dentaire des personnes en situation de précarité 113
3.4.1. Insuffisance de soins 114
3.4.2. Indice CAOD supérieur à moyenne 114
3.4.3. Faible recours aux soins dentaires 117
3.4.3.1. La consultation d'un chirurgien-dentiste : recours et non recours 119
3.4.3.1.1. Motifs invoqués 119
3.4.3.1.2. Motifs de non remplacement des dents absentes 120
3.4.4. Relation précarité –santé dentaire 120
3.4.4.1. Relations entre les types de précarité et les problèmes dentaires 121
3.4.4.2. Liaisons entre le statut socioéconomique et la santé dentaire 123
3.4.5. Mode d'action de la précarité 123
3.4.5.1. Variable économique 124
3.4.5.2. Comportements vis-à-vis de la santé 125
3.4.5.2.1. Construction sociale de la santé dentaire 125
3.4.5.2.2. Habitudes de santé dentaire et précarité 126
3.4.5.2.3. Logique de recours aux soins 128
3.4.5.2.4. Conclusions 129
3.4.5.3. Précarisation : l'exemple des étrangers 132
3.5. Conclusions et perspectives 133

1. LA SANTE

« La santé est une couronne sur la tête des bien-portants, que seuls voient les malades. » Proverbe Arabe

1.1. Définitions et concepts :

1.1.1. Dictionnaires et encyclopédies :

Il existe une certaine homogénéité dans la définition du terme santé à travers les différents dictionnaires et encyclopédies.

Le Grand Larousse Universel (51) définit ainsi « l'état de quelqu'un dont l'organisme fonctionne normalement » ou encore « d'une personne dont les fonctions ne sont troublées par aucune maladie. »

Pour le Dictionnaire Hachette Encyclopédique (37), la santé est « l'état de l'être vivant et particulièrement de l'être humain chez lequel le fonctionnement de tous les organes est harmonieux et régulier ».

Dans le même ordre d'idées, le Trésor de la Langue Française (79) propose de définir la santé comme « un état physiologique normal de l'organisme d'un être vivant qui fonctionne harmonieusement, régulièrement, dont aucune fonction vitale n'est atteinte indépendamment d'anomalies ou d'infirmités dont le sujet peut être affecté ».

D'autres définitions rejoignent l'Organisation Mondiale de la Santé.

Ainsi pour la Grande Encyclopédie de Diderot et d'Alembert la santé n'est rien de moins que « l'état le plus parfait de la vie », ce que ne conteste pas le dictionnaire américain de référence Webster qui parle « de bien être physique et mental en l'absence de défaut, douleur ou maladie ».

De toutes ces définitions se dégage une problématique : la normalité apparaît comme une dimension organique ou clinique ne prenant en compte que l'altération physique du corps et délaissant la dimension psychologique voire sociale de l'état de santé.

1.1.2. Cultures et Etymologie :

L'étymologie du mot santé est variable selon les langues et les cultures (84).

On note la présence de la racine latine *sanus*, signifiant servir ou aider, dans les mots français **santé**, allemand **Gesundhei**t, danois **sunhed** et néerlandais **gezonheid.**

En russe et en japonais, la santé est assimilée aux notions de robustesse et d'énergie (semblable à l'arbre).

Pour les Persans et les Chinois, la santé possède deux termes : le premier représentant la santé selon le sens commun de bon fonctionnement du corps et le second étant réservé aux scientifiques et lié à des concepts d'hygiène et de santé publique.

En anglais trois termes désignent la maladie :

- le mot **illness** utilisé par le malade lui même et qui exprime un état intérieur différent de l'état qualifié de normal.

- le mot **disease** utilisé par les professionnels médicaux prenant en compte les anomalies fonctionnelles ou physiologiques du corps humain.

- le mot **sickness** qui prend en compte l'inaptitude à fonctionner dans la Société.

L'Espagne distingue **salud** (qui s'applique aux individus) et **sanidad** qui se rapproche d'une action (santé publique par exemple).

Ces exemples montrent l'extraordinaire hétérogénéité du terme santé et les implications culturelles que cela engendre. La santé possède de nombreuses facettes à l'origine de la définition la plus consensuelle possible établie par l'OMS (70,71).

1.1.3. Institutions :

1.1.3.1. Organisation Mondiale de la Santé (OMS 70,71) :

La création de l'Organisation Mondiale de la Santé en 1946 (71) est contemporaine de la définition la plus communément admise de la santé à savoir « un état complet de bien être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou infirmité ».

La publication de cette définition a fait grand bruit car elle mettait fin à quelques siècles de consensus qui s'en tenait à une définition par la négative : « la vie dans le silence des organes » Descartes (79).

Elle s'opposait à l'aspect purement somatique de la santé et la démédicalisait par certains aspects : la santé n'appartient pas uniquement au médecin.

Cette définition comporte cependant certains inconvénients (41).

Parmi ceux-ci on peut noter le caractère idéaliste de la santé ainsi définie : la santé est difficilement réalisable dans son ensemble.

Une autre critique tient au fait que définir essentiellement la santé sur des bases perceptuelles amène à des contre-vérités :

- la variabilité individuelle de perception fait que deux individus porteurs de la même atteinte ne considèreront pas leur état de santé de la même manière
- on peut se sentir en état complet de bien être tel que définit par l'OMS et développer un cancer encore latent (41).
- comment définir les cas particuliers des personnes atteintes de maladies chroniques au long cours, comme le diabète et l'asthme, qui n'ont pas forcément de répercussions somatiques si elles sont correctement équilibrées ?

Enfin, la définition de l'OMS fait référence à un « état » qui est quelque chose de statique. Or la santé est en perpétuelle évolution et se modifie dans le temps.

La santé n'est pas un phénomène passif indéfiniment acquis mais toujours provisoire et continuellement soumis aux modes de vie et aux conditions environnementales.

Il n'en demeure pas moins vrai que le mérite des experts de l'OMS aura été de faire « bouger les choses » et de lier le concept de bonne santé avec le fait de prendre plaisir à la vie (conception hédoniste).

1.1.3.2. Evolutions : charte d'Ottawa (70) :

L'OMS a ensuite cherché à mieux spécifier la santé pour lui donner une conception fonctionnelle c'est à dire rendre possible le fonctionnement normal de l'individu au sein de la société.

La santé devient donc « une ressource de la vie quotidienne qui permet à un groupe ou à un individu, d'une part de réaliser ses ambitions et satisfaire ses besoins, d'autre part d'évoluer avec le milieu et s'adapter à celui-ci » (OMS 1986).

La santé est dès lors perçue comme un facteur de la vie quotidienne et non plus comme un but en soi.

La santé peut être assimilée à un concept mettant l'accent sur les ressources personnelles et sociales de chacun.

Dans le même ordre d'idées, pour le Haut Comité de Santé Publique (40), la santé est « un processus temporel aléatoire soumis à de nombreuses influences parmi lesquelles le sujet lui-même, son comportement social et son comportement physique là où il se meut (c'est à dire la société) ».

Ces nouvelles définitions de la santé permettent d'étudier et de considérer la santé dans un contexte social.

Ceci pose les bases d'une vision collective de la santé (le versant social) et d'une vision individuelle (les caractéristiques physiques et psychologiques de l'individu) qui s'insèrent dans les déterminants de la santé.

1.2. Représentation :

Les différentes définitions de la santé citées amènent à une vision de la santé en plusieurs dimensions (75) :

- le niveau.
- l'espace.
- le temps.
- la mesure.

1.2.1. Le niveau (75) :

Le premier niveau de la santé est la santé individuelle (ou santé privée). Elle se subdivise en trois sous-niveaux que sont les versants physique, psychique et social de la définition de l'OMS.

Ces trois sous-niveaux de la santé individuelle sont dissociables et liés les uns aux autres.

C'est grâce à la somme des états de santé individuels qu'on a pu aboutir à une information sur la santé d'une population (ou santé publique).
Les rapports entre santé publique et privée sont complexes car ils mettent en rapport les individus et la société en termes d'adaptation, d'insertion, d'entraide et de soutien.

Ces deux niveaux ne s'opposent pas car le plus souvent la satisfaction de besoins individuels coïncide avec celle de besoins collectifs.

1.2.2. L'espace (75) :

La santé d'une personne est de plus conditionnée par cette notion d'espace qui prend en compte l'individu dans son environnement au sens large.

Ces interactions peuvent être d'ordre familial, culturel, social, urbain ou rural et peuvent modifier le rapport à la normalité lié à la santé.

Dans certains cas, la santé est définie par rapport à une norme sociale et non par la présence d'une pathologie.

1.2.3. Le temps (75) :

Cette notion est également indissociable de la santé . En effet, en fonction de l'âge, l'état de santé sera jugé de façon différente car des normes différentes seront utilisées pour définir cet état.

D'autre part, la vision de la santé est intimement liée à l'époque de référence et au degré de connaissance des techniques médicales qui feront dire qu'untel ou untel est en bonne santé.

1.2.4. La mesure :

Toute mesure objective d'un phénomène nécessite l'existence de normes ou de références pour déterminer un écart. Dans le cas de la médecine, ces normes ne sont pas universelles mais découlent de la subtilité entre deux états (santé /maladie). Ces normes ont des limites temporelles et historiques.

Tout ceci montre l'extraordinaire complexité de la notion de santé et qui peut être assimilé à « un de ces détestables mots qui ont plus de valeur que de sens » P.Valéry (79).

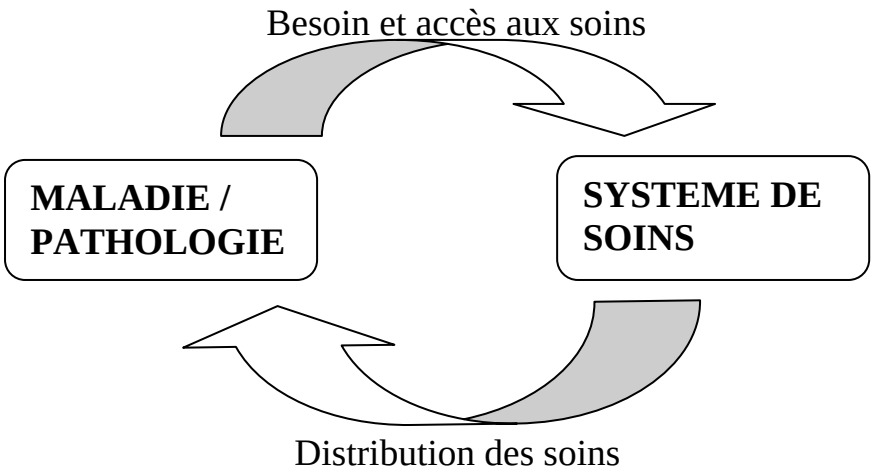
1.3. Déterminants :

1.3.1. Classique :

Les pays industrialisés consacrent une part importante de leurs richesses à l'amélioration de l'état de santé des individus dont ils ont la charge.

Ces efforts visent à améliorer l'accès aux soins ce qui présuppose que l'accès aux soins est le principal déterminant de l'état de santé de la population.

Cette vision monofactorielle de la santé a été pendant des années la vision retenue (Pomey 2000) :



Ce modèle de rétroaction simple entre la santé et le système de soins a été mis à mal par l'étude de Dever (1976) .

Celui-ci a en effet estimé à 11 % la contribution du système de soins à l'état de santé alors qu'il engloutit à lui seul plus de 90% des dépenses de santé .

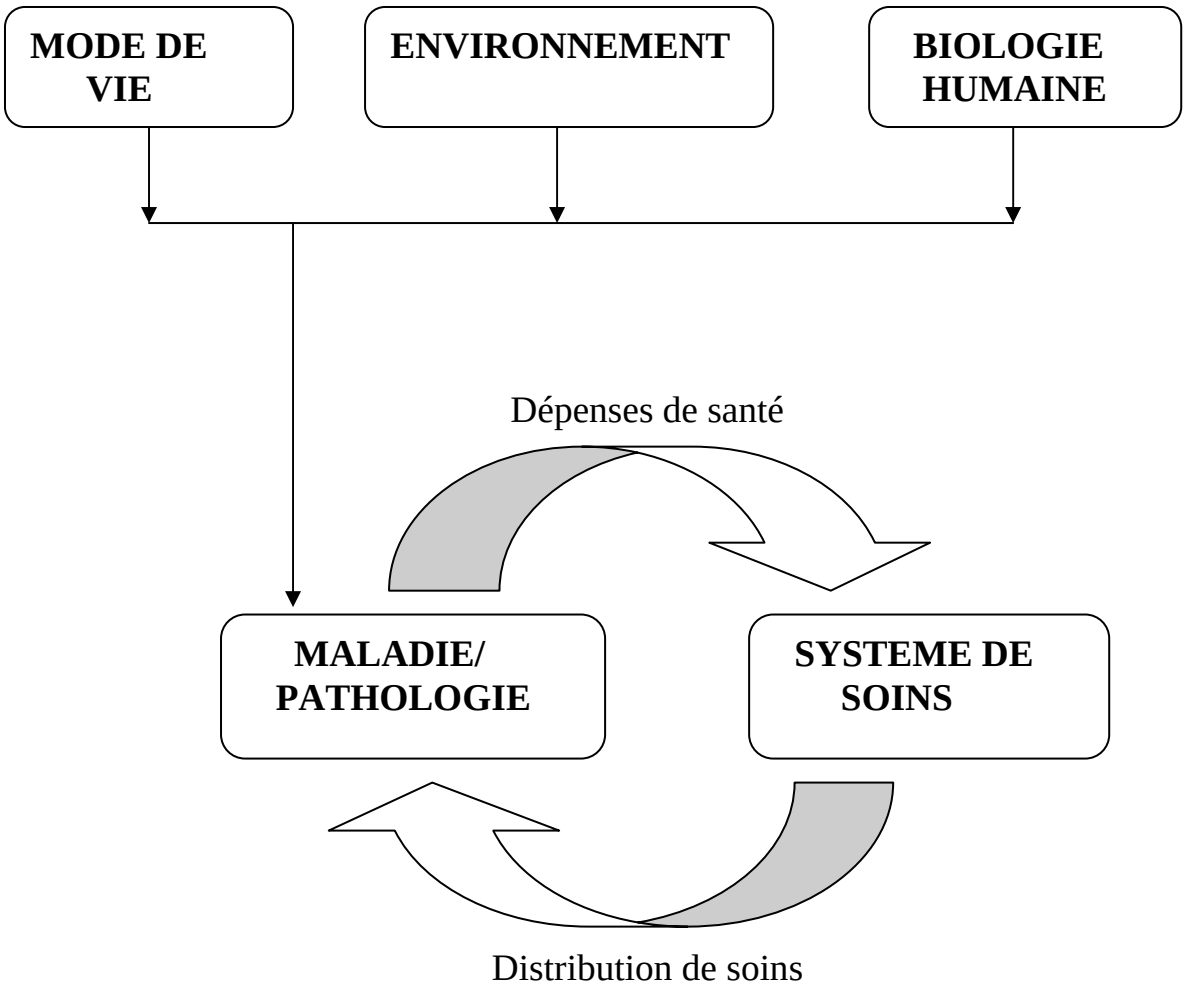
Les dépenses liées aux habitudes de vie, à l'environnement et à la biologie humaine ne totalisent que 1,5%, 1,6% et 7,9% des crédits alloués à mettre en relation avec une part respective dans l'état de santé de 43%, 19% et 27%.

Il paraît en tout cas patent que la santé et le bien-être des individus dépassent largement cette approche simpliste et doit tenir compte de composantes complexes (les facteurs sociaux par exemple) qui débordent le système de soins.

Ainsi de nouveaux modèles théoriques ont été proposés pour expliquer l'action de différents facteurs agissant sur la santé.

1.3.2. Le Livre Blanc : les 4 déterminants (50)

Modélisation du système des 4 déterminants de la santé (Lalonde 1974) :



1.3.2.1. Les habitudes de vie :

C'est l'ensemble des décisions prises par la personne qui a des conséquences sur sa santé propre.

Ces habitudes de vie sont assimilées dans certains cas à des conduites à risques et l'on peut discuter du fait de rendre entièrement responsable un individu de sa conduite à risque.

De nombreux travaux épidémiologiques ont montré le rôle des différents comportements et modes de vies (tels que l'abus d'alcool, la consommation de tabac, de drogues par exemple) sur la santé.

Dans les premiers temps, on a pu considérer ces modes de vie comme intégrant à part entière la liberté individuelle.

Cette vision a vécu et l'on ne peut plus prétendre que les habitudes de vie sont le résultat d'un choix complètement libre : le poids des déterminants sociaux et psychologiques est lourd.

La consommation d'alcool et de tabac est plus importante dans les classes les moins favorisées (38,40,41).

Le Haut Comité de la Santé Publique (41) a évalué parmi les décès prématurés évitables (60 000 par an), que 40 000 étaient liés aux habitudes de vie :

- décès par cancer du poumon de 25 à 64 ans, liés à la consommation de tabac.
- décès par cancer des voies aéro-digestives supérieures de 25 à 64 ans, lié à la consommation de tabac et d'alcool.
- décès par alcoolisme de 15 à 64 ans.
- décès par accident de la circulation de 5 à 64 ans, liés aux comportements à risque.

1.3.2.2. <u>L'environnement</u> :

L'environnement rassemble tous les facteurs extérieurs au corps humain qui échappent, tout ou partie, à la maîtrise de chacun et qui possèdent un impact sur la santé.

Voici quelques facteurs environnementaux :

- les aliments
- l'air
- l'eau
- le bruit
- les produits cosmétiques
- les appareils domestiques…

1.3.2.3. La biologie humaine :

La biologie humaine englobe les aspects de la santé, qu'ils soient physiques ou mentaux, qui tirent leur origine à l'intérieur même du corps humain de part sa constitution physique et sa biologie.

On peut donc l'assimiler au patrimoine génétique et à la physiologie (la part de l'inné) sur lesquels l'homme n'a, a priori, que peu de prises.

Une nouvelle voie d'investigation par exemple, la psycho-neuro-immunologie, étudie comment l'environnement peut agir sur la physiologie humaine autrement que par des agressions matérielles que nous subissons (33).

1.3.2.4. L'organisation du système de soin :

C'est une vaste catégorie contenant :

- la quantité
- la qualité
- l'agencement
- la nature

} des soins

- le rapport entre la population et les ressources engagées dans la distribution des soins

1.3.2.5. Critiques (75) :

La principale critique du Livre Blanc concerne la responsabilité individuelle.

Il paraît difficilement envisageable pour des collectivités de financer des mesures visant à aider des personnes dont la mauvaise santé est le fruit d'un comportement à risque individuel.

Enfin, un choix qui apparaît personnel (individuel) de prime abord peut se révéler être socialement conditionné.

Le choix de fumer, bien qu'étant un acte personnel, n'est pas un choix individuel au sens strict car il est soumis à l'environnement.

Ceci amène à la deuxième critique de ce modèle : les facteurs sociaux sont absents de ce schéma de la santé.

1.3.3. Extensions : facteurs sociaux et bien être

De nouveaux travaux établis après ceux précurseurs de Lalonde (1976), ont pu associer de nouveaux déterminants de la santé.

1.3.3.1. Environnement social (85) :

Marmot (1986) a montré que la place dans l'échelle sociale, le fait d'avoir des relations sociales ou non, modifiait l'état de santé.

Ceci est confirmé par Wilkins (1989) : quel que soit le pays, la mortalité varie en fonction du niveau sur l'échelle sociale. Les personnes ayant le niveau de ressources le plus faible sont aussi ceux qui sont en moins bonne santé.

Cet aspect sera étudié plus en détails plus loin dans l'exposé.

1.3.3.2. Prospérité économique :

Il existe une relation forte entre la richesse d'un pays et l'état de santé général de sa population (17).

Cependant, dans certains pays le niveau de santé est bien meilleur que le niveau de revenus n'aurait pu le laisser présager.

La prospérité économique joue un rôle essentiel sur d'autres déterminants et peut être considérée comme le carrefour du schéma de la santé.

La prospérité économique permet de traiter de problèmes en matières d'écologie et d'environnement.

La prospérité économique permet ainsi :

- de se préoccuper de la qualité de l'alimentation (par conséquent jouer sur le comportement individuel).
- d' injecter de l'argent dans le système de soins pour mener des actions de santé publique ou individuelle.
- d'améliorer l'hygiène de base (5,2 douches en moyenne par semaine (41)).
- de pratiquer un exercice physique pour entretenir son patrimoine génétique.
- de satisfaire les besoins de l'existence (le bien-être).

On comprend bien dès lors les interactions multiples et complexes qui régissent la santé et ses déterminants.

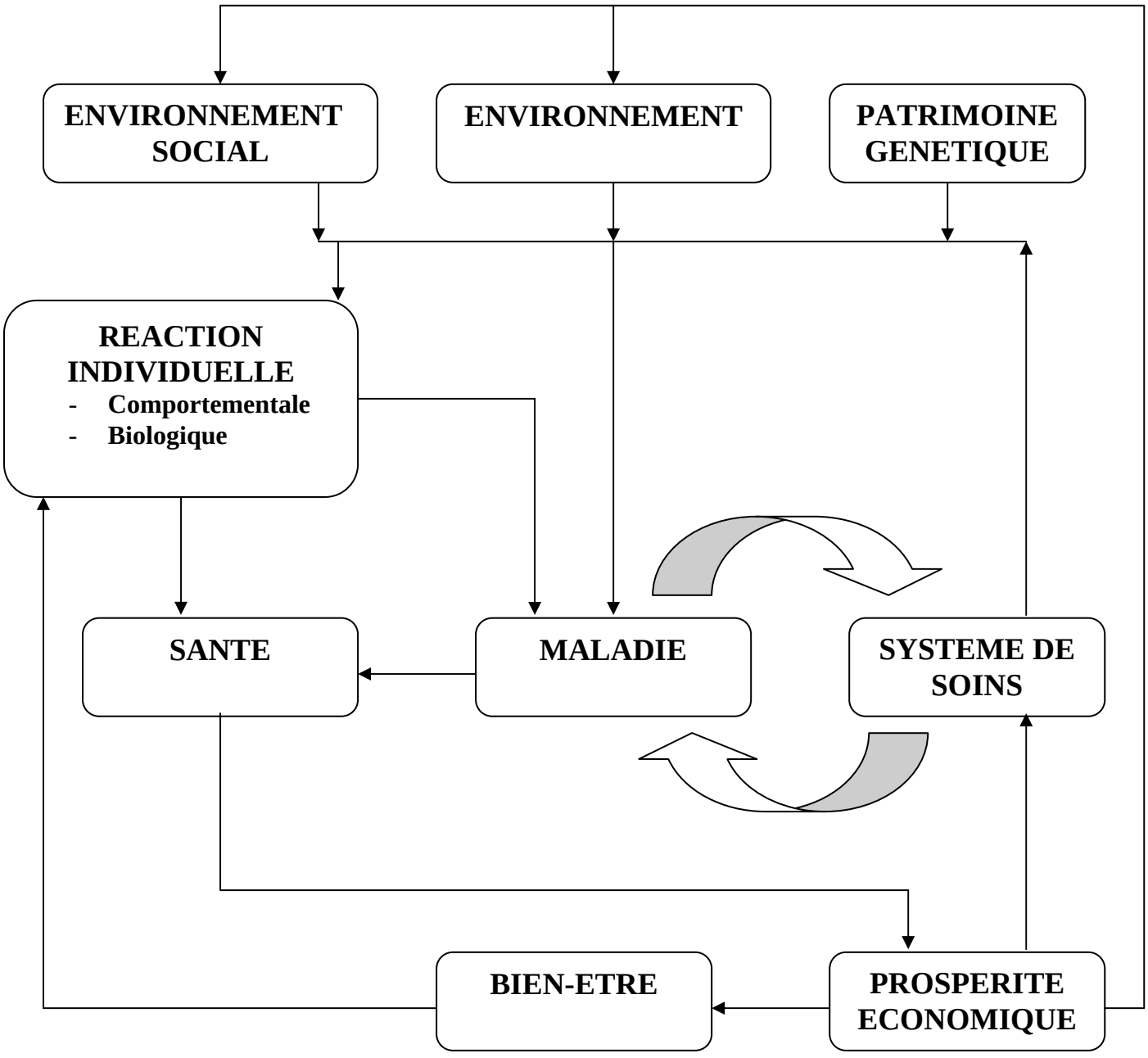
1.3.3.3. Patrimoine génétique/ Réaction Individuelle :

Certaines maladies résultent d'un fonctionnement anormal de notre système génétique en dehors de tout contexte environnemental.

Dans d'autres cas, une prédisposition génétique doit préexister pour, si elle est combinée à un facteur environnemental ou à une attitude à risque, déclencher une pathologie. On peut dans ce cas parler de réaction individuelle (75).

Cette distinction n'était pas du tout prise en compte sous le terme générique de biologie humaine (33).

1.3.3.4. Modélisation d'après Evans et Stoddard (1996) :



1.3.4. **Conclusions** :

L'évolution du concept général de santé a subi de grandes évolutions au fil du temps pour aboutir à un presque-consensus sur ses déterminants.

Ainsi, la santé se situe à la frontière de deux entités différentes avec d'un côté l'environnement physique et de l'autre l'environnement socio-économique constituant un véritable écosystème (16).

L'environnement physique se compose de :

- l'air.
- l'eau.
- le sol.
- le climat.
- les plantes.
- les animaux.
- les microbes.

L'environnement social (ou socio-économique) se divise en :

- la famille, le foyer.
- les voisins, les amis.
- le lieu de travail, les collègues.
- la position sociale.
- les associations bénévoles.
- les institutions politiques.
- le réseau d'aide social.
- le système de soins.
- les attaches communautaires.
- le lien social.
- la capacité personnelle à s'investir.

Ceci montre la part de plus en plus importante que prend le contexte social (l'environnement) dans la santé.

En France, les inégalités sociales et les difficultés d'accès aux soins des populations défavorisées (nouvellement nommées précaires) sont considérées comme les déterminants principaux de l'état de santé (40).

1.4. Les indicateurs (72,75) :

La mesure de l'état de santé à l'échelle d'une population nécessite l'utilisation de descripteurs de l'état sanitaire.

Ce descripteur est en santé publique appelé indicateur de santé. Il permet de caractériser la santé d'une population, d'observer son évolution au cours du temps et enfin de définir les différents facteurs de risque sur lesquels il intervient (72).

Ces indicateurs sont généralement exprimés sous la forme de taux, de pourcentages ou de chiffres. Il en existe une multitude. Aucun n'est parfait c'est à dire simple, facile à obtenir, sensible, spécifique, fidèle, reproductible et universel.

1.4.1. Indicateurs démographiques :

1.4.1.1. Sources :

Ce sont deux instituts publics qui sont responsables de la collecte des informations démographiques :

- l' Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques (INSEE) auprès des bureaux d'état civil.
- l'Institut National des Etudes Démographiques (INED) .

1.4.1.2. La pyramide des âges (72,75) :

C'est une photographie instantanée de la population qui donne la répartition de la population par tranche d'âge et par sexe.

Sa forme reflète l'état de la population. Son établissement permet d'évaluer :

- le vieillissement ou le rajeunissement de la population générale.
- la baisse ou la hausse de la natalité.
- l'action d'un événement historique.

En 2000, avec 58,9 millions d'habitants la France se situe au deuxième rang de la population européenne .

La population vieillit : la proportion des plus de 65 ans est passée de 14% en 1990 à plus de 16% en 2000.

Pendant ce même laps de temps, les moins de 20 ans représentent 25,5% de la population en 2000 contre 28% en 1990 (72).

1.4.1.3. Natalité et fécondité (72,75) :

1.4.1.3.1. Taux de natalité :

C'est le rapport du nombre des naissances sur la population générale moyenne.

Depuis 5 ans le taux de natalité en France est stable à 12,7 pour 1000 habitants alors que le nombre des naissances est passé de 729 600 en 1995 à 778 900 en 2000.

1.4.1.3.2. Taux de fécondité :

Il correspond au nombre des naissances sur le nombre de femmes en âge de procréer soit en France les femmes de 15 à 49 ans.

Cela permet une plus juste comparaison des données de natalité entre deux populations.

En France, ce taux est passé de 1,65 enfants par femme en 1993 (le plus bas niveau historique) à 1,89 enfants par femme en 2000.

On note dans tous les pays européens exceptés la France et l'Irlande, une baisse du taux de fécondité en rapport avec l'évolution culturelle, éducative et sociale de nos sociétés.

L'âge moyen des mères est 29,4 ans en 2000.

1.4.1.4. Mortalité (72,75) :

C'est la fréquence des décès dans une population donnée.

1.4.1.4.1. Taux brut :

C'est le rapport du nombre total de décès sur l'effectif moyen de la population durant une période définie.

Ce taux est stable depuis une dizaine d'années autour de 9,2 pour 1000 habitants.

D'autres valeurs sont également très importantes pour évaluer la mortalité d'une population.

- nombre de décès d'enfants de moins de 1 an.
- nombre de décès d'enfants de moins de 28 jours.

Ces deux nombres permettent de déterminer la mortalité infantile et la mortalité périnatale qui sont de bons indices de la situation sanitaire d'une population.

En France depuis 10 ans la mortalité infantile (décès d'enfants de moins de 1 an rapportés aux naissances) ne cesse de diminuer et s'établit à 4,4 pour 1000 enfants nés vivants.

1.4.1.4.2. Taux spécifiques :

Ils permettent d'évaluer de façon plus précise l'état de santé d'une population en distinguant des groupes de populations différents (sexe, âge, niveau économique et social). On peut également calculer des taux spécifiques de mortalité par cause (maladies cardio-vasculaires, tumeurs…).

Ce taux spécifique de mortalité est donc le rapport du nombre de décès pour une affection donnée ou un sous-groupe d'une population donnée au nombre total de décès.

Dans la population française en 1997, 4 groupes de maladies sont à l'origine des trois quarts des décès :

- maladies de l'appareil circulatoire (32%)
- tumeurs (27%)
- morts violentes (accidents et suicides) (10%)
- maladies de l'appareil respiratoire (8 %)

1.4.1.5. Espérance de vie (72,75) :

1.4.1.5.1. A la naissance :

C'est la durée de vie moyenne (moyenne d'âge des décès) de toute une génération (personnes nées la même année).

Elle ne devrait en théorie être calculée qu'après disparition complète de la génération considérée mais dans les faits elle est calculée tous les ans .
Ceci permet d'objectiver son évolution au fil du temps.

1.4.1.5.2. De l'année :

C'est le nombre moyen d'années qu'un nouveau-né pourrait vivre s'il était soumis toute sa vie aux conditions de mortalité de l'année prise en compte.

En 1999 en France, l'espérance de vie à la naissance était de 74,9 ans pour les hommes et 82,3 ans pour les femmes.

Il existe une disparité géographique entre le nord et le sud de 4 années en faveur du sud .

On note également des zones de surmortalité masculine en Bretagne et au Nord-Pas-De-Calais (64) .

1.4.1.5.3. A un âge donné :

Pour une année considérée, l'espérance de vie à un âge donné est le nombre moyen d'années supplémentaires que les individus pourraient vivre s'ils étaient soumis jusqu'à la fin de leurs jours aux conditions de mortalité de l'année donnée.

Par exemple en France, l'espérance de vie à 35 ans sur une période allant de 1982 à 1996 montre une différence significative entre les cadres et professions libérales d'une part et les ouvriers d'autres part de 6,5 ans chez les hommes et 3,5 ans chez les femmes.

1.4.1.5.4. Sans incapacité :

Cette notion prend en compte la notion de qualité de vie et correspond à l'espérance de vie totale retranchée des années vécues en situation d' « incapacité » (difficulté voire impossibilité de réaliser les actes élémentaires comme se déplacer , manger, s'habiller, faire sa toilette).

Sur la période 1981-1991, l'espérance de vie en bonne santé a progressé plus vite que l'espérance de vie à la naissance.

1.4.2. Indicateurs cliniques (72,75) :

1.4.2.1. Définition :

Ils concernent les données de morbidité et de mortalité liées à une maladie ce qui permet d'établir une liste des facteurs de risques pour une maladie donnée et d'évaluer un problème de santé.

1.4.2.2. Types :

Différents types d'indicateurs cliniques coexistent :

- les indicateurs de létalité.
- les indicateurs de morbidité.
- les indicateurs de risques.

1.4.2.3. Létalité :

Il s'agit de la mortalité liée à une maladie donnée.

Le taux de létalité en découle et correspond au nombre de décès observés sur une période donnée (dus à une maladie précise) sur le nombre de personnes-temps atteintes par cette maladie.

1.4.2.4. Morbidité :

1.4.2.4.1. Définitions :

Elle donne des indications sur le nombre d'individus malades et sur les nouveaux cas de la maladie.

La morbidité représente donc la fréquence des maladies ou d'une maladie dans la population.

Cette morbidité varie selon qu'on considère le sentiment de l'individu (morbidité ressentie), l'avis du professionnel médical (morbidité diagnostiquée) et la réalité clinique basée sur des preuves fiables et reproductibles (morbidité objective).

1.4.2.4.2. Mesures :

La morbidité s'apprécie par les taux d'incidence et de prévalence.

1.4.2.4.2.1. Taux d'incidence :

L'incidence est le nombre de nouveaux cas d'une maladie dans une population durant une période de temps.

L'incidence permet d'évaluer la vitesse d'apparition des cas d'une pathologie.

• **Le taux d'incidence** se calcule en rapportant le nombre de nouveaux cas survenus dans une période de temps définie (incidence) à la population exposée à cette maladie (personnes-temps).

$$\text{Taux d'incidence} = \frac{\text{Nombre de nouveaux cas dans période donnée}}{\text{Nombre de personnes-temps étudiées dans période}}$$

• **Le taux d'incidence cumulée** représente la probabilité pour des personnes saines de développer une maladie pendant une période donnée.

$$\text{Incidence cumulée} = \frac{\text{Nombre de nouveaux cas dans période donnée}}{\text{Nombre de personnes saines au début de période}}$$

• **Le taux d'incidence instantanée** est le nombre de nouveaux cas de maladie survenus pendant la période d'étude sur le nombre de personnes-temps saines durant la période.

$$\text{Incidence instantanée} = \frac{\text{Nombre de nouveaux cas durant période donnée}}{\text{Nombre de personnes-temps saines durant période}}$$

• **Le taux d'attaque** est une variante du taux d'incidence et est utile lorsque la population considérée n'est exposée que pendant un court laps de temps.
Exemples : intoxication alimentaire, maladie contagieuse ou encore irradiation accidentelle.

1.4.2.4.2.2. <u>Taux de prévalence</u> :

La prévalence est la proportion de malades présents dans la population à un instant donné.

Ce taux de prévalence est le rapport entre la totalité des cas existant durant la période d'étude (présents avant le début de la période, apparus ou décédés durant celle-ci) et l'effectif de la population étudiée (malade ou non) durant cette période.

$$\text{Taux de prévalence} = \frac{\text{Cas existant dans la population à instant donné}}{\text{Nombre total de personnes}}$$

Ce taux est une vision instantanée et transversale des cas existant à un moment donné ou sur une période plus prolongée.

Il existe une relation entre l'incidence et la prévalence.
La prévalence est d'autant plus élevée que l'incidence est élevée sur la période considérée et que la durée moyenne de maladie est longue.

Ces indicateurs de santé sont des outils visant à évaluer l'état de santé de façon objective et rigoureuse.

Ils permettent également la mise en place de plans d'action de Santé Publique en mettant en évidence les inégalités individuelles face à la maladie.

1.5. Opinions et perception dans la population :

Les perceptions de la population générale sur son état de santé font désormais partie des données de bases sur la réflexion sur l'état sanitaire d'un pays.
Ainsi, les enquêtes de Santé Publique intègrent de plus en plus fréquemment des questionnaires sur l'état de santé « perçu ».

L'enquête diligentée par le Haut Comité de la Santé Publique (1994) montre que l'état de santé ressenti est globalement bon.

Fin 1997, plus de 89% des personnes interrogées se déclarent satisfaites ou très satisfaites de leur état de santé.

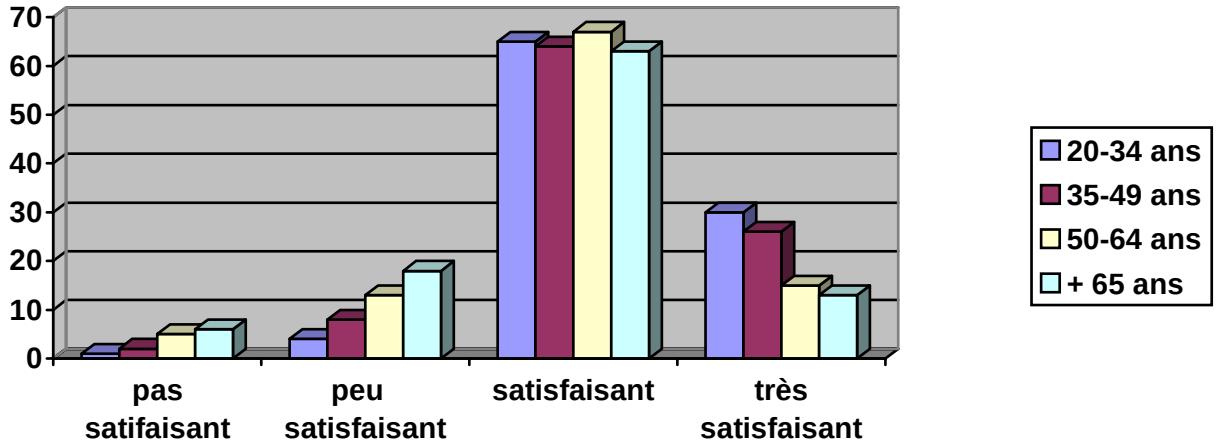
Ce chiffre global encourageant ne doit pas masquer les différences de perceptions selon différents critères.

1.5.1. Selon l'âge :

C'est la variable essentielle qui fait que 95% des 20-34 ans sont satisfaits de leur santé contre seulement 76 % des plus de 65 ans.

De plus, les « très satisfaits » représentent un tiers des 20-34 ans et un huitième des plus de 65 ans.

Perception de l'état de santé selon l'âge d'après le Haut Comité de la Santé Publique (1994) :



1.5.2. Evolution (38,40,41) :

1.5.2.1. Passé :

65% des Français estiment que leur état de santé s'est amélioré dans les dix dernières années, les hommes se montrant plus optimistes que les femmes dans leur jugement (66% contre 61%).

Il est également intéressant de noter que les plus jeunes sont aussi ceux qui ont une vision la plus négative de l'évolution de la décennie passée .

Ceci est à mettre en relation avec les crises sanitaires récentes qui ont pu jouer un rôle négatif (vache folle, tremblante du mouton, poulet à la dioxine …).

1.5.2.2. Futur :

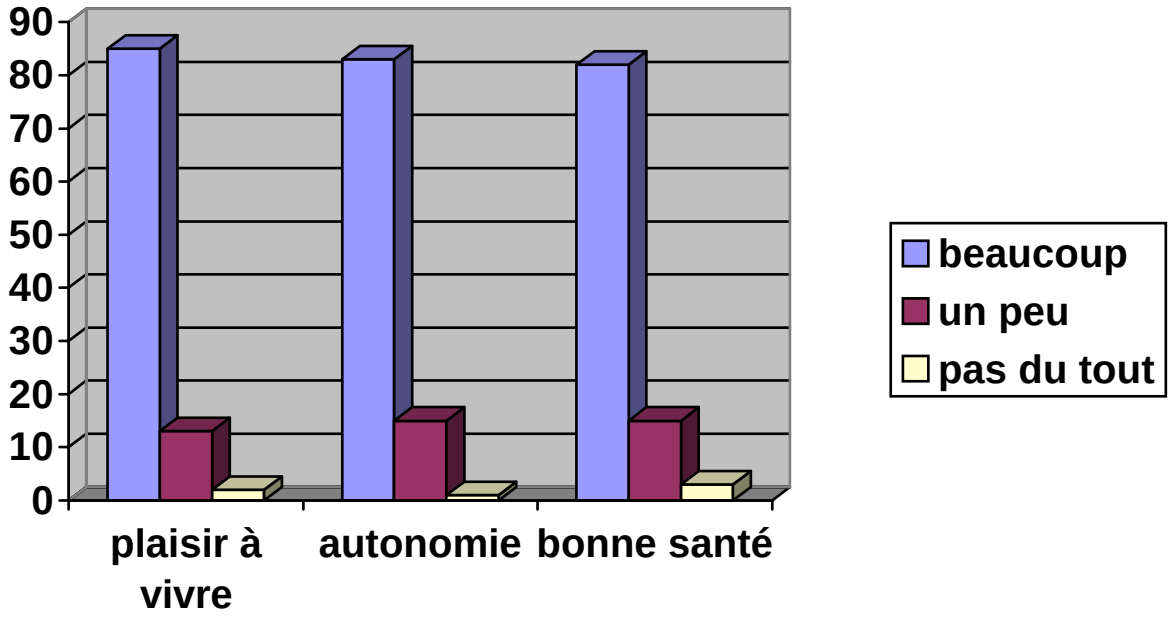
Les Français sont nettement moins optimistes quant à l'évolution future. 50% pensent que la situation sanitaire s'améliorera durant la décade à venir alors que près de 30% pensent le contraire.

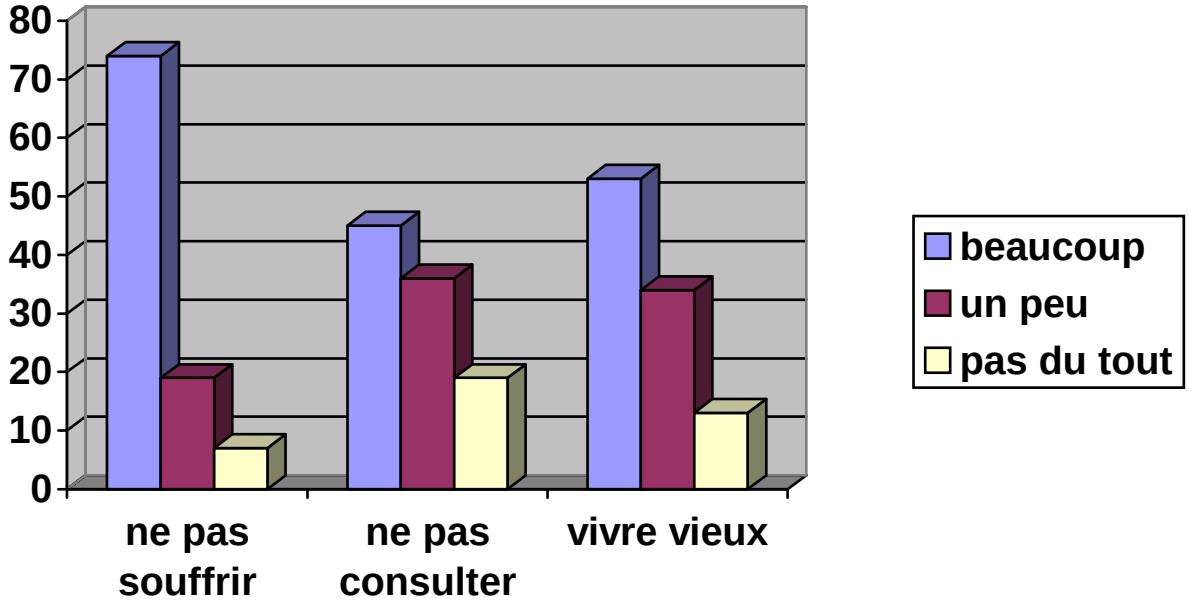
Cette évolution future dépend essentiellement de la situation personnelle de l'interviewé : les personnes peu satisfaites de leur état de santé opteront plus volontiers pour une dégradation de la santé collective dans les années futures.

1.5.3. « Bonne santé » : signification (38,40,41)

Qu'est ce qu'une bonne santé ?

Voici les réponses données à cette question posée à un échantillon représentatif de la population française par le Haut Comité de santé Publique (1994).





Il paraît intéressant de noter que les items associés le plus fréquemment à la bonne santé sont ceux correspondant à une vision du bien être (être heureux et pouvoir faire ce que l'on veut).

Ces deux critères ne sont en outre presque jamais rejetés.

Les items à connotation négative (ne pas être malade, ne pas souffrir ou bien encore ne pas avoir à consulter de médecin) n'apparaissent qu'en deuxième ligne.

La perception personnelle de la santé va dans le même sens que l'évolution conceptuelle du terme santé qui s'effectue depuis quelques années : La santé est avant tout un état de bien être.

1.5.4. Le social : déterminant essentiel

L'homogénéité à l'intérieur des différentes classes d'âges n'est qu'une illusion et la perception de la santé ainsi que tous les indicateurs de santé s'avère être directement liée à la situation sociale de la personne sondée.

1.5.4.1. Perception de la santé (38,40,41)

Les chômeurs sont deux fois moins nombreux à se déclarer satisfaits de leur santé que les personnes ayant un emploi (16% contre 29 %) et sont 17% à se considérer insatisfaits de leur santé (6% des personnes ayant un emploi) à l'intérieur de la classe d'âge 20-34 ans.

De même parmi les actifs ayant un emploi, 33% des cadres et professions libérales se déclarent très satisfaits de leur santé contre 24% des ouvriers et des employés.

Ceci est appuyé par le rapport existant entre le revenu du foyer et la vision de sa santé : les foyers les plus riches s'estiment en meilleure santé que les autres foyers .

De la même façon le fait d'être au chômage influe nettement l'opinion sur l'évolution passée de l'état de santé et ceci de façon négative (39 % des personnes sans emploi ont une vision négative sur les dix dernières années contre 23% des actifs ayant un emploi.)

Ces éléments mettent en évidence la perception grandissante des facteurs sociaux comme déterminants de l'état de santé .

1.5.4.2. <u>Surmortalité et classes sociales</u> (40,41) :

PATHOLOGIE	VARIATION TAUX DE DECES 1981-1991	SURMORTALITE
Cancer poumon		
Ouvrier/Employé	**28%**	**3,6**
Commerçant/Cadre moyen	**35%**	**1,6**
Cadre sup/Libéral	**-3%**	**1**
Cancer VADS		
Ouvrier/Employé	**-5%**	**10,2**
Commerçant/Cadre moyen	**-15%**	**2,9**
Cadre sup/Libéral	**-29%**	**1**
Alcoolisme		
Ouvrier/Employé	**-25%**	**9,3**
Commerçant/Cadre moyen	**-33%**	**3**
Cadre sup/Libéral	**-23%**	**1**
Infarctus		
Ouvrier/Employé	**-14%**	**2,5**
Commerçant/Cadre moyen	**-11%**	**1,6**
Cadre sup/Libéral	**-47%**	**1**
AVC		
Ouvrier/Employé	**-18%**	**3,3**
Commerçant/Cadre moyen	**-21%**	**1,8**
Cadre sup/Libéral	**-38%**	**1**
Accident de la route		
Ouvrier/Employé	**-14%**	**2,6**
Commerçant/Cadre moyen	**-2%**	**1,6**
Cadre sup/Libéral	**-29%**	**1**
Suicide		
Ouvrier/Employé	**-2%**	**2,9**
Commerçant/Cadre moyen	**-7%**	**2**
Cadre sup/Libéral	**-18%**	**1**

D'après le Haut Comité de la Santé Publique (1998).

Le tableau précédent expose, pour chacune des grandes pathologies, l'évolution des taux de décès sur la période 1981-1991 des 25-64 ans ainsi que la surmortalité existant par rapport à la catégorie cadres supérieurs /professions libérales. Les taux sont standardisés par âge.

Il existe en France des écarts importants de mortalité entres les catégories socio-professionnelles.

L'évolution du taux de mortalité avant 64 ans sur la période a chuté plus rapidement dans les classes sociales les plus favorisées que chez les ouvriers dans toutes les pathologies rencontrées.

On peut noter également des taux de mortalité 10 fois supérieurs chez les ouvriers que chez les cadres supérieurs pour certaines pathologies comme l'alcoolisme et les cancer aéro-digestifs supérieurs.

En résumé, il existe un gradient social évident qui fait qu'en France on meurt avant 64 ans plus dans certaines catégories socio-professionnelles que dans d'autres, et ce de manière significative.

Il ne faut cependant pas perdre de vue que ces chiffres de surmortalité selon la catégorie socio-professionnelle ont une valeur toute particulière en France où l'on sait que la généralisation du système de protection sociale fait qu'il y a peu de sélection par l'argent pour l'accès aux traitements des pathologies les plus graves.

Il faut donc trouver une explication à ces différences de niveau de santé qui n'est pas l'inégalité d'accès aux soins ou l'inégalité de la qualité des soins même si certaines populations n'ont pas un accès égal aux services de santé.

1.5.4.3. Espérance de vie (40) :

Le tableau ci-dessous compare l'espérance de vie à 35 ans des différentes catégories socio-professionnelles selon un ordre croissant en 1983.

Cette étude montre l'inégalité sociale en terme d'espérance de vie.

On peut noter des différences allant jusqu'à huit années selon la catégorie sociale.

Ceux qui vivent le plus longtemps ont le niveau d'instruction et de revenus le plus élevé (dirigeants, enseignants et ingénieurs) alors que ceux qui ont l'espérance de vie la plus faible exercent des professions non qualifiées (manœuvre et salarié agricole).

Catégorie socio-professionnelle	**Espérance de vie à 35 ans**
Professeurs	43,2
Ingénieurs	42,3
Cadres Supérieurs	41,4
Instituteurs	41,1
Gros commerçants/Industriels	40,4
Techniciens	40,3
Agriculteurs exploitants	40,3
Artisans	40,2
Cadres moyens	39,6
Contremaîtres	39,1
Petits commerçants	38,8
Employés du commerce	38,4
Employés de bureau	38,5
Ouvriers qualifiés	37,5
Salariés agricoles	37,5
Ouvriers spécialisés	37
Armée Police	36,9
Personnels de service	36
Manœuvres	35,3

D'après le Haut Comité de la Santé Publique (1994).

D'autres études (40) ont dans le même ordre d'idées mis en évidence l'augmentation de l'espérance de vie en bonne santé pour toutes les CSP mais de manière plus importante pour les catégories les plus élevées.

On vit donc de plus en plus vieux et en bonne santé mais de façon très inégale selon son statut social.

Même en dehors de toute situation de pauvreté, il existe un gradient continu qui fait que chaque niveau hiérarchique a une espérance de vie supérieure au niveau immédiatement inférieur.

Le travail « White Hall cohorte » ou « Black Report » mené en Angleterre est sur ce sujet très intéressant (56,57,85).

L'enquête a porté sur une cohorte de fonctionnaires c'est à dire une population qui n'est ni pauvre (malgré de grandes disparités dans la répartition des revenus) ni exposée à des risques professionnels importants expliquant une surmortalité.

On y observe que se ne sont pas seulement les personnes en bas de l'échelle sociale qui présentent un risque de décès élevé, mais que le taux de mortalité est toujours plus faible parmi les fonctionnaires d'un niveau donné que celui de leurs collègues du niveau immédiatement inférieur.

Ce type de recherche confirme l'idée que le niveau sur l'échelle sociale est un facteur de risque en lui même.

L'étude a permis de spécifier un ensemble de facteurs affectivement négatifs qui caractérisent le vécu professionnel :

- l'absence d'autonomie dans le travail
- le sentiment de ne pas utiliser toutes ses compétences
- le manque d'estime de soi
- le manque d'estime des autres
- la dévalorisation personnelle.

Tous ces facteurs font que l'étude des rapports entre santé et position sociale ne peut uniquement se cantonner aux facteurs de risques spécifiques des maladies .

1.5.4.4. <u>Synthèse</u> :

Toutes les études menées en Europe occidentale ont montré un fait majeur dans la santé publique de nos sociétés :

il existe un gradient de l'état de santé selon l'échelle sociale.

Les publications (56,57,85) sur ce thème se sont multipliées depuis la parution en Angleterre du fameux rapport Black (1982).

Ce rapport montre qu'il existe des inégalités sociales pour la plupart des indicateurs de santé (mortalité néonatale, infantile, accident, cancers, maladies respiratoires, cardiaque …) et que la santé des populations les moins favorisées est aussi celle qui s'est le plus dégradée au cours des vingt précédentes années (57).

Ces inégalités structurelles de santé sont généralement constatées dans les différents pays européens, même si une meilleure répartition des revenus dans certains pays va de pair avec des inégalités moins importantes.

Les inégalités de santé sont ainsi moins importantes lorsque les disparités de revenus sont faibles (61).

Ce gradient social possède les caractéristiques suivantes :

- il est ancien (au début du XX ème siècle en Angleterre) et existait à des périodes où les maladies et les risques étaient différents de l'époque actuelle.
- il a tendance à s'accentuer au cours du temps. L'amélioration globale de la santé ne doit pas masquer que les différentes classes sociales profitent de façon inégale de ce progrès.
- il existe, quel que soit la mesure du niveau social (CSP, revenu, éducation).
- il existe, quel que soit le mode de mesure de la santé
- enfin ce gradient est continu et sans fracture.

De plus en plus, des facteurs psychologiques et symboliques sont apparus comme déterminants évidents de la santé organique.

On a commencé à parler *d'histoire personnelle* dans l'explication de la genèse des maladies .

Les évènements de la vie (life events) ont attiré depuis longtemps l'attention des cliniciens : on a pu noter l'effet péjoratif de certains évènements de la vie sur la constitution ultérieure de cancer.

Un événement de vie sévère (décès parent proche, rupture, perte d'emploi) multiplie par 11,6 le risque de cancer du sein dans les 5 ans chez les femmes.

Ceci donne des arguments pour avancer l'idée que les évènements de la vie peuvent en eux-même avoir une importance sur la santé somatique (19).

L'inégalité sociale ne se résume pas à des différences matérielles mais semble être quelque chose de complexe, au carrefour entre la vie personnelle, souffrance psychique et place dans la société.

L'existence de ces déterminants psychologiques forts est une des clés de la compréhension des liens entre la personne en situation de précarité et sa santé.

2. PRECARITE : L'AUTRE NOM DE LA PAUVRETE ?

2.1. Vocabulaire :

L'étude du vocabulaire utilisé pour désigner les citoyens les plus pauvres fait apparaître un grand désarroi sémantique.

Le mot « pauvre » jugé péjoratif mais dont le sens est très bien compris, a tendance à être remplacé par d'autres termes jugés, temporairement, moins négatifs.

Ainsi, sur l'initiative des journalistes on observe une quasi-disparition depuis l'année 2000 du terme « pauvre » et une forte diminution de l'utilisation de « pauvreté » (67,68).

Une grande diversité de formules est depuis lors utilisée dont le but est de procéder à une euphémisation pour porter des valeurs plus acceptables par le plus grand nombre.

Les pauvres se sont transformés en démunis, en défavorisés, en non-riches, en nécessiteux ou en « plus en difficulté » : les pauvres sont devenus des précaires.

Cette modification du signifiant ne doit pas faire oublier la réalité, que les précaires sont peut-être d'anciens pauvres mais sûrement pas de nouveaux riches.

L'utilisation du terme précaire ne se limite pas à définir les populations pauvres en termes de revenus . L'appellation désigne tous les individus en situation de vulnérabilité de part des évènements de la vie ou des expériences personnelles qui débouchent sur une fragilisation économique, sociale (au sens « place à l'intérieur » de la société) et familiale.

C'est dans ce sens que le terme a été retenu dans le cadre de ce travail.

2.2.Définitions :

2.2.1. Précarité :

« Alors que tout un chacun est persuadé de pouvoir reconnaître un pauvre dans la rue quand il le croise, le statisticien semble incapable de les dénombrer. »

Herpin (cité par 67).

Une définition a été adoptée lors du conseil européen de décembre 1984 où l'on considérait comme pauvre « une personne dont les ressources (matérielles, culturelles et sociales) sont si faibles qu'elle est exclue des modes de vie minimaux acceptables dans l'état où elle vit » (2).

Cette définition fait référence à une pluralité de ressources permettant d'atteindre une certaine condition de vie relative à l'état considéré.

Dans le même ordre d'idées, la définition de Wresinski (1987) pour qui la précarité est « l'absence d'une ou plusieurs sécurités, notamment l'emploi, permettant aux personnes et aux familles d'assumer leurs obligations professionnelles, familiales et sociales et de jouir de leur droits fondamentaux. »

20% des français sont touchés par cette définition de la précarité soit 12 millions de personnes (68).

De nouvelles études sociologiques et économiques montrent les différentes approches de la pauvreté :

- la pauvreté budgétaire caractérisée par une insuffisance de revenus est celle qui est privilégiée dans la plupart des travaux économiques.
- la pauvreté d'existence caractérisée par l'absence de biens.
- la pauvreté administrative qui correspond aux personnes percevant une aide de l'état.

2.2.2. Pauvreté budgétaire (66,67,68) :

2.2.2.1. Seuil de pauvreté :

C'est le niveau de revenu au-dessous duquel les ménages sont déclarés pauvres.

Selon l'INSEE (67,68) il se définit comme la demi-médiane des revenus (ou revenu médian) par unité de consommation.

On retiendra qu'une personne est pauvre si elle perçoit moins de 50% du revenu moyen soit 560€ par mois en 1997.

Chaque adulte supplémentaire vivant dans le ménage compte pour 0,5 et chaque enfant de moins de 14 ans pour 0,3.

Ainsi, un ménage sans enfant est considéré comme pauvre sous le seuil de 846€ par mois . Ce seuil est de 1184€ pour un couple avec deux jeunes enfants.

En France en 1997, il y avait 4,2 millions de pauvres soit 1,7 millions de ménages (67,68).

Ce seuil est arbitrairement choisi ; le modifier à 40% ou 60 % , comme c'est le cas dans d'autres pays, signifie faire varier considérablement le nombre des personnes pauvres.

Il est toutefois intéressant de constater que ce taux est constant autour de 11,2% sur les années 1997-2000 (seuil à 50%).

Cette stabilité n'a rien d'étonnante car le taux ne peut diminuer que si les revenus des ménages pauvres augmentent plus vite que les revenus du reste de la population. La stabilité traduit simplement une progression comparable du revenu des ménages pauvres et de celui des autres ménages.

On estime à 50% le pourcentage des ménages qui restent dans la pauvreté une année sur l'autre (67,68).

2.2.2.2. **Revenu médian :**

C'est le revenu qui permet de distinguer les 50% des ménages les plus riches des 50% les plus pauvres dans l'ensemble de la population. Il permet de comparer le niveau de vie des ménages.

2.2.2.3. **Unité de consommation :**

C'est une unité de mesure de la taille des ménages relativement à leurs besoins de consommation.

Elle permet de comparer des niveaux de vie de différents ménages de composition différente en divisant le revenu total du ménage par un coefficient égal au nombre d'unité de consommation présente.

2.2.2.4. Revenu Disponible :

C'est le revenu qui comprend :

- les salaires.
- les revenus des activités indépendantes.
- les pensions (retraite, invalidité).
- les indemnités chômage.
- les pensions alimentaires reçues moins celles versées.
- les revenus sociaux ne figurant pas sur la déclaration fiscale.
- les revenus du patrimoine.

2.2.2.5. Revenu disponible augmenté des loyers fictifs :

C'est le revenu précédent auquel on rajoute le montant de la valeur locative de la résidence principale pour les propriétaires.

2.2.2.6. Revenu disponible augmenté des revenus du patrimoine estimé :

Au revenu disponible, on ajoute les revenus issus des livrets exonérés d'impôts et de taxes (Codevi par exemple), les revenus soumis à prélèvement libératoire et les revenus issus de l'assurance-vie et de l'épargne logement.

2.2.2.7. Revenu corrigé :

C'est la notion de revenu la plus large car elle comprend à la fois les loyers fictifs et les revenus du patrimoine estimé.

2.2.3. Pauvreté d'existence : conditions de vie

L'analyse de la pauvreté budgétaire peut être complétée par l'examen des conditions de vie.

Dans quatre domaines de la vie quotidienne, les ménages se prononcent sur toute une série d'indicateurs.

On considère au final que le ménage éprouve des difficultés de conditions de vie s'il rencontre au moins huit difficultés sur les 27 retenues.

2.2.3.1. <u>Contraintes matérielles</u> :

Les contraintes budgétaires se subdivisent en :

- taux de remboursement supérieur à un tiers du revenu.
- fréquents découverts bancaires.
- revenu tout juste supérieur aux dépenses.
- aucune épargne à disposition.
- recours aux économies.
- il faut s'endetter pour y arriver.

L'évolution de ces indicateurs en pourcentage (1997-2001) est exposée dans le tableau suivant :

Contraintes budgétaires	**1997**	**1999**	**2001**
Remboursement >30% revenus	5,1	3,3	3,5
Découverts bancaires	7,1	7,2	7,8
Revenu à peine > dépenses	10,3	17,1	17,1
Pas d'épargne	25	27,2	26,7
Recours aux économies	22	20,4	21,9
Endettement nécessaire	18,4	15,9	15,6

D'après l'Observatoire National de la Pauvreté et de l'Exclusion Sociale (2002).

2.2.3.2. Retard de paiement :

La question formulée était ici : avez-vous en raison de problèmes d'argent été dans l'impossibilité de payer à temps à plusieurs reprises

- vos factures (EDF,gaz …).
- votre loyer.
- vos impôts.

Retards de paiement	**1997**	**1999**	**2001**
factures	6	4,6	5,2
loyer	3,5	2,3	2,5
impôts	2	1,1	1,2

D'après l'Observatoire National de la Pauvreté et de l'Exclusion Sociale (2002).

2.2.3.3. Restriction de consommation :

Les difficultés financières ne permettent pas de :

- maintenir une température idéale au logement.
- partir une semaine en vacances par an.
- remplacer les meubles.
- acheter des vêtements neufs.
- manger de la viande tous les deux jours.
- recevoir.
- offrir des cadeaux.
- avoir deux paires de chaussures.
- ne pas manger tous les jours.

Restrictions de consommation	1997	1999	2001
Température du logement	7,9	11,6	11,4
Une semaine de vacances	33,8	31	29,5
Remplacer les meubles	37,3	33,6	30,8
Vêtements neufs	10,1	8,5	7,9
Manger de la viande	5,6	5	5,2
Recevoir	12,2	9,2	8,8
Offrir des cadeaux	13	10,9	9
2 paires chaussures	7	5,8	4,8
Ne pas manger	4	3,4	2,6

D'après l'Observatoire National de la Pauvreté et de l'Exclusion Sociale (2002).

2.2.3.4. <u>Difficultés de logement</u> :

Les différents critères afférents au logement sont détaillés dans la liste qui suit :

- surpeuplement
- pas de salle de bains
- pas de toilette
- pas d'eau chaude
- pas de chauffage

Difficultés du logement	1997	1999	2001
Surpeuplement	10,7	9,8	9,2
Pas de salle de bains	3,1	2,6	2,6
Pas de toilettes	2,1	2,2	2
Pas d'eau chaude	1,8	1,4	1
Pas de chauffage	11,7	11,4	10,6

D'après l'Observatoire National de la Pauvreté et de l'Exclusion Sociale (2002).

2.2.3.5. Critique du logement :

On demandait aux foyers d'exprimer des critiques sur leur logement selon les items suivants :

- logement trop petit
- difficulté à chauffer
- trop humide
- trop bruyant

Critiques du logement	**1997**	**1999**	**2001**
Trop petit	18,7	19,2	19,8
Difficile à chauffer	28,5	25,8	25,1
Humide	13,6	13,9	14
Bruyant	19,4	21,4	22,2

D'après l'Observatoire National de la Pauvreté et de l'Exclusion Sociale (2002).

2.2.3.6. Analyse des données (67,68) :

La proportion totale de ménages touchés par des contraintes d'ordre budgétaire a augmenté entre 1997 et 2001 passant de 11,4% à 12,5%.

Cependant, l'analyse détaillée montre des tendances contradictoires difficilement interprétables car elles portent soit sur des ménages nouvellement sondés soit elles semblent être le signe d'une augmentation du revenu disponible.

La proportion des ménages touchés par au moins un tiers des items a légèrement baissé de 1997 à 2001 passant de 13,1% à 11,5%.

L'évolution la plus conséquente touche les restrictions de consommation à savoir les difficultés à assumer les dépenses courantes jugées indispensables.

Par contre, les contraintes budgétaires et de logement n'ont pas diminué lors de cette période.

Ces chiffres sont comparables avec ceux de la persistance dans la pauvreté budgétaire : il n'y a pas d'évolution notable de la pauvreté en France sur les périodes étudiées.

2.2.4. Pauvreté administrative :

Ce mode de calcul de la pauvreté permet d'établir le nombre de personnes relevant de la solidarité nationale : ce sont les bénéficiaires de minima sociaux.

2.2.4.1. Types d'allocations :

Il existe différents types de minima sociaux par ordre de fréquence :

- Revenu Minimum d'Insertion alloué pour un adulte de 26 ans n'ayant pas des conditions de ressources suffisantes (RMI).
- Allocation Supplémentaire Vieillesse qui peut s'ajouter au minimum vieillesse sous certaines conditions (ASV).
- Allocation Adulte Handicapé (AAH) avec un taux d'incapacité fixé à 80%.
- Allocation de Solidarité Spécifique pour les chômeurs en fin de droits (ASS).
- Allocation Parent Isolé pour des personnes assurant seules la charge d'enfants de moins de 3ans (API).
- Allocation Supplémentaire d'Invalidité ASI (même condition que ASV).
- Allocation d'Insertion réservée à des populations ayant demandée asile en France (AI).
- Allocation Veuvage assurant un minimum de ressources au conjoint survivant (AV).

Ces minima sociaux sont destinés à garantir un revenu minimum aux différentes populations défavorisées qui se situent sous le seuil de pauvreté.

2.2.4.2. Evolution depuis 1990 (67,68) :

Fin 2000 en France, 3 millions de personnes disposant de faibles revenus bénéficiaient d'une prestation de solidarité.

Ce chiffre monte à 6 millions si l'on considère les personnes à charges des allocataires (enfants ou conjoint).

Fin 2000, le nombre d'allocataires de minima sociaux a baissé de 3 % sous l'effet conjugué de la baisse du nombre d'allocataires du revenu minimum d'insertion et de l'allocation de solidarité spécifique.

Au-delà des problèmes liés aux disparités d'une législation complexe, les études récentes mettent l'accent sur les risques de maintien durable dans la pauvreté des bénéficiaires des minima sociaux, du fait de la faiblesse des rétributions qu'ils peuvent escompter d'un retour à l'emploi.

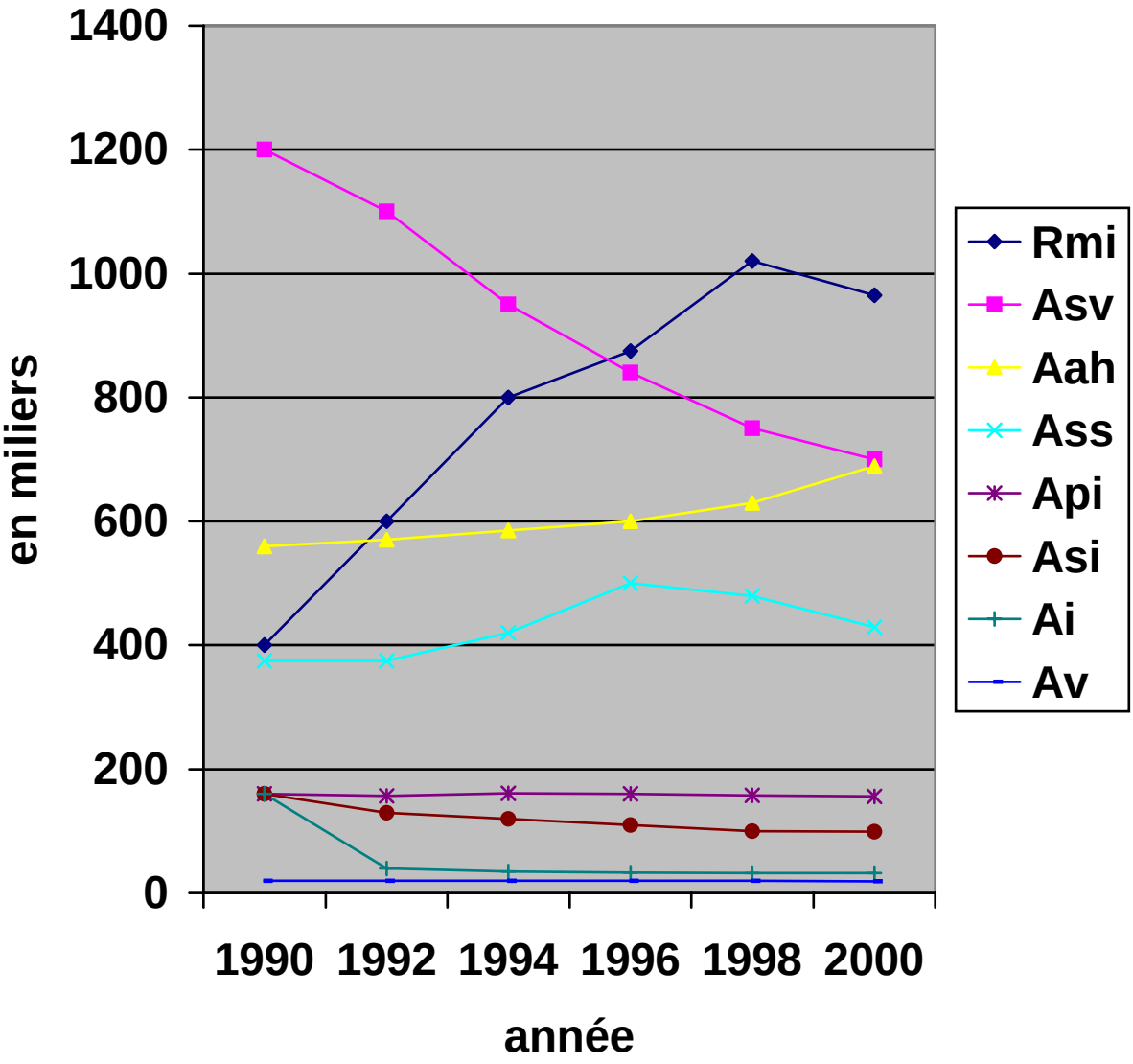
Ainsi, Atkinson (1998) a mis en évidence certains effets désincitatifs des revenus sociaux sur l'offre de travail.

La position relative de famille monoparentale avec un enfant a été comparée avec une famille monoparentale avec trois enfants.

Le RMI a amélioré la condition de la première famille alors que le taux d'emploi des mères a diminué dans le premier cas et augmenté dans le second.

On peut néanmoins nuancer le propos en se projetant à moyen terme et en imaginant que la valeur sociale attachée au travail incitera au retour à l'activité professionnelle.

Evolution du nombre d'allocataires de prestations sociales entre 1990 et 2000 d'après l'Observatoire National de la Pauvreté et de l'Exclusion Sociale (2002).



2.2.5. <u>La grande pauvreté</u> (41,67,68) :

La grande pauvreté est définie par l'INSEE comme l'état d'un foyer dont le revenu est inférieur ou égal à un tiers du revenu médian.

Cette grande pauvreté a baissé de 1983 à 1993 de 5,5% à 3,5% des ménages et était alors d'environ 1,5 millions de personnes.

C'est un des effets bénéfiques des minima sociaux et de l'augmentation régulière de ses bénéficiaires.

En plus de cette grande pauvreté économique, il existe des facteurs sociaux qui conduisent à cette situation.

On peut citer :

- les familles vivant dans une pauvreté héritée (existant depuis longtemps).
- l'accumulation de handicaps dans la santé, le logement ou l'éducation.
- l'appartenance à des populations immigrées depuis moins de dix années.
- une histoire personnelle ou familiale marquée par d'importantes ruptures.
- un sentiment de non-appartenance et/ou de rejet.

Les situations de grande pauvreté conduisent généralement à une assistance qui permet la survie économique mais qui n'offre pas la possibilité de remonter la pente de la pauvreté.

C'est une situation dont il est très difficile de se sortir .

2.2.6. La pauvreté : une notion relative

Pendant la plus grande partie de l'Histoire, la lutte contre la pauvreté se limitait à assurer le minimum vital pour ne pas sombrer dans la misère, voire ne pas mourir.

Ceci n'est plus vrai pour les pays développés.

Dans les pays occidentaux, la pauvreté n'est pas comparable dans l'absolu avec la pauvreté des pays en voie de développement où la lutte contre la pauvreté est toujours synonyme de lutte pour survivre.

La notion est devenue relative non seulement entre les pays (par leurs différents niveaux de vie) mais même à l'intérieur d'un pays où le seuil évolue au fil de l'évolution du niveau de vie : si la distribution des revenus ne change pas , le seuil de pauvreté ne changera pas lui non plus alors que le niveau moyen se sera malgré tout amélioré.

De plus, le fait de fixer à 40, 50 ou 60 % du revenu médian le seuil de pauvreté va faire varier dans des proportions non négligeables le nombre de pauvres.

C'est pourquoi le seuil de pauvreté dans nos pays occidentaux se rapporte plus à un indicateur des inégalités qui mesure l'écart entre le bas et le milieu de la distribution des niveaux de vie (67,68).

1. lui non plus alors que le niveau moyen se sera malgré tout amélioré.
   1.1. De plus, le fait de fixer à 40,50 ou 60 % du revenu médian le seuil de pauvreté va faire varier dans des proportions non négligeables le nombre de.
      1.1.1. j
2. p
   2.1. ù
   2.2. ù
   2.3. i
   2.4. u
   2.5. u

2.6. Situations de précarité :

La précarité ne se limite pas à ses formes les plus visibles et les plus communément admises.

C'est un phénomène rampant et qui, sous toutes ses formes, touche des groupes de populations très différents.

2.6.1. L'emploi, le chômage et le travail :

La population d'un pays se divise schématiquement en trois sous-ensembles :

- les actifs disposant d'un emploi.
- les actifs demandeurs d'emploi.
- les inactifs c'est à dire ceux qui ne cherchent pas un emploi comme les retraités, les personnes au foyer, les personnes en formation ou encore les étudiants.

2.6.1.1. Des liens complexes entre pauvreté et chômage (67,68) :

De 1997 jusqu'au début 2002, on a assisté en France à une forte baisse du chômage.

Or, pendant cette même période l'évolution du taux de pauvreté budgétaire ne coïncide pas avec l'évolution du taux de chômage : entre 1997 et 2002, on ne décèle aucune évolution significative du taux de pauvreté budgétaire que ce soit pour l'ensemble de la population ou pour la population en âge de travailler.

Une première explication à cette absence de lien mécanique est l'hétérogénéité de la population pauvre (67,68) qui explique que leur pauvreté n'est pas forcément liée à leur situation sur le marché de l'emploi.

Les différents facteurs qui font passer les différents ménages sous le seuil de pauvreté sont nombreux :

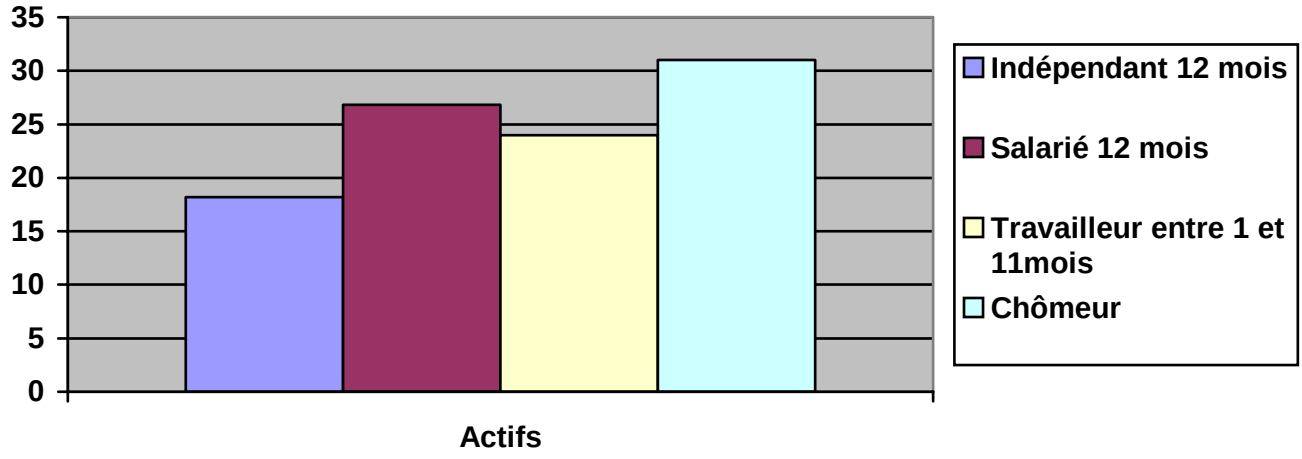
- le chômage tout au long de l'année ou intermittent.
- un bas salaire annuel lié à une situation de sous emploi.
- un temps partiel contraint.
- des situations d'activité indépendante (agriculteur).
- la structure familiale (famille nombreuse).
- une faiblesse du revenu de remplacement pour certains retraités.

2.6.1.2. Typologie des personnes pauvres (67,68):

2.6.1.2.1. Actifs :

D'après l'INSEE, 40% des personnes pauvres sont des actifs c'est à dire des personnes qui ont fait partie de la population active au moins 6 mois dans l'année. Ils représentent 1,7 millions de personnes.

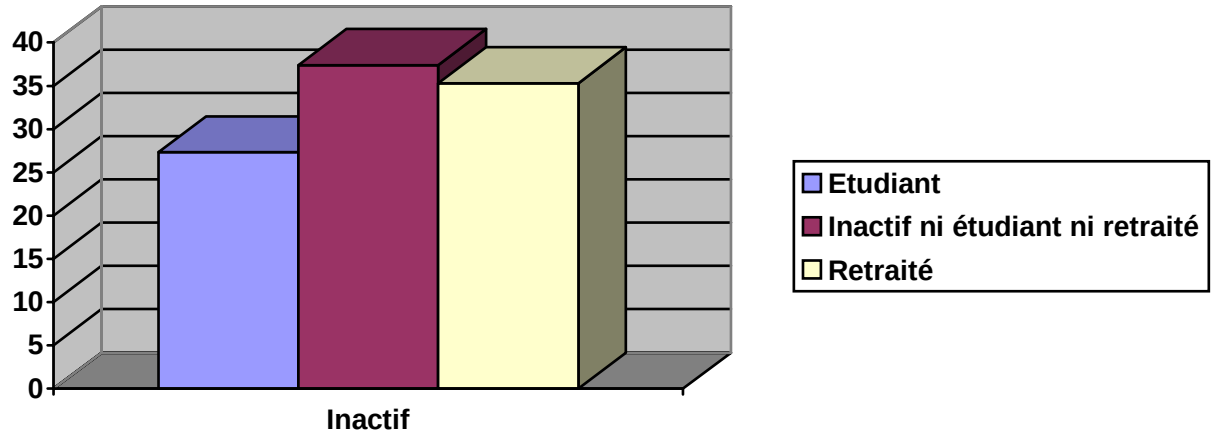
Le tableau suivant classe les actifs en situation de pauvreté selon leur situation vis à vis du marché du travail.



D'après l'Observatoire National de la Pauvreté et de l'Exclusion Sociale (2002).

2.6.1.2.2. Inactifs :

D'après l'INSEE, 60% des pauvres sont inactifs c'est à dire n'ayant pas travaillé 6 mois dans l'année. Les inactifs de plus de 17 ans (enfants exclus) représentent 1,5 millions de personnes et se classent selon le graphique suivant.



D'après l'Observatoire National de la Pauvreté et de l'Exclusion Sociale (2002).

Les enfants sont près d'un million à vivre dans un ménage pauvre en France.

2.6.1.3. <u>Résultats</u> (67,68) :

Le nombre d'inactifs pauvres est largement supérieur à celui des actifs pauvres (2,5 millions contre 1,6).

Parmi les actifs pauvres, les travailleurs constituent plus de 70% des personnes.

Deux tiers des travailleurs pauvres ont connu un emploi durant toute l'année que se soit en tant que salariés ou indépendants, le tiers restant ayant connu des alternances de chômage et d'emploi.

Au total, le chômage constitue l'un des déterminants de l'entrée en pauvreté pour 44% des personnes pauvres.

Pour les autres, le chômage n'est pas le déterminant de la situation de précarité car elles font soit partie d'un ménage inactif soit occupent déjà un emploi tout au long de l'année.

Pour les chômeurs trouvant un emploi, il n'est pas acquis que leur nouveau changement de statut leur permettra de sortir de la pauvreté.

De part l'existence de formes atypiques d'emplois (intérim, durée déterminée et saisonnier) et d'emplois à temps partiel contraint, le fait de trouver un emploi peut dans un premier temps se traduire par une augmentation de la proportion de travailleurs pauvres.

On a pu mettre en évidence que les pauvres n'étaient pas obligatoirement chômeurs et qu'à l'inverse le chômage ne menait pas forcément à la pauvreté.

Cependant, la probabilité d'être pauvre est d'autant plus importante que le ménage est concerné par le chômage : on multiplie par 3,5 son risque de pauvreté si son ménage est concerné par le chômage.

Occuper un emploi en continu protège de la pauvreté : le taux de pauvreté est de 3% pour les personnes ayant travaillé toute l'année contre près de 12% pour celles qui ont travaillé au moins un mois, chômé toute l'année ou connu quelques mois d'inactivité (67,68).

Une autre approche a été celle d'Atkinson (1998) qui a montré que l'appréciation de la pauvreté au sein d'un ménage dépendait du nombre d'apporteurs de ressources.

Il a pu mettre en évidence que les taux de pauvreté sont constamment plus faibles parmi les ménages comportant deux apporteurs de ressources par rapport à ceux qui n'en comportaient qu'un.

L'activité des deux conjoints atténue le risque de pauvreté alors que l'inactivité de la femme (en terme d'emploi rémunéré) l'amplifie.

A nombre d'enfants identique, les couples dont la femme est inactive (ni en emploi ni au chômage) ont 2,5 fois plus de risque d'être pauvres que les couples dont les deux conjoints sont actifs.

A la lecture de toutes ces données, on observe que le travail n'est plus le protecteur absolu face à la pauvreté. Le travail et les types d'emploi se sont précarisés et sont à l'origine de bon nombre de situations de précarité.

2.6.1.4. Pauvreté et catégorie socio-professionnelle (66,67,68) :

Un quart des ménages des agriculteurs ont des revenus inférieurs au seuil de pauvreté. Ce chiffre est à nuancer car leurs faibles revenus déclarés une année donnée peuvent correspondre à une année difficile qui ne reflète pas leur situation habituelle.

De plus, les revenus des indépendants sont soumis à des règles fiscales particulières qui font que leur revenu fiscal déclaré n'est pas comparable à un salaire déclaré.

Enfin, en termes de conditions de vie ils ne paraissent pas plus pauvres que les salariés.

On constate des taux de pauvreté très comparables entre les ménages d'ouvriers et d'employés (9,1% et 8,1%).

La catégorie artisans, commerçants et entrepreneurs contient des situations très hétérogènes qui font que le taux final de pauvreté est de 11,3%.

En effet, il n'est pas possible de comparer les situations d'un industriel, patron d'une multinationale et d'un artisan-patron, unique employé de son entreprise. Pourtant, ces deux personnes apparaissent dans la même catégorie socio-professionnelle.

Catégorie socioprofessionnelle	**Nombre de ménages pauvres en milliers**	**Taux de pauvreté en %**
Agriculteurs exploitants	88	23,2
Artisans, commerçants, entrepreneurs	135	11,3
Cadres et libéraux	44	1,9
Professions intermédiaires	86	2,8
Employés	242	9,1
Ouvriers	389	8,1
Inactifs (y compris chômeurs)	248	28,4
Total	**1232**	**8,1**

D'après l'Observatoire National de la Pauvreté et de l'Exclusion Sociale (2000).

2.6.1.5. <u>Le chômage de longue durée</u> :

Un mécanisme particulier expliquant la pauvreté tient à l'impossibilité de retrouver un emploi durablement dans le temps (25,67,68).

Les chômeurs de longue durée (au chômage depuis plus d'un an) sont des populations à risque plus grand de pauvreté et ce d'autant plus que les zones d'emplois sont urbanisées et denses.

On observe également de fortes disparités régionales du taux de chômage de longue durée.

Ce sont les régions au solde migratoire négatif qui ont le taux le plus bas car leur population est plus mobile (Mayenne, Briançon par exemple) Ce taux est à comparer aux populations du Nord-Pas-de-Calais fortement touchées car ancrées dans la région en raison de la désindustrialisation et de la faible dynamique de l'emploi.

A l'opposé de ces régions à solde migratoire négatif, les régions du midi où malgré des soldes migratoires positifs voire très positifs (Montpellier +12%), et malgré une dynamique de l'emploi forte, les taux de chômage de longue durée sont très élevés.

Ceci tient au fait que l'attractivité des régions fait venir des populations beaucoup plus nombreuses que le marché de l'emploi ne pourrait en absorber.

Le chômage de longue durée est favorisé par le manque de diplômes, l'absence de diplômes et la faible mobilité géographique. Il est un facteur essentiel menant à la pauvreté.

Etre actif mais sans emploi tout au long de l'année mène une fois sur trois à la pauvreté (36).

2.6.1.6. <u>Chômage et diplômes</u> (67,68) :

Le chômage touche inégalement les diverses catégories de salariés.

Il est d'autant plus fort que le niveau de qualification est faible : 17% des actifs sans diplômes ou titulaires du certificat d'étude primaire sont au chômage contre 7% des diplômés du secondaire.

Les peu qualifiés sont les personnes le plus fréquemment au chômage et au chômage de longue durée.

On en arrive à une conclusion qui pourrait nous faire dire que le faible niveau scolaire amène à la précarité par le biais du chômage de longue durée.

2.6.1.7. <u>Précarisation du marché du travail en France</u> (67,68) :

Les modifications profondes et brusques de l'industrie et plus globalement du système de production sont à l'origine d'un phénomène nouveau :
la précarisation de l'emploi.

Cette précarisation se traduit non seulement par le chômage mais par les nouvelles formes que prend l'emploi.

Au nom de la compétition économique mondiale, le management et l'organisation du travail ont changé et abouti à des formes d'emploi précaire ou atypique.

Cela consiste à transformer le salariat à durée indéterminée à temps plein, qui a été la norme pendant près de 90 ans, en salariat à durée déterminée :

- CDD.
- Intérim.
- Contrats aidés et/ou subventionnés.

- Stages.

On note également le développement des pratiques de sous-emploi avec le temps partiel imposé et l'utilisation du chômage partiel comme forme de rémunération.

Le salariat a dans l'Histoire du travail permis de lever les incertitudes des travailleurs quant à la stabilité de leur travail dans le temps.

Ces incertitudes et la précarité de l'emploi renforcent la vulnérabilité de certaines populations déjà touchées par d'autres situations de précarité.

On note enfin, que le travail précaire représente en Europe 14,9% du travail total et qu'il est en France très supérieur à la moyenne avec près de 21 travailleurs sur 100.

2.6.1.7.1. L'augmentation des contrats à durée déterminée, de l'intérim et des contrats aidés :

Depuis le début des années 1980, l'utilisation de l'emploi limité dans le temps augmente.

De 1985 à 1995, le nombre d'emplois sous formes particulières a été multiplié par deux (9).

En outre, la part des contrats d'intérim et des CDD dans l'emploi total (hors salariés de l'état) s'est élevée en 1996 à 5,4% soit le double de 1980.

En 1996, le nombre de contrats à durée déterminée s'élevait à 791 000 alors qu'il était de 550 000, en 1991.

L'emploi à durée déterminée permet la flexibilité mais est devenu un outil permettant de sélectionner les employés.

Le CDD remplace dans un bon nombre de cas la période d'essai et ce de façon significative pour les emplois non-qualifiés.

En 1994, 80% des embauches dans les entreprises de plus de 50 employés ont été précédées d'un CDD.

L'emploi intérimaire est prédominant dans l'industrie, sa durée est en moyenne de deux semaines.

Il touche principalement les ouvriers sans qualifications et âgés de moins de 30 ans.

L'apparition de contrats aidés par l'Etat a modifié la situation dans la mesure où ces contrats tendent à se substituer aux CDD pour les postes peu qualifiés. Ces contrats sont plus avantageux pour les employeurs et leur permettent de limiter les charges sociales.

2.6.1.7.2. Le temps partiel (9,14,67) :

Une nouvelle attitude des employeurs est d'adapter la main d'œuvre existant au sein de l'entreprise au volume du travail par l'utilisation du travail à temps partiel et du chômage partiel.

En 1996, l'emploi à temps partiel représentait 3,2 millions de personnes soit 15,8% de l'emploi total.

Il pourrait constituer un véritable choix dans la mesure où il permet à l'employé de s'aménager des plages horaires de liberté individuelle, mais le temps partiel est à 40% subi et correspond plus à une alternative au chômage.

Ce sont principalement les femmes qui bénéficient du travail à temps partiel (85% des cas) subi ou choisi, et près d'une femme sur deux utilise cette forme de travail.

Sont principalement touchées par ce temps partiel, les ouvrières et les employées peu qualifiées.

Dans certaines branches d'activité comme la grande distribution, le temps partiel est devenu le mode de gestion du personnel qui permet de répondre à l'amplitude des horaires d'ouverture et aux variations d'affluence.

Temps partiel et précarité de l'emploi se cumulent créant la catégorie des sous-emplois précaires (14).

La même évolution a fait passer les journées indemnisées au titre de chômage partiel de 1,8 millions en 1989 à 10,7 millions en 1992.

2.6.1.7.3. La sous-traitance (41) :

La sous-traitance est l'opération par laquelle une entreprise confie à une autre le soin d'exécuter pour elle une partie des actes de production.

Elle dépasse largement le cadre originel de recherche d'une technicité existante dans la société principale et devient une variable d'ajustement des effectifs en fonction de la demande de production.

Dépendantes des entreprises donneuses d'ordres, les entreprises de sous-traitances se voient contraintes de réduire au maximum leurs coûts au détriment de leurs employés.

On observe alors une multiplication des embauches sous forme de contrat à durée déterminée avec des rémunérations faibles pour des employés pas nécessairement formés aux taches qu'ils vont effectuer.

La sous-traitance crée des inégalités entre les employés des sous-traitants et ceux des sociétés principales en matière de droits individuels et collectifs.

2.6.1.7.4. <u>Les emplois précaires sont-ils un marche-pied vers des emplois stables</u> ? (2,14) :

Atkinson (1998) oppose deux types de sociétés selon la dynamique de l'exclusion :

- celles de mobilité sociale où l'employé « précaire » quand il aura prouvé son aptitude au travail se verra proposer un emploi stable.

- celles de séparation sociale où les emplois précaires sont de vrais facteurs de pauvreté et d'exclusion qui conduisent au chômage récurrent. Il y a une sphère emploi stable et une sphère emploi précaire et chômage qui sont largement dissociées l'une de l'autre.

Plusieurs constatations ressortent de ce document.

La première est que les probabilités de passer d'un emploi stable à un emploi précaire d'une année sur l'autre est très faible et que ceci n'a pas évolué au cours des années 1990.

La seconde est que le travail précaire débouche l'année suivante en proportion égales sur un emploi précaire (39%), un emploi stable (27%) et le chômage (28%)(les 5% restant étant en inactivité).

Cette situation a évoluée depuis le début des années 1990 et il est de plus en plus difficile de trouver un emploi stable à partir d'un emploi précaire.

La troisième est que le chômage est un état stable et que la situation se répète d'une année sur l'autre dans près de 60% des cas.

A la vue de ces constatations, il semblerait que la France soit une société à mi-chemin entre la séparation sociale et la mobilité sociale.

La trappe à chômage est importante : une fois l'individu au chômage, il lui est difficile mais pas impossible de s'en sortir.

Cette précarisation de l'emploi s'est traduit par l'apparition d'une nouvelle population : les travailleurs pauvres.

2.6.1.8. Les travailleurs pauvres (23,49) :

Depuis quelques années, le nombre de travailleurs à bas salaires a augmenté et la question des « travailleurs pauvres » longtemps ignorée est devenue un thème de débat et d'étude.

Un travailleur pauvre (working poor) est une personne de 17 à 59 ans, active et vivant dans un ménage pauvre (49).

Les travailleurs pauvres sont, dans leur ensemble peu ou pas qualifiés (46% sont sans diplômes), isolés (24% avec ou sans enfants), mais ils vivent le plus souvent en couple avec un conjoint inactif (33%).

Même si l'ancienneté dans l'entreprise des travailleurs pauvres est inférieure à celle des autres employés, près d'un sur deux exerce son activité dans la même entreprise depuis au moins cinq ans.

Seulement un quart des travailleurs pauvres est employé à temps partiel. La majorité des 1,3 millions travailleurs pauvres a travaillé toute l'année en tant que salarié (510 000 personnes) ou en tant qu'indépendant (350 000 personnes surtout dans le secteur agricole).

Le développement des emplois temporaires ou à temps partiel s'est traduit par une augmentation de la proportion des salariés à bas revenus. Cette expression « bas revenus » mérite une définition.

Le salaire est ce qui permet à une personne de subvenir aux besoins de son ménage. On rapporte donc ce salaire à une durée d'existence (au mois le plus souvent) pour apprécier s'il est insuffisant ou non.

En 2001, plus de 3,4 millions de salariés (soit un salarié sur six) percevaient un bas salaire et cette proportion est passée sur les dernières années de 11,4% en 1983 à 13,4% en 1989 puis de 15,7% en 1990 à 16,6% en 2001 (23).

Les facteurs qui peuvent conduire à un bas salaire sont multiples :

- faible montant de salaire.
- faible durée de travail.
- faible durée d'emploi.
- faible niveau scolaire.
- combinaisons de ces situations.

L’absence de facteurs de risque permet presque toujours d’échapper aux bas salaires tandis que le cumul de deux facteurs ou plus y conduit de façon presque systématique.

Pour les salariés à bas salaire, le risque de vivre dans un ménage pauvre est plus élevé que la moyenne même si tous les salariés à bas salaires ne sont pas pauvres : bas salaires et pauvreté ne sont pas synonymes.

La pauvreté s’apprécie au niveau du ménage. Un salarié à bas salaire peut ainsi échapper à la pauvreté s’il existe d’autres ressources dans le ménage (deuxième salaire, prestations sociales ou revenus annexes) et que ces revenus sont suffisants pour faire vivre l’ensemble du foyer.

Réciproquement, un salarié qui n’est pas rétribué par un bas salaire, peut être pauvre si les autres ressources du ménage sont trop faibles. Pour les couples, l’absence d’un second revenu conduit plus fréquemment à la pauvreté.

Les autres revenus ont également un impact important sur la pauvreté des personnes ayant un emploi.

Ainsi, les prestations sociales (allocations logement et allocations familiales) réduisent de façon significative le taux de pauvreté.

Elles représentent près du tiers du revenu des travailleurs pauvres.

Il est important de noter que la configuration familiale est un facteur susceptible de corriger ou d’aggraver une situation individuelle.

Lorsque deux conjoints occupent toute l’année un emploi à temps complet au salaire minimum, leur ménage n’échappe guère au risque de pauvreté

2.6.1.9. Travail, chômage et santé (40,41) :

2.6.1.9.1. Travail et santé :

D’après la loi, aucune discrimination par l’état de santé ne peut s’effectuer par un employeur que se soit dans le cadre d’une embauche ou d’un licenciement (loi 92-1446).

Dans les faits, les contraintes auxquelles sont soumises les entreprises en terme de compétitivité, réactivité et productivité ont aboutit à une sélection naturelle de l’emploi par la santé. Ce processus n’est pas seulement sélectif mais exclusif.

La santé des employés s’adapte au travail sinon c’est l’exclusion et ce quoi qu’en disent les médecins du travail.

Deux exemples peuvent être pris pour illustrer ce propos.

Les travailleurs vieillissants sont soumis à une double précarisation de leur santé par l'accumulation des contraintes liées au travail (position de travail, horaire) et de l'effet mécanique de l'âge (baisse de la vue ou baisse de l'agilité).

Ceci est d'autant plus vrai que le travail est pénible et répétitif (travail à la chaîne par exemple). Les incapacités ou et les inaptitudes qui découlent de ces problèmes de santé vont devenir la voie royale de l'exclusion du monde du travail.

Le deuxième exemple concerne les jeunes qui acceptent des emplois pour lesquels ils ne sont que peu ou pas formés.

Aux yeux des employeurs, leur inexpérience est largement compensée par leur jeunesse et leurs aptitudes physiques.

Ces jeunes de moins de 25 ans sont impliqués 2,5 fois plus dans un accident du travail que les plus de 25 ans et sont 49% à posséder un statut précaire (40).

Ainsi, de part ce jeu de sélection/exclusion la santé apparaît comme un déterminant de la précarité qui elle-même va alors contribuer à la dégradation de l'état de santé réalisant une boucle de précarisation (40).

2.6.1.9.2. <u>Chômage et santé</u> (7) :

Il est assez difficile d'isoler particulièrement les effets et les liens entre le chômage et la santé.

On peut cependant noter que le chômage possède des effets protecteurs sur la santé somatique à court terme en mettant à l'abri des risques professionnels et des contraintes liées à l'emploi.

A l'opposé, des effets négatifs sur l'état de santé sont à remarquer à plus long terme, de part les dégradations des conditions d'existence, de la baisse de la protection sociale, de la perte du statut social ou bien encore la dévalorisation de l'image de soi.

Une étude expose les influences du chômage sur l'état de santé.

Cette analyse à partir de données de l'INSEE fait état de différences entre chômeurs et actifs, non pas sur la morbidité des pathologies, mais plutôt sur la perception de la santé, la consommation de soins et le type de pathologies.

Les actifs déclarent plus de pathologies liées à leur travail comme les lombalgies, les douleurs articulaires et tendineuses ou les fatigues intenses à comparer avec les sentiments de mal être (nervosité, anxiété, angoisse, céphalées, insomnie, état dépressif, brûlures d'estomac) plus fréquemment rencontrées chez les chômeurs.

Ces pathologies particulières des chômeurs vont de paire avec une consommation trois fois supérieure de psychotropes que les actifs (33,41).

De même, les troubles comme la perte d'appétit, le sentiment d'être coupable et sans valeur, l'absence d'envie de vivre, les difficultés à réfléchir ont amené à dire que l'état dépressif ou la dépression grave contribue de façon évidente au maintien au chômage.

Les chômeurs sont en outre plus nombreux à avoir subi des interventions chirurgicales et à avoir eu des accidents graves dans la vie que les actifs.

On peut donc aisément imaginer le rôle discriminant de la santé vis-à-vis du monde du travail

2.6.1.10. <u>RMI et santé</u> (23,27) :

L'état de santé des personnes bénéficiaires du RMI possède des particularités qui font que les troubles dentaires, les problèmes ostéoarticulaires et les pathologies digestives sont plus fréquemment rencontrés que dans la population générale.

De la même façon que pour les chômeurs, on note des pathologies psychiques fréquentes liées aux incertitudes quant à l'avenir et aux conditions de vie précaires.

Un point primordial à noter sur la santé des bénéficiaires du RMI est le nombre important de personnes inaptes au travail de façon totale (14%) ou partielle (31%).

Cette inaptitude est un point hautement négatif pour retrouver un emploi et par conséquent pour sortir de la situation de précarité.

Le RMI qui était une aide ponctuelle destinée à assurer un relais avant le retour vers le marché de l'emploi devient un mode de rémunération durable dans le temps.

2.6.2. <u>Habitat et cadre de vie</u> (1,40) :

L'association habitat-précarité nous fait immédiatement visualiser la situation des sans-abri. Cette situation extrême nous fait occulter la dégradation du logement qui touche une part importante de la population française.

Deux situations touchent un nombre grandissant de Français :

- la difficulté pour de nombreuses familles d'accéder à un logement décent.
- la détérioration du cadre de vie (l'habitat) et de l'environnement urbain et social dans lequel sont logées les familles.

Ces deux situations sont le résultat de la précarisation du logement en France.

On estime à 90 000, les personnes qui ne disposent d'aucun abri.
Ce chiffre est en perpétuelle évolution et le chiffre total de personnes se retrouvant sans-abri au cours d'une année est supérieur mais difficile à évaluer.

Environ 2,6 millions de personnes sont sans-logis dans le sens où elles sont soit hébergées par des amis ou la famille, soit logées dans des structures d'accueil, hôtels ou meublés. Dans tous les cas, ce sont des situations précaires.

On compte également 2,5 millions de personnes mal logées, réparties en deux catégories :

- 1 million sont en situation de surpeuplement accentué.
- 1,5 millions sont dans des logements sans douches et/ou wc.

Les causes de la précarisation du logement sont multiples.
On peut citer :

- l'augmentation du nombre de logements vacants (près de 2 millions en France).
- le déficit de construction de logements dits sociaux.
- la sélection financière accentuée et la difficulté d'accès aux logements sociaux.
- l'augmentation des loyers.
- la disparition du parc social de fait sous l'effet de la spéculation immobilière.

On observe une demande de logement insatisfaite parmi des groupes sociaux déjà en situation de précarité. Ainsi, se cumulent différents types de précarité.

Parmi eux les jeunes (pas forcément des désocialisés ou en errance) actifs pour lesquels obtenir un logement décent est devenu quasiment impossible de part leur situation précaire en terme d'emploi (trois emplois sur quatre proposés à un jeune sont des emplois précaires) qui les rend peu fiables pour des bailleurs éventuels.

Les populations d'origine étrangère sont également défavorisées en terme de logement locatif : le patronyme est encore un élément clé de l'accès au logement (41).

Il existe une discrimination raciale dont les intervenants des commissions d'attribution de logement font la consternante constatation.

Le problème de l'offre n'est cependant pas le seul rencontré. La précarité dans la société française est un problème géographico-dépendant. Il existe des quartiers qui sont de véritables îlots de précarité et des concentrés de précarisation.

Des cités dortoirs ont été construites, des « atrocités architecturales » qui cumulent la pollution visuelle, sonore et environnementale et dans lesquelles se mélangent le chômage, l'emploi non qualifié ou précaire, l'immigration récente ou mal insérée, les familles nombreuses, les familles monoparentales isolées, l'échec scolaire programmé, la violence, la dégradation de l'image de soi bref autant de facteurs de précarité et par conséquent de risques pour la santé.

De plus, le surpeuplement a des conséquences terribles car il interdit aux enfants d'effectuer un travail scolaire en dehors de l'école ou oblige les parents, pour un peu d'intimité, à faire jouer les enfants dehors.

Dans tous les cas cette promiscuité est source de conflits familiaux et d'attitudes violentes.

Les logements insalubres ont entraîné la résurgence de maladies disparues comme le saturnisme : des milliers de cas ont été diagnostiqués à Paris depuis quelques années sans pour autant que cela change quoi que se soit sur leurs habitations (10,58).

Logement et habitat sont les pivots majeurs du processus de précarisation par leur force d'exclusion de la société qu'ils possèdent en eux-mêmes.

On parle de facteur excluant (40,41).

En réduisant les possibilités de choix du logement, on regroupe géographiquement les populations défavorisées et on les exclue de tout le jeu social de la société.

> C'est ce qui fait dire à Wilson (1994) que « l'isolement social ne prive pas seulement des quartiers riches en ressources et en modèles sociaux de référence dont la présence amortirait l'absence d'emploi. Il prive aussi de cette sorte d'apprentissage culturel des réseaux sociaux qui facilitent l'avancement économique et social dans une société moderne. Le manque de ressources matérielles dans le quartier, l'absence relatives de modèles sociaux et l'étroitesse de l'apprentissage culturel ont pour effet de réduire la mobilité sociale. »

2.6.3. Familles monoparentales (10,31,52,58,59,81) :

2.6.3.1. Définitions. Généralités :

Une famille monoparentale est une famille où la personne de référence sans conjoint(e) vit avec un ou plusieurs enfants (10).

Cette expression a été introduite dans les années soixante-dix pour réhabiliter l'image des femmes divorcées ou célibataires avec des enfants qui était fortement connotée péjorativement.

En 1999 (81), 1,5 millions de familles étaient dans cette situation dont 85% étaient référencées par une femme et ce sont près de 2 millions d'enfants qui vivent dans ce genre de famille.

Les caractéristiques de ces familles ont profondément évolué au fil de la transformation de la structure des ménages.

Après avoir été le fait essentiellement de veuves et de « filles-mères » des milieux défavorisés dans les années soixante-dix, la situation touche de nos jours en majorité (58%) des femmes divorcées ou séparées, issues de tous les milieux sociaux à l'exception du milieu agricole où elles sont sous-représentées.

Les familles monoparentales sont de plus en plus nombreuses et l'on distingue deux types de vision parmi les sociologues et chercheurs sur le sujet.

Pour certains, la vision historique des enfants nés de mères seules est encore d'actualité (10,58) : délinquance, vagabondage et caractériels sont les conséquences d'une politique familiale défectueuse. Ces travaux soulignent néanmoins l'importance primordiale de l'agencement des relations familiales avant la séparation et l'appartenance sociale pour expliquer les différents dérapages possibles.

Pour d'autres (moins nombreux), les ruptures conjugales sont si bien acceptées de nos jours qu'il faut oublier les stéréotypes des « enfants à problèmes » issus d'une séparation, en matière de rapport à l'autorité et mise en place de repères.

Quoi qu'il en soit, il faut bien noter que les familles monoparentales possèdent des contraintes et des caractéristiques bien spécifiques.

2.6.3.2. <u>Pauvreté et monoparentalité</u> (10,58,59,82) :

A nombre d'enfants identique, le taux de pauvreté budgétaire est deux fois supérieur pour des familles monoparentales (25% des ménages) que pour des couples (12,6%) (67,68).

Leur taux d'endettement pour des biens autres qu'immobilier est supérieur aux autres ménages et montre bien que le quotidien et leurs conditions de vie sont plus difficiles que celles de la moyenne.

Ce déficit tient au fait que les familles monoparentales ne possèdent qu'un pourvoyeur de ressources et que c'est un facteur important pour ne pas être en situation de précarité financière.

En termes de formation, l'écart est assez important entre parents en couple et parents de famille monoparentale qui sont plus nombreux à n'avoir aucun diplômes ou seulement le brevet des collèges (20% contre 16%).

Plus globalement, le niveau d'étude d'une famille monoparentale est moins élevé que le niveau d'étude d'une famille en couple.

Ce constat est affiné quand on voit que 24% des mères seules ont un niveau supérieur au bac contre 41% de celles qui vivent en couple.

Cet écart tient au fait que la naissance des enfants intervient de façon précoce avant la fin du cursus scolaire ou avant le début de l'expérience professionnelle.

De plus, 64% des femmes seules de moins de 35 ans ont un père ouvrier contre 57% des mères en couple.

Ce chiffre est à comparer aux familles monoparentales de plus de 35 ans pour lesquelles l'origine sociale et la qualification sont comparables aux familles vivant en couple.

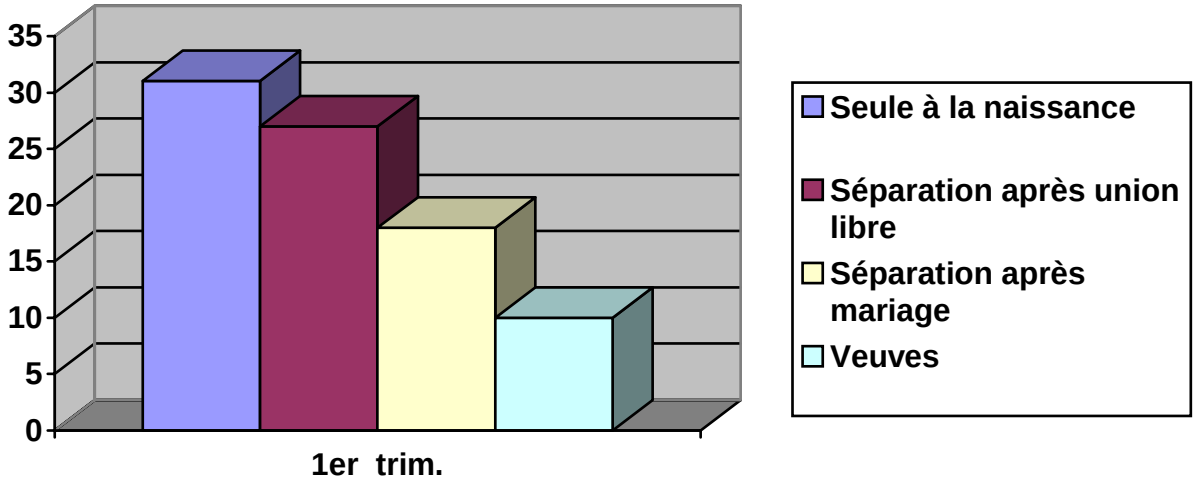
Du point de vue du marché du travail, les taux d'activité des mères seules sont nettement plus élevés que pour celles qui sont en couples (85% contre 75%).

Ceci renvoie à la nécessité impérieuse de subvenir seule aux besoins de la famille.

Ces femmes actives travaillent en outre moins à temps partiel que leurs homologues concubines pour des raisons financières évidentes et sont par contre plus fréquemment au chômage que les femmes en couples (23% contre 15%).

A noter également que le taux de chômage des mères seules est directement lié au processus par lequel la famille est devenue monoparentale.

Taux de chômage des mères seules par mode de survenue de la famille monoparentale (en %) d'après Séchet (2002) :



Il existe de grandes disparités entre les familles monoparentales aussi bien quant à leur composition, aux qualifications ou aux profils d'activité des parents.

Des situations à risque de précarité des familles monoparentales existent :

- jeunesse du parent et/ou de ses parents.
- niveau de qualification faible et chômage.
- absence d'expérience de couple.

Ce profil correspond assez largement à celui des bénéficiaires de l'allocation parent isolé destinée à fournir un niveau de ressources décent aux parents élevant seuls leurs enfants de moins de 3 ans.

2.6.3.3. Vulnérabilité des familles monoparentales : l'espace social (10,58,81,82)

Au-delà de la précarité financière plus grande des familles monoparentales, d'autres éléments se surajoutent pour expliquer la vulnérabilité de ces familles.

On peut les classer selon les différents niveaux suivants.

- l'économie :

  - inactivité, chômage et précarité financière.
  - unique apporteur de ressources.
  - inégalités relatives des femmes et des hommes sur le marché du travail (salaire différent à niveau de qualification égal).
  - surcoûts liés à des besoins spécifiques (gardes d'enfants par exemple).

- la famille :

  - rupture conjugale.
  - représentation et modèle de la famille.
  - assumer toutes les obligations seules.
  - manque de temps.
  - faible sociabilité.

- le cadre de vie :

  Dynamique territoriale :
  - situation économique de la zone d'emploi.
  - inertie ou dynamique territorial.
  - politique d'insertion.
  - politique de l'enfance et de la jeunesse.

  Proximité :
  - concentration et isolement spatial.
  - isolement physique en milieu rural.
  - garde des enfants.
  - accès aux services et mobilité.

2.6.3.4. Etre enfant dans une famille monoparentale (10,58,82) :

L'augmentation du nombre de familles monoparentales a fatalement fait progresser le nombre des enfants ne vivant qu'avec un seul de leurs parents jusqu'à un taux de 14% en 1999 (67,68).

A titre d'exemple, ils n'étaient en 1986 que 8,4% dans cette situation.

En France, le discours social s'inscrit dans la tradition de ne pas catégoriser les enfants pour ne pas stigmatiser des catégories de populations.

Le discours égalitaire n'est pourtant qu'une belle façade et force est de constater que les enfants de familles monoparentales vivent dans la précarité plus fréquemment que les enfants de couples avec ce que cela engendre sur l'état de santé.

Par exemple, la mortalité accidentelle dans l'enfance est deux fois plus élevée dans les familles monoparentales que dans les familles biparentales (58).

Ce n'est pas l'appartenance à un groupe de population qui est synonyme de précarité mais plutôt l'accumulation des facteurs de risque.

Etre enfant de famille monoparentale, c'est voir toutes les inégalités précédemment citées s'additionner que ce soit en terme d'économie, d'école, de cadre de vie, de famille et de santé.

Il existe des liens délicats entre la monoparentalité et la réussite scolaire que se soit en interprétation brute des chiffres ou en acceptation du discours par la population générale.

Les études ont ainsi montré que les résultats scolaires sont moins bons pour les enfants issus de familles monoparentales que pour ceux avec leurs deux parents. On observe que 36% des enfants « monoparentaux » sont en retard à l'entrée en sixième contre seulement 24% des enfants vivants avec leurs deux parents, 9% des enfants de familles monoparentales ont redoublé le cours préparatoire contre 5% des autres enfants.

Ceci entraîne un plus grand nombre de sortie du monde scolaire sans qualification ou peu diplômé.

La structure parentale est, après le diplôme maternel, la caractéristique familiale qui pèse le plus sur le risque de sortie sans qualifications.

Les liens monoparentalité-difficultés scolaires sont réels mais ne doivent pas faire perdre de vue que le niveau des ressources des parents et la situation sociale restent un des facteurs fondamentaux de l'inégale réussite à l'école.

Il semble au final que ce soit le cumul de facteurs de risque qui favorise la reproduction de la pauvreté d'une génération à l'autre et notamment par les inégalités face à l'école.

2.6.4. Enfance, précarité et école (58,90,94) :

2.6.4.1. Constat :

L'école n'est pas le lieu si souvent décrit de « l'égalité des chances pour tous. »

Les différentes études menées pour évaluer le niveau scolaire et le niveau de lecture ou de mathématiques aboutissent à un constat terrible :
la valeur des notes obtenues lors des différentes épreuves est strictement ordonnée selon une hiérarchie sociale et surtout culturelle.

Tableau mettant en relation la profession des parents et le résultat obtenu à une épreuve de français et mathématique en CE2 d'après Zorman (2001).

Profession des parents	Moyenne des notes
Cadre supérieur, Libéraux	73/100
Professions intermédiaires	69/100
Artisans, commerçants	67/100
Employés	65/100
Ouvriers	60/100
Inactifs	54/100

D'autres études du Ministère de l'Education Nationale (94) analysent les résultats en lecture des meilleurs élèves avec les moins bons.

Les meilleurs élèves sont principalement des enfants de cadres supérieurs et de professions intermédiaires dont 96% n'ont aucun retard scolaire.

Les élèves les moins bons sont plus fréquemment des garçons dont les parents sont ouvriers.

Ces différences observées au début du cursus scolaire ne s'amenuisent pas au fil du temps.
20% d'enfants d'ouvriers non qualifiés obtiennent un diplôme niveau bac+2 à comparer aux 73% d'enfants de cadres, enseignants et professions libérales.

Plusieurs pistes ont été mises en évidence pour étayer ce constat.

2.6.4.2. <u>Apprendre à lire</u> (94) :

Savoir lire est la compétence scolaire de base qui va permettre à l'enfant d'acquérir les autres compétences scolaires et même sociales et culturelles.

Il a été montré que l'apprentissage de cette connaissance basique est rendu possible par une préparation de l'enfant à la lecture.

Cette préparation consiste en une interaction entre parents et enfants dès le plus jeune âge par l'intermédiaire entre autres de lecture d'histoire au coucher et de lecture de contes. Cet échange sonore va permettre le développement d'un cerveau en formation et la compréhension orale va induire la compréhension écrite ultérieure.

On observe également des rapports étroits entre le niveau de langage et l'environnement familial et la quantité d'interactions verbales échangées.

Ainsi, les enfants issus de milieux culturellement défavorisés ne bénéficient pas de ces échanges de la petite enfance indispensables à l'acquisition de la maîtrise de l'écrit.

D'autres études ont de plus montré l'existence de différences entre la perception visuelle d'enfants issus de milieux différents.
35% des enfants d'ouvriers ont des perceptions visuelles faibles contre 14% des enfants de cadres supérieurs. Cette différence s'explique par une habitude plus importante à traiter ce type d'informations de certains enfants par la pratique familiale de jeu (type jeu de société). Jouer favorise l'analyse et la description des images.

Le milieu socioculturel joue un rôle primordial dans l'apprentissage de la lecture.

Les stimulations sensorielles permettent l'apprentissage plus facile car l'enfant en aura l'habitude et possèdera les capacités de bases (visuelle, spatiale et linguistique) qui sont des pré-requis supposés à l'entrée à l'école.

Le pendant de ce rôle clef du milieu socio-culturel dans l'apprentissage, est le rôle tout aussi primordial de la mère. Les mères ont un rôle important dans l'acquisition des compétences par les signaux positifs qu'elles renvoient sur l'enfant et par la valorisation que cela engendre. Les encouragements, les explications, les aides valorisent les qualités de l'enfant.

L'intelligence de la mère influe les capacités cognitives de l'enfant.

Le déficit socio-culturel du départ ne sera jamais rattrapé et induira immanquablement de nouveaux manques de connaissances renforçant un manque de confiance et un fatalisme face au monde scolaire.

2.6.4.3. Non-apprentissage scolaire vecteur de précarité (41,90, 94) :

Sans la préparation familiale, certains enfants vont connaître l'échec de façon précoce sans comprendre les raisons de cet échec.

Ils auront l'impression de ne pas pouvoir influencer ce qui leur arrive d'où une attitude assez fataliste.

Ceci oppose deux catégories de personnes :

- ceux qui pensent que leur conduite agit sur ce qui leur arrive (les internalistes).
- ceux qui pensent que des causes extérieures (la fatalité) produisent les évènements.

Il a été montré que les internalistes réussissent mieux à l'école par une plus grande efficacité dans le traitement de l'information, par leur capacité à tirer profit d'une expérience précédente et par une plus grande motivation pour réussir (on obtient ce que l'on mérite).

De plus, ils s'adaptent mieux, ont un meilleur contrôle d'eux-mêmes face au stress et possèdent de meilleures relations aux autres.

Ce type d'enfant est plus souvent retrouvé dans les milieux sociaux les plus favorisés.

L'influence des parents est donc une donnée majeure dans la réussite scolaire.

Pour qu'un enfant issu d'un milieu pauvre réussisse à l'école, une certaine typologie a été constatée :

- il possède un bon potentiel intellectuel.
- il est lucide sur la situation de précarité à la maison.
- il est conforme à la norme scolaire.
- il écoute en classe.
- il attribue ses succès à sa conduite et ses compétences.
- il met en avant l'effort fourni.
- sa réussite est soumise à son contrôle.
- ses parents privilégient l'école comme facteur influençant son avenir.
- il est soutenu et suivi par sa famille.
- il a subi moins d'évènements de la vie traumatisants qu'un enfant en échec.
- ses parents favorisent son développement cognitif.
- ses enseignants croient en lui.

Cette étude reprend les principes ancestraux de l'inné et de l'acquis.

Pour qu'un enfant réussisse, il faut qu'il possède en lui la base génétique suffisante et que son milieu, son environnement et sa famille favorisent son accomplissement et développement personnel.

De part ce déficit originel nécessaire à l'acquisition des bases scolaires, l'école peut très vite devenir un lieu de perte de confiance en soi voire même d'humiliation.

Les enfants de certaines situations de précarité, qui n'arrivent pas à lire correctement, vont perdre petit à petit leurs habiletés intellectuelles globales par manque d'acquisition de nouvelles connaissances. L'échec en lecture va renforcer leur manque de confiance en eux, leur fatalisme et va engendrer un renoncement aux apprentissages scolaires.

L'échec scolaire est dès lors presque inéluctable et fait que des enfants d'une classe d'âge quitteront l'école sans aucun diplôme.

Quant on connaît l'importance de l'absence de diplômes et ses conséquences sur la précarité, la réforme de l'école semble un outil nécessaire pour que la précarité s'estompe dans notre pays. Il y a 30 ans, ne pas avoir de diplômes n'était pas un obstacle à l'obtention d'un emploi dans la mesure où près d'une personne sur deux ne possédait pas le certificat d'études.

C'est aujourd'hui devenu une barrière à l'intégration professionnelle et donc sociale dans un contexte de l'emploi plus difficile.

On peut également noter qu'en plus de l'élimination sociale subie à l'école, les élèves issus de milieux sociaux défavorisés doivent porter le poids de la culpabilité : ils ont eu les mêmes chances que les autres puisqu'ils ont eu le même accès potentiel aux études. S'ils n'ont pas réussi, c'est qu'ils n'ont pas assez travaillé.

Ce sentiment que partage un certain nombre de personnes, ne tient pas compte de la complexité des processus personnels, familiaux et culturels amenant à l'échec scolaire. Réduire l'échec scolaire au manque de travail est une vision très simpliste et fausse.

Apprendre à lire et compter ne semble pas être un objectif utopique à réaliser pour l'école. Ce sont en outre les pré-requis indispensables pour avoir une perspective d'avenir réelle.

60 % de la population carcérale de Loos dans le Nord n'ont aucun diplôme et 5% parmi eux ne savent pas lire.

2.6.4.4. L'illettrisme (41) :

L'illettrisme n'est pas l'analphabétisme dans la mesure où l'on a enseigné à un illettré la lecture, l'écriture et le calcul élémentaire, mais que pour des raisons diverses il n'a pas acquis ou su conserver ces apprentissages.

Son état ne lui permet pas en outre de « procéder à des activités de raisonnement, telles que classer, sérier, envisager plusieurs points de vue, faire le tour des possibilités, étudier les causes et les conséquences, faire des hypothèses, anticiper des résultats » (41).

L'illettrisme est la cause majeure de l'échec scolaire.

Chaque année 80 000 nouveaux illettrés sortent de l'école primaire.

L'école unique, dans son soucis de ne pas exclure des enfants en difficulté de leurs camarades et du cursus « normal », laisse des enfants accumuler des lacunes.

Au final, à aucun moment l'enfant n'aura pu prendre pied dans la scolarité.

Certains estiment même que la scolarité d'un enfant en difficulté peut être scellée à 7 ans, dès sa sortie du cours préparatoire.

Insidieusement et malgré le passage de classe en classe, l'exclusion se met en place et se déclare lors de l'arrivée au collège avec des réactions parfois violentes de l'enfant ou de ses parents qui ne comprennent pas ce qui leur arrive.

On observe alors un phénomène de rejet de l'école, des autres et une exclusion sociale.
La lutte contre l'illettrisme des jeunes serait le moyen d'offrir à des enfants une alternative à leur avenir de personne fragile et précaire.

2.6.4.5. Ecole : amplificateur de précarité (41) :

L'école ne réussit pas dans son rôle éducatif pour tous et ne permet pas dans les faits la promotion sociale des enfants les moins favorisés.

L'échec scolaire est générateur d'échec social en combinant la difficulté d'insertion sociale aux difficultés économiques par l'accès à l'emploi.

Il s'ensuit une plus grande précarité responsable d'inégalités devant la santé et d'une érosion plus grande du capital santé.

Le passage à l'école influe fortement la vie ultérieure de façon presque irréversible. La réussite strictement scolaire est plus décisive que le dépistage des pathologies pour assurer la santé à long terme (41).

En plus de cet impact indirect à long terme sur la santé, l'échec scolaire va induire une souffrance psychologique à court terme.

Cette souffrance touche les enfants marqués par l'échec scolaire : les réflexions vexantes et les échecs répétés (l'impossibilité à réussir) vont effriter l'estime de soi et ce d'autant plus que la durée de scolarité s'allonge. Autrement dit, la réussite ou l'échec scolaire, et par conséquent le degré de qualifications, est une partie importante de l'épanouissement de la jeunesse, du bien-être psychologique et donc de la santé à venir.

Le niveau d'éducation est la variable qui prédit le mieux la santé d'un groupe ou d'une population (94).

2.6.4.6. La santé et l'enfance (41,52,58) :

« L'enfance et l'adolescence sont les périodes du développement physique et mental, de l'acquisition d'un capital culturel et social, de l'intégration à la vie sociale. C'est aussi le moment d'identification personnelle et sociale et celui où achève de se constituer le capital-santé. Celui-ci peut et doit atteindre un niveau considérable mais il risque d'être dilapidé par négligence, ignorance ou par des conduites à risque, dilapidation qui peut accumuler des facteurs de risques pour les stades ultérieurs de la vie » (Haut Comité de la Santé Publique 1998).

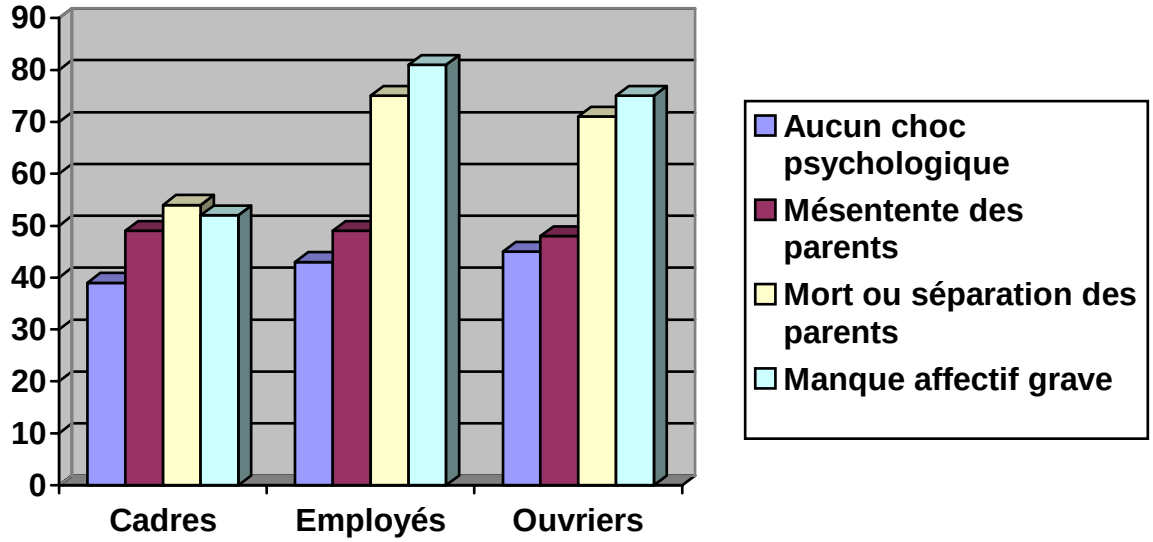
La bonne santé de la jeunesse va conditionner la santé à venir.

Or, il s'avère que la santé des enfants n'est traitée que dans le moment présent et non par sur le plan des conséquences à venir. La précarité d'un grand nombre d'enfants n'a pas de conséquences immédiates mais détermine l'état de santé ultérieur et par conséquent les états de santé établis de façon ponctuelle à un temps de l'enfance donné présentent de grosses lacunes.
Sur la santé immédiate des enfants, il a été mis en évidence un taux d'incidence de l'obésité infantile supérieur chez les enfants vivants dans les zones socialement défavorisées. La prévention et l'accès aux soins sont également moins bons en ce qui concerne les problèmes auditifs et dentaires.

La bonne santé générale apparente (ou organique) des enfants cache pour certains d'entre eux une souffrance dont les effets se feront sentir à l'avenir.

Ainsi, on a pu montrer que la fréquence et la gravité de maladies somatiques à l'âge adulte sont d'autant plus importantes qu'il y a eu des troubles psychologiques durant l'enfance.

Le tableau suivant expose le score des pathologies (fréquence et gravité des affections prévalentes) selon les problèmes psychologiques subis dans l'enfance par rapport à la catégorie sociale des parents d'après Martin (1998).



En outre, les inégalités face aux pathologies à l'âge adulte sont liées en premier lieu à des facteurs psychologiques (et non pas sociaux) même si les employés et les ouvriers sont plus sensibles à ces problèmes durant l'enfance.

Ces déterminants dont les conséquences semblent s'exercer de façon inéluctable peuvent néanmoins être corrigés par une politique sociale cohérente et un système éducatif approprié.

2.6.4.7. Exclusion et maltraitance (66) :

Les enfants les plus fragiles par leur histoire personnelle sont les enfants qui auront le plus à subir les violences physiques à l'intérieur même de l'école mais aussi en dehors.

Tout ce qui concourre à faire que l'enfant n'est plus dans la norme sociale (de part un échec scolaire par exemple), l'exclura du groupe et le rendra plus sensible aux violences physiques scolaires.

A cette violence physique qui a un impact sur la santé immédiate, la violence verbale est de loin la plus répandue à l'école et aura des effets dévastateurs à court, moyen et long terme (41).

A cette violence dans le cadre scolaire, s'ajoute la violence et les maltraitances familiales.

On estime en 2001 à 85 000 le nombre d'enfant en danger signalés, dont 18 000 maltraités (66).

A ce sujet, « la tendance à l'aggravation est réelle… et l'isolement physique d'un nombre croissant de personnes, le développement des familles monoparentales et l'incertitude dans l'avenir constituent une source accrue de risques pour les enfants » (Berthier 1998).

Les répercussions sur la santé à court, moyen et long terme d'un tel phénomène sont évidentes :

- 18 % des enfants maltraités deviennent maltraitant à leur tour et 90 % des enfants maltraités le sont par d'anciens enfants maltraités.
- les parents ayant interrompus le cercle de la violence avaient plus de soutien social et familial que les autres.

On peut résumer en disant que les enfants (comme les adolescents ou les familles monoparentales d'ailleurs) sont depuis quelques années les plus touchés par les processus de précarisation.

Ces processus impliquent l'apparition ou la réapparition de maladies, de carences et de troubles du comportement qui menacent de plus en plus d'enfants dans notre pays.

Les conséquences sanitaires sont réelles de façon immédiate ou à long terme et parfois même de façon transgénérationnelle, d'où la nécessité de prise en charge de ces enfants par une politique de prévention de la précarité sociale (59).

2.6.5. Les jeunes : adolescence et adulte jeune (3,4,38,41,58)

2.6.5.1. Définition :

L'adolescence est la période de la vie qui suit l'enfance et qui précède l'entrée dans la vie adulte.

Ainsi, ce temps est défini en négatif comme une non-appartenance à deux groupes de populations.

Il correspond à une transition physique, psychique et sociale et qui est déterminée par le vécu de l'enfance et ses liens avec la famille, l'école et les autres.

S'il est facile d'établir un âge d'entrée dans l'adolescence vers 12 ans, l'âge de sortie est beaucoup plus flou.

On considère néanmoins que ce n'est pas la majorité légale qui marque la sortie de l'adolescence mais plutôt le moment où s'effectue l'acquisition de l'autonomie.

Il est cependant réel que l'augmentation de la durée de scolarité moyenne et le logement chez ses parents à un âge avancé font qu'on fixera à 20 ans la limite supérieure de cette classe d'âge.

On s'intéressera donc également à ces adultes jeunes en quête d'insertion professionnelle.

2.6.5.2. La santé des jeunes (41) :

Principalement suivis par des médecins généralistes, les adolescents déclarent peu d'affections. Ils sont ainsi 88% à se déclarer en bonne santé.

Il semble toutefois qu'un certain mal-être soit largement répandu mais qu'il n'est pas considéré par les adolescents comme facteur de mauvaise santé.

2.6.5.2.1. Le mal-être :

On distingue différentes formes de mal-être ainsi que des modes d'expression variables :

- la souffrance psychologique qui est largement répandue et souvent sous-estimée.

- le sentiment d'isolement face aux différents problèmes rencontrés.
- l'absentéisme scolaire qui touche presque un jeune sur deux de 11 à 19 ans de façon irrégulière.
- la consommation de psychotrope qui est en France la plus grande de tous les pays européens.
- le vol privé ou public.

Ces sentiments et les signes qui en découlent touchent plus fortement les filles et s'accentuent avec l'âge.

Les états dépressifs peuvent être la conséquence des modifications et du travail psychologique induit par l'adolescence. Ces états ont été largement sous-évalués mais restent difficilement quantifiables en raison des différents modes d'expression qu'ils peuvent prendre.

Ainsi, les troubles du comportement, les conduites addictives, les violences, l'agressivité sont considérés comme des expressions d'un état dépressif.

2.6.5.2.2. Les conduites à risque :

L'adolescence est une phase souvent décrite comme une période de construction de la personnalité qui explique les différentes conduites à risque.

Les adolescents ont ainsi une moindre peur du risque, ils se sentent invulnérables et les risques pris ont, à l'intérieur de leur groupe local, valeur de rite initiatique.

Cependant, ce n'est pas l'adolescence en elle-même qui est porteuse de conduites à risques, mais bien les conditions sociales dans lesquelles vivent les jeunes.

Il existe des situations sociales où la précarité est constante, les angoisses et l'incertitude importants, et qui augmentent les pratiques à risque de l'adolescence (4).

Tout ceci est de plus intimement lié aux manifestations d'une souffrance psychologique.

2.6.5.2.2.1. L'alcool :

La consommation régulière d'alcool des jeunes français est la plus importante des pays européens. 23% en consomment toutes les semaines (de 12 à 19 ans).

A 15 ans, un jeune sur quatre a déjà été ivre.

L'alcoolisation adolescente ressemble à l'alcoolisation adulte et est souvent liée à une recherche de la convivialité, de la détente et de la désinhibition.

Les influences parentales et socio-économiques montrent de grande différence pour la consommation régulière d'alcool. Les enfants de « grands buveurs » multiplient par deux le nombre d'ivresses répétées et ce d'autant plus si c'est la mère qui est alcoolique.

On remarque que les enfants issus de milieux favorisés consomment plus d'alcool que les autres. Ceci est à mettre en rapport avec la plus grande permissivité des cadres qui ne mettent que rarement un interdit parental.

2.6.5.2.2.2. Le tabac :

La consommation de tabac débute jeune (l'âge de la première cigarette est 11 ans en moyenne) et à 15 ans près d'un jeune sur deux fume de façon occasionnelle ou régulière.

Certains facteurs influent de façon très importante l'attitude vis-à-vis de la cigarette : si les parents fument, ils sont trois fois plus nombreux à fumer eux-mêmes (60% contre 20%).

Des facteurs sociaux sont également mis en évidence. Les jeunes de la protection judiciaire juvénile (PJJ) sont près de 80% à fumer tous les jours plus de 10 cigarettes par jour (seuil de dépendance).

2.6.5.2.2.3. Le cannabis et autres drogues :

La consommation de cannabis est largement répandue en France et s'est banalisée au cours des dix dernières années. Les conséquences de la banalisation sont importantes sur la santé.

32 % des jeunes de 15 à 18 ans en ont consommé au moins une fois et ils sont près de 14% à en avoir consommé plus de 10 fois (41).

Deux facteurs surexposent à la consommation : le tabagisme, l'absence du père à la maison et le mauvais climat familial (41).

L'usage d'autres drogues dites « drogues dures » est plus limité mais pas complètement nul :

5% ont essayé l'ecstasy, 2% la cocaïne et 1% l'héroïne.

Au final, un adolescent sur deux ne consomme ni alcool, ni drogue, ni tabac et 7% consomment les trois produits.

2.6.5.2.3. Les conduites violentes (3,4,41) :

On distingue les violences subies des violences agies.

Les conduites subies touchent un jeune sur quatre que se soit dans le milieu familial (maltraitance physique ou psychique) ou dans le milieu scolaire ou périscolaire (racket, viol, agressions physiques ou verbales).

Les conduites violentes agies touchent très fréquemment les jeunes (65%) de façon régulière ou occasionnelle. Ce pourcentage diminue au fil du temps et est associé à des violences subies et des conduites à risque comme la prise de toxiques.

Le suicide et les tentatives sont très fréquentes. On évalue entre 4 et 15% le nombre d'adolescents ayant fait une tentative de suicide. La moitié de ces tentatives passera inaperçue : un tiers seulement sera hospitalisé suite à la tentative. Le réseau de soutien social (famille et amis) joue un rôle protecteur indiscutable.

On a pu établir une fiche signalétique de la personne à risque suicidaire. Les « suicidants » ont plus fréquemment des parents au chômage, ils sont issus de familles monoparentales ou recomposées, ils ont redoublé une classe, ils ont subi des violences, et ont une tendance aux attitudes addictives (alcool, tabac ou cannabis).

De plus, les jeunes qui reçoivent une bonne cohérence familiale et qui ont le sentiment d'être l'objet de l'estime de leurs parents sont moins sujets au suicide.

Les accidents touchent près de 40% des jeunes sur l'année écoulée (tous types confondus). Ces accidents représentent la première cause de mortalité des adolescents, soit 38% des décès. Les accidents les plus fréquents sont les accidents de sport ou de loisir, avant les accidents de la circulation.

Des facteurs de risque ont été mis en évidence pour expliquer la survenue plus fréquente des accidents comme l'âge (12 à 14 ans), le sexe, les zones d'habitations urbaines, la consommation de produits toxiques et le chômage dans la famille.

Une attention particulière doit se porter sur les adolescents victimes d'accidents à répétition car ils sont en rapport avec une souffrance psychologique.

La mortalité des jeunes français est la plus importante des jeunes européens et est essentiellement due aux accidents et suicides, notamment des garçons.

La mortalité a l'adolescence est faible mais évitable dans près de 70% des cas.

2.6.5.2.4. La santé des jeunes non scolarisés (41) :

Les études portant sur les jeunes en général ne permettent pas de voir les difficultés particulières des jeunes ayant quitté le système éducatif tôt et sans avoir obtenu de formation professionnelle.

Ces jeunes en voie d'insertion professionnelle sont plus âgés que les jeunes scolarisés en moyenne et présentent des caractéristiques particulières.

Les jeunes en voie d'insertion sont les plus défavorisés sur le plan social et familial.

Leurs parents ont un taux d'activité plus faible que la moyenne et sont plus nombreux à être invalides ou au chômage.

L'analyse des répartitions ethniques fait état d'une plus grande représentation des populations étrangères et d'origine étrangère parmi ses jeunes déscolarisés.

On note également que les familles sont plus désunies par divorce, décès ou séparation.

L'isolement est plus marqué que chez les adolescents scolarisés, ils sont peu nombreux à pratiquer une activité artistique ou sportive et ce sentiment de solitude est plus marqué chez les filles que chez les garçons.

L'état de santé est largement plus inquiétant pour les enfants non-scolarisés que pour les jeunes scolarisés. Leur santé ressentie est moins bonne, les taux de vaccinations (rubéole, hépatite B) sont plus faibles, ils ont plus de problèmes dentaires et de vue que la moyenne et consomment moins de soins de spécialistes que les enfants scolarisés (3).

La différence majeure concerne les violences. Ils sont deux fois plus nombreux à avoir tenter de se suicider (notamment les jeunes filles d'origines étrangères), ils ont subi plus de violences physiques et sexuelles que la moyenne et les attitudes violentes envers autrui sont très fréquentes.

Ces violences (autoviolence, subie et agie) sont liées entre elles et peuvent expliquer telle ou telle attitude.

On notera donc en conclusion que la souffrance psychologique est une forme aggravée du mal-être largement ressenti dans la population adolescente en général et pourra se traduire par des attitudes violentes de façon fréquente.

La précarité sociale de certaines populations de jeunes influence la souffrance psychique et son expression comportementale à travers les conduites à risques (addictives ou violentes).

Les modes d'expression de la souffrance chez les garçons sont différents de ceux observés chez les filles.

Chez les garçons, les prises de risques, les conduites violentes, les consommations de toxiques (tabac, alcool et cannabis) ainsi que la mortalité accidentelle sont plus fréquentes.

Chez les filles, on retrouve plus volontiers des conduites suicidaires.

2.6.5.2.5. Conclusions :

La situation sanitaire des jeunes en France est assez préoccupante notamment pour les plus précaires d'entres eux.

« C'est en effet sur la jeunesse que s'accumulent les ratés des mécanismes traditionnels de l'intégration sociale : raté de l'intégration dans le monde du travail, raté de l'intégration scolaire, raté de l'intégration familiale, raté de l'intégration citoyenne et absence de projection dans l'avenir » (Haut Comité de la Santé Publique 1998).

Ces ratés ont comme conséquence immédiate sur la santé des jeunes, une souffrance psychique.

La résilience est la capacité à surmonter les évènements de vie difficiles. Longtemps les études n'ont porté que sur les séquelles des individus qui ont traversé les traumatismes (les adultes) sans voir les personnes qui traversaient le traumatisme (les enfants ou les adolescents bien souvent). Il paraît important de savoir repérer ces traits de résilience pour prévenir et apporter une aide à des enfants qui souffrent.

La santé psychique des enfants d'aujourd'hui et ses liens notoires avec la précarité et les difficultés de conditions de vie sont des indicateurs infaillibles de la santé future.

Cet équilibre psychique est à mettre en relation avec une moindre attitude au risque sur la santé à long terme (tabac et alcool) et la préservation du capital santé.

Il semble de plus, qu'il ne faille pas obligatoirement opposer les deux types de jeunes (en insertion ou scolarisé). Les jeunes déscolarisés (ou en insertion) présentent les mêmes problèmes que les autres mais de façon démultipliée et qui aboutit à l'échec scolaire.

L'échec scolaire qui définit la population des jeunes en insertion, entraînera la marginalisation.

« Autrement dit, la variable réussite/échec scolaire, avec ses conséquences en termes de qualification, est une variable majeure de l'épanouissement de la jeunesse, de son bien-être psychologique, et sans doute de sa santé à venir » (Haut Comité de la Santé Publique 1985).

La précarité des jeunes et les handicaps induits pour l'insertion sociale et la santé doivent être particulièrement prise en compte pour apporter des mesures à fin d'égaliser les chances.

2.6.6. Les Sans-Domiciles-Fixes (SDF) (26,41,67,68) :

La terminologie précaire couvre un large panel des situations différentes.

La situation des personnes sans domiciles fixes est l'une des plus évidentes si l'on s'intéresse aux précaires.

2.6.6.1. Qui sont-ils ?

La catégorie des sans-domiciles-fixes est apparue et recouvre des personnes qui dorment dans la rue, qui errent de structures d'accueil en structure d'accueil (temporaires) et qui s'adonnent à la mendicité.

Si pour le public les SDF sont les sans abris visibles par tout un chacun, il s'avère que ce moment dans la rue n'existe pas obligatoirement du fait de la multiplication des structures d'accueil, d'hébergement d'urgence. Si tous les sans-abri sont des SDF, la réciproque n'est pas exacte. Le monde des SDF ne se résume pas à ce qui est visible (67,68).

Cette population est essentiellement masculine et à plus de cinquante ans pour la majorité. La présence des femmes est rare (10 % des SDF) et se retrouve essentiellement aux deux extrémités de la vie : « avant 25 ans fugueuses ou paumées et après 50 ans abandonnées, veuves sans ressources, vieilles et moches jetées après usage » (Observatoire National de la Pauvreté et de l'Exclusion Sociale 2002).

Néanmoins, la sous-représentation des femmes parmi les SDF doit être nuancée. L'errance féminine est beaucoup plus discrète et moins visible, les femmes ayant plus de facilités pour demander de l'aide auprès des structures d'accueil d'urgence.

La féminisation et le rajeunissement des marginaux est également une tendance actuelle en rapport avec des situations de ruptures familiales, scolaires et professionnelles.

2.6.6.2. Vision du public :

Plusieurs auteurs ont analysé des articles de presse pour tenter de donner un sens à ce phénomène (67,68).

La prédisposition est quelque chose qui apparaît de façon récurrente : on liste la mauvaise volonté à travailler, l'imprévoyance, le manque de projets, la violence, la déchéance physique, l'alcoolisme et les problèmes mentaux. Ceci ramène à une certaine inéluctabilité du destin de SDF, le « clochard » d'aujourd'hui aurait toujours été, dès son enfance, « un pré-clochard. »

Une autre idée largement répandue et que cela peut arriver à tout le monde dans le contexte actuel du marché du travail et de crise. L'insécurité sociale et la fragilité de sa position sociale font qu'une personne normale peut un jour se retrouver dans une telle situation.

Enfin, les SDF sont présentés comme des individus passifs, sans capacités de réaction et d'adaptation face aux évènements de la vie.

Ces notions sont largement caricaturales et une modélisation du processus de précarisation a été établie.

2.6.6.3. Trajectoires sociales (67,68) :

La population des SDF est relativement homogène et essentiellement composée de personnes issues des milieux défavorisés. La prédisposition dont parle l'opinion commune est en fait une prédisposition sociale.

Une part importante des SDF a, dès son plus jeune âge, été placée en famille d'accueil, foyer, familles nourricières ou abandonnée.

Le contexte familial marqué par les ruptures ou l'échec est le dénominateur commun.

L'idée du « ça peut arriver à tout le monde » et que la menace pèse sur tout un chacun est fausse.

2.6.6.3.1. La norme :

La norme englobe les individus qui ne sont pas en situation de précarité au sens matériel.

Ils ont un emploi, un logement, des ressources stables et insérés socialement. Ils ne sont pas isolés, ont des relations amoureuses et des enfants.

2.6.6.3.2. La fragilisation :

La fragilisation ou phase agressive est la période où les personnes sont touchées brutalement par un événement de la vie.

Cet événement est souvent la perte de l'emploi mais peut également être la perte d'un individu cher, des problèmes de santé ou l'éclatement de la cellule familiale.

Une certaine gêne sociale envers son entourage s'exprime alors. Ces personnes encore socialisées sont psychologiquement vulnérables et présentent des angoisses, des troubles du sommeil ou sont déprimées.

2.6.6.3.3. L'habitude :

Cette phase est également nommée la phase de repli ou de rupture avec le passé. Le chômage perdurant, les difficultés économiques s'accumulent.

La cellule familiale éclate et les divorces et les séparations sont fréquents. La situation n'est plus transitoire mais ancrée.

Un développement des réseaux de survie individualisés (amis et familles) ou collectifs (associations humanitaires) est nécessaire. Les personnes n'ont pas de logement personnel depuis longtemps et sont sans domicile fixe. La personne est logée par des amis ou la famille mais l'échange social est rompu : l'individu reçoit sans donner en retour.

La dévalorisation du soi s'accompagne de prise de tabac, d'alcool, de psychotropes ou de substances encore plus nocives : le rapport au corps a changé et une dégradation physique et sociale devient plus marquée.

2.6.6.3.4. La sédentarisation :

Les individus, par des stratégies d'adaptation à l'espace public, se résignent et valorisent leur nouvelle existence dans l'espace public.

Leurs normes sont remodelées à l'opposé de leurs anciennes valeurs du monde du travail.

Face à leurs difficultés grandissantes, ils développent des pathologies psychiques lourdes et ont une tendance marquée à l'alcoolisation chronique.
Ils sont en grande détresse face à leur état.

Ces différentes étapes sont une modélisation. Les différentes étapes ne se suivent pas forcément dans le temps et ne sont pas toutes retrouvées dans les situations particulières de chacun.

Certains ne connaîtront qu'une seule étape qui durera dans le temps tandis que d'autre évolueront de façon plus rapide vers la précarité la plus totale.

On considère qu'après deux hivers passés en totale rupture avec une vie insérée, la précarité est bien établie.

2.6.6.4. Protection sociale des SDF (26) :

En 2001, 80% des SDF usagers des services d'aides déclaraient avoir une carte de sécurité sociale à leur nom en cours de validité ou être les ayants droit d'une personne affiliée.

60% des SDF bénéficient de la Couverture Maladie Universelle (CMU) mise en place en janvier 2000.

On distingue la CMU de base, qui assimile au régime général des personnes qui ne serait pas affiliées autrement, de la CMU complémentaire qui offre une protection supplémentaire (mutuelle complémentaire) sous certaines conditions de ressources.

Parmi la population des SDF, on évalue à 8% le pourcentage de personnes ne possédant aucune protection sociale.

Une bonne partie de ces personnes sans protection sociale ont des droits « dormants » au sens où ils existent mais sont inconnus de la personne.

2.6.6.5. La santé des SDF (26,41,42,67) :

2.6.6.5.1. Perception :

La perception de la santé des SDF est largement moins bonne que celle de la population générale. Ils sont 16% à s'estimer en mauvaise santé.

Ils se déclarent en outre porteurs de maladies, affections et traumatismes plus fréquemment que la moyenne.

L'état de santé se dégrade avec la situation sociale et explique ces différences subjectives de santé.

2.6.6.5.2. Pathologies physiques :

Pour toutes les pathologies rencontrées, la prévalence est toujours plus importante que dans la population générale exception faite des douleurs articulaires ou osseuses.

Les maladies respiratoires (bronchite, asthme, tuberculose …) sont deux fois plus fréquentes et touchent 14% des SDF.

Les pathologies digestives (maladies hépatiques notamment ainsi que la boulimie et l'anorexie) sont rencontrées quatre fois plus fréquemment que dans la population générale.

Les maladies de peau (eczéma, psoriasis, mycoses) sont également surreprésentées.

Les migraines touchent davantage les femmes SDF alors que les hommes souffrent des séquelles d'une maladie grave, d'un accident, d'un handicap ou d'une amputation.

Les pathologies dentaires touchent près d'un SDF sur deux et contrairement aux autres pathologies entraînent très fréquemment un renoncement aux soins.

Les pathologies physiques sont liées aux conditions de vie et d'insalubrité des personnes démunies.

L'hygiène de base, les soins et le maintien de soi n'existent plus. Lorsque que l'on ajoute cela aux pratiques d'alcoolisation, toxicomanies et autres risques on comprend mieux l'impact de la misère sur la santé.

Il faut de plus noter que l'état de santé se dégrade proportionnellement avec le temps passé sans-domicile-fixe.

2.6.6.5.3. Pathologies psychiques :

40% des SDF sont dépressifs. Si cette pathologie préexistait à la perte du logement, les difficultés de vie les accentuent davantage.

Les privations de travail, de logement, de soutien, de nourriture, de soins, d'intimité, de buts, de sécurité aboutissent à une dégradation et une souffrance de l'état psychique.

La tendance à la mythomanie est renforcée et constitue une forme d'existence par procuration pour pouvoir supporter son quotidien.

2.6.6.5.4. Conclusions :

Il existe une extraordinaire multiplicité des situations et des trajectoires de SDF à tel point qu'on peut se demander s'il existe des points communs entre eux hormis la précarité et l'incertitude du lendemain.

Les jeunes femmes battues sans logement et accueillies dans des structures d'urgence n'ont rien en commun avec les jeunes marginaux ou les clochards dans la rue depuis des années.

Ils n'ont ni les mêmes attentes, ni les mêmes perspectives d'avenir ni la même santé.

C'est pourquoi, la pertinence des études serait augmentée par la sectorisation des SDF en différentes populations.

2.6.7. Les étrangers et populations d'origines étrangères :

2.6.7.1. Chiffres et constat (67,68) :

En 1999, 4 310 000 immigrés vivent en France dont près de 3 millions sont de nationalité étrangère.

L'immigré est une personne qui ne possédait pas la nationalité française à la naissance. A son arrivée en France, la personne immigrée peut soit devenir français, soit conserver sa nationalité d'origine.

Leur origine est répartie comme suit (53) :

- 40% Europe de l'Est (Tchétchénie, Russie, Géorgie, Moldavie, Albanie, Arménie).
- 30% Afrique Noire (Congo, RDC Congo, Angola, Rwanda).
- 15% Afrique du Nord.
- 9% Asie (dont l'Afghanistan).

Ils représentent 7,4% de la population totale et leur proportion est stable depuis 25 ans.

La pauvreté des ménages étrangers est largement supérieure à la moyenne nationale. Un quart des foyers algérien, marocain et tunisien vivent au-dessous du seuil de pauvreté, la moyenne nationale se situant à 7%. On note également des différences entre les Français de naissance et ceux issus de l'immigration : le taux de pauvreté des Français par acquisition est de 9% et celui des ressortissants de l'union européenne de 10%.

2.6.7.2. Causes (67,68) :

Cette population possède un risque accru de précarité pour de multiples raisons.

Ce sont des familles plus nombreuses que la moyenne et dans lesquelles il n'y a bien souvent qu'un seul apporteur de ressources. Ces deux éléments constituent un facteur de risque bien établi.

Les emplois sont précaires en terme de sécurité et de rémunération. Les étrangers occupent préférentiellement les emplois faiblement rémunérés (ouvriers et employés de service) et possèdent un statut précaire au sein de l'entreprise.

Le travail non déclaré est également très fréquent avec un taux de rémunération très bas. Les populations étrangères sont décrites de manière générale et dans les différents pays européens comme ayant un taux plus important d'accidents de travail que les nationaux (deux fois plus de risques). Ce taux est à mettre en relation avec une plus grande fréquence parmi les emplois les plus dangereux ou ayant le plus de nuisances. Les conséquences de ce taux plus grand d'accidents de travail sont un plus grand nombre de congés maladies et d'incapacités de travail.

Le taux de chômage des étrangers hors union européenne est de plus trois fois supérieur à celui des Français. Les restructurations industrielles ont

engendré de nombreux licenciements parmi les populations les moins qualifiées où il existe une surreprésentation des immigrés.
A ceci s'ajoute le fait que si un emploi doit être supprimé, ce sera préférentiellement celui d'un étranger.
Il existe certaines branches d'activité basée sur la main d'œuvre étrangère comme le bâtiment, les travaux publics et la confection.

Certaines personnes sont en attente de statut (demandeur d'asile) et n'ont pas de droit au travail mais à une allocation sociale globale estimée par une commission. Les personnes sans papiers donc sans statut mais non irrégulières et non expulsables sont dans des situations très précaires et n'ont d'autres choix que le travail non déclaré.

Des situations de transition administrative dans l'attente de statut clair deviennent des facteurs de précarité : pendant de long mois, le demandeur d'asile peut rester sans ressources et sans droit dans l'attente d'un dialogue entre son pays d'origine et les autorités françaises.

Il est intéressant de noter que bien souvent ces populations en situations très précaires ont un niveau de formation supérieur à la moyenne mais qu'ils ont des difficultés pour lire, écrire et parler le français.

2.6.7.3. <u>Le logement</u> (1,62) :

Les différentes difficultés en terme de logement sont nombreuses.

Il existe un manque notoire de logements publics pour familles nombreuses non compensé par le logement privé populaire. Il s'ensuit une très grande attente et des délais très importants. Les immigrés sont relégués dans les espaces sociaux défavorisés des villes.
Le vieillissement et la non-réhabilitationn du parc social et des foyers pour migrants font que les normes de confort sont insuffisantes, les espaces surpeuplés et les « loyers » élevés.

Les immigrés ne sont pas tous égaux et il existe des pratiques discriminatoires ethniques et non financières. Les populations d'origine maghrébine, turques et noires sont orientées vers les logements les moins attractifs : 1 famille sur 2 est « très mal logée ».
Les logements sans baignoires, douches et wc sont quatre fois plus attribués aux familles étrangères précaires qu'aux familles françaises précaires.
Les populations d'origine espagnole, portugaises et asiatiques à niveau de ressources équivalent sont mieux logées.

Ces discriminations à la location existent aussi pour les Français d'origine étrangère et plus particulièrement ceux ayant un « patronyme à consonance ».

2.6.7.4. La santé des étrangers (35) :

2.6.7.4.1. Problème :

En France, les distinctions culturelles et ethniques ne sont pratiquement jamais considérées dans les études sur la santé pour deux raisons.

La première est politique : « l'identification de problèmes de santé qui leur seraient spécifiques –qualitativement ou quantitativement- aurait comme effet possible une stigmatisation de ces catégories » (Fassin 2000).

Plus globalement, cette non-référence à l'origine d'une personne tient à l'Histoire nationale qui ne veut prendre en considération des caractéristiques individuelles. Ces caractéristiques mettraient en péril les libertés individuelles ou l'appartenance à un Etat commun.

La deuxième, scientifique, est que les données liées aux origines apparaissent dans d'autres variables. Le niveau scolaire par exemple est comparable entre enfants français et d'origine étrangère à niveau socio-culturel égal.

En fait, et qu'elle qu'en soit l'origine, ce refus et cette non-prise en compte par les Pouvoirs Publics renforcent les rumeurs et autres informations erronées sur le sujet et négligent les inégalités flagrantes de santé qui existent entre les Français et les étrangers même s'il est exact que c'est la précarité qui traduit le mieux l'état de santé.

C'est la précarité plus grande des populations étrangères qui explique leur moins bonne santé.

2.6.7.4.2. Pathologies physiques :

Il n'existe plus de pathologies d'importation et la vulnérabilité face à la santé est le fruit de la précarité socio-économique.

La surmortalité atteint 14 à 92% selon la tranche d'âge choisie entre les populations étrangères ou immigrées du Maghreb et de l'Afrique noire avec les populations françaises d'origine ou d'Europe du sud (Portugal et Espagne) et d'Asie.

On note de plus des taux d'incidence plus grand concernant la tuberculose et le saturnisme liés à des conditions de vie défavorable ou l'habitat vétuste et insalubre.

Les étrangers constituent les plus forts utilisateurs des structures de soins gratuits et consomment moins en soins généraux et particuliers (notamment dentaires) que la population générale. Ceci peut s'expliquer par une baisse des taux de remboursement et une méfiance vis-à-vis du monde médical.

Les pratiques à risque sont également plus répandues chez les étrangers en ce qui concerne la consommation d'alcool, de tabac notamment chez les adolescents étrangers.

En relation avec un changement d'habitudes alimentaires et une moindre pratique du sport, les surcharges pondérales sont plus répandues.

Par contre, les indicateurs d'invalidité et de risque vital sont meilleurs pour les étrangers que pour les Français. Une autosélection a été effectuée avant le départ et explique que ce sont les plus vigoureux qui ont pu partir.

Là où l'impact culturel est important, c'est dans l'attitude des étrangers face à la médecine préventive et de dépistages. La consultation ne s'effectue qu'en cas de problème objectivable. C'est ainsi que les étrangers porteurs du VIH découvrent plus tard que les Français leur maladie et souvent au moment où le SIDA se déclare. C'est l'urgence qui fait consulter.

2.6.7.4.3. <u>Les pathologies psychiques</u> (21) :

Quitter son pays et migrer est un moment « où l'on s'arrache d'un contexte socioculturel habituel, atterrir et s'adapter à un autre, inconnu » (Chimienti 2001).

Il existe un stress mental associé aux changements dans les styles de vie, la langue et l'adaptation. La séparation et les changements familiaux ou relationnels peuvent être à l'origine de problèmes affectifs, de troubles psychosomatiques, de dépressions, d'anxiété voire même d'addictions (alcool, tabac, drogues).

Les difficultés d'adaptation touchent en priorité les femmes et les étrangers d'origine africaine tandis que les pathologies d'addictions touchent plus volontiers les immigrés hommes qui travaillent éloignés de leur foyer.

Les problèmes de santé psychique touchant les étrangers sont souvent évoqués mais il existe peu d'informations sur le sujet sauf pour les demandeurs d'asile ou les réfugiés politique.

Les réfugiés constituent une population particulière car les conditions de vie dans le pays d'origine (insécurité, guerres, tortures) peuvent être à l'origine de troubles psychologiques et/ou psychiatriques majeurs.

La Suisse évalue à 25% le pourcentage des réfugiés politiques ayant été torturés.

Ainsi, on note une fréquence élevée de troubles psychosociaux et post-traumatiques (syndrome de stress post-traumatique) parmi ces populations.

2.6.8. Les personnes âgées :

Les « vieux », les retraités, les personnes âgées, le troisième âge, les seniors : ce sont sous ces termes aussi variés que se classe un groupe de population, les plus de 60 ans, qui sont près de 10 millions et représentent 16% des Français (67,68).

Définir les plus de 60 ans comme un même groupe humain n'a pas de sens en raison de l'extraordinaire diversité des âges et des modes de vie qui le compose. Des modélisations ont été proposées pour affiner l'étude de la précarité des personnes âgées.

2.6.8.1. Groupes (65,67,68) :

2.6.8.1.1. Ménages jeunes :

Ce type de ménage constitue 10% des plus de 60 ans.

Ils sont soit constitués de nouveaux retraités ou d'un retraité et d'un actif en fin d'activité professionnelle. Leur niveau de vie est comparable à celui qu'ils avaient avant le départ à la retraite et ils n'ont plus d'enfants à charges.

Le départ à la retraite ne constitue pas pour eux de plus grandes difficultés économiques.

2.6.8.1.2. Ménages intermédiaires :

Ce sont des couples ou personnes seules retraités qui ont des revenus comparables à la moyenne.

On distingue les ruraux qui vivent dans un environnement où ils sont connus et les urbains qui vivent dans un environnement source de dépenses plus importantes.

2.6.8.1.3. Ménages âgés :

Ce sont souvent des personnes vivant seules que l'on peut classer en différents sous-groupes :

- les personnes isolées affectivement, économiquement et socialement vivant en ville (en majorité des veuves). Ce sont elles les plus touchés par la précarité.
- les personnes qui malgré des ressources faibles vivent correctement car habitant un environnement familial et rural.
- les personnes âgées vivant en institution.

Ce type de classement n'a pas grande signification car il n'est pas représentatif. Les grandes différences de mode de vie selon le niveau de revenus pour un même âge donné, rendent peu exploitables la classification par tranche d'âge.

Ce n'est pas tant l'âge qui permet de classer ces populations mais plutôt des éléments socioculturels, économiques et environnementaux.

2.6.8.2. Distribution des revenus (65) :

Le niveau des retraites ne constitue que 70 % des sources de revenus des retraités. Une part importante des revenus sont les revenus liés au patrimoine que l'on sépare en patrimoine de rapport (épargne financière), le patrimoine domestique (comptes courants et logement) et le patrimoine professionnel (pour les indépendants).

Le troisième versant des revenus des retraités concerne les prestations sociales en nature.

Le passage à la retraite ne constitue pas une perte du niveau de vie. Le niveau de vie moyen des retraités est très légèrement supérieur au niveau de vie moyen des actifs. La différence est due au patrimoine de rapport (épargne) plus grand chez les retraités.

Le niveau de vie moyen d'un foyer de retraités est supérieur à celui d'une personne seule avec enfant(s), est plus élevé que celui des couples avec un actif unique avec enfants, et équivalent à celui des couples composés de deux actifs avec deux enfants.

Cependant, et malgré l'amélioration des taux de retraite au cours des 20 dernières années, d'importantes inégalités existent. 8% des ménages retraités ont un niveau de vie inférieur au seuil de pauvreté. Ce sont essentiellement des femmes veuves urbaines qui ne touchent que des pensions de réversion.

Enfin, 15% des plus de 75 ans ont un revenu proche du minimum vieillesse soit 565 € par mois pour une personne seule et 961€ pour deux personnes.

L'évaluation des ressources des personnes âgées doit en plus prendre en compte le degré d'isolement et de handicap pour rendre compte de la réalité de la santé des personnes âgées.

2.6.9. Les déterminants de la santé spécifiques des personnes âgées (38,40,41) :

La santé des personnes âgées peut être évaluée par l'espérance de vie sans incapacités. Cette espérance de vie sans incapacités a augmenté depuis 20 ans plus vite que l'espérance de vie globale. Elle est à 65 ans de 16 ans pour les hommes et de 20 ans pour les femmes.

Des écarts en matière de santé demeurent néanmoins plus on avance en âge et selon le statut économique et social des personnes âgées.

Les déterminants de la santé des personnes âgées sont nombreux :

- l'environnement urbain ou rural.
- le logement.
- l'isolement social.
- l'isolement familial.
- l'isolement affectif.
- les conditions de vie.
- le vécu individuel.
- le degré d'autonomie.
- les revenus.

Les déterminants de santé au grand âge ont plus trait à une qualité de vie qu'à des facteurs somatiques. 14% des plus de 65 ans ne sortent jamais de leur domicile. Ce chiffre augmente évidemment avec l'âge et près de 40% des plus de 80 ans ne sortent jamais de chez eux.

Dans le même registre, 800 000 plus de 65 ans sont dépendants d'un tiers pour un acte de la vie courante (toilette, habillage, course, cuisine ou ménage).

L'isolement social et familial est plus important en milieu urbain qu'en milieu rural ou un moindre revenu sera souvent associé avec une moindre précarité de part l'importance des réseaux de soutien.

En conclusion, si la qualité de vie des personnes âgées s'est profondément améliorée depuis 30 ans, des inégalités et des situations de précarité extrême persistent. La précarité des personnes âgées est plus sociale et affective que financière. Les difficultés à se déplacer, l'insécurité ressentie, la solitude s'ajoutent parfois à un faible revenu et font que certains seniors sont de grands précaires.

De plus, on a montré que le niveau de vie des personnes âgées était comparable à leur niveau de vie en tant qu'actif. De part la précarisation importante de la société, des millions d'actifs précaires se retrouveront retraités précaires avec ses conséquences inévitables sur la santé.

2.7. Conclusions : santé-précarité (2,3,4,7,12,21,23,24,25,34,38,40,41,65,66,85,90,94)

La précarité touche 20 % de la population vivant en France, soit 15 millions d'individus. Elle ne se limite pas aux phénomènes de grande pauvreté et d'exclusion dont les sans domiciles fixes sont l'exemple frappant. La précarité ne se résume pas à ses formes les plus visibles et extrême.

La précarisation est générale : marché de l'emploi, cadre de vie, habitat, apprentissages scolaires, éducation, lien social…

La précarisation touche des secteurs entiers de la population et fragilise sur le plan économique, social et familial les personnes les plus fragiles.

La France est pourtant un pays riche, les ressources sont présentes mais la répartition de ces ressources est inégale et provoque la précarisation de certains. Le mythe égalitaire est encore présent dans tous les discours mais n'existe pas dans les faits. Ce sont les personnes en grande situation de vulnérabilité (chômeurs, travailleurs à bas salaire, mères célibataires, jeunes actifs sans qualification, étrangers, enfants déscolarisés…) qui sont les plus touchés par les évolutions des sociétés occidentales et donc par les inégalités sociales. Les plus fragiles sont aussi les plus touchés.

Les personnes issues des milieux les moins favorisées cumulent les handicaps successifs de façon presque inéluctable avec une quasi-impossibilité de mobilité sociale.

A terme, cette précarisation importante de la société est une réelle menace sur la santé. Les inégalités sociales en matière de santé ont déjà été étudiées

dans les années 80, dans le rapport Black qui montrait que l'espérance de vie et le risque de développer une maladie, quelle qu'elle soit, suivait l'échelle sociale.

Ceci est également le cas de la carie qui est une pathologie infectieuse comme les autres.

Les inégalités sociales de santé existent, et l'état de santé dans sa définition la plus large est même le reflet de l'état de la société.

Longtemps en France, la logique égalitaire a abouti à ne voir dans les inégalités de santé qu'un problème d'accès aux soins. Ce constat est faux. Les inégalités de santé débordent largement le cadre strict de la santé et se situe dans le champ de l'emploi, des revenus, de l'éducation, du niveau scolaire, de l'habitat bref de tout ce qui peut être affecté d'une manière ou d'une autre par la précarité.

Les inégalités de santé sont liées aux différences socio-économiques et de niveau d'éducation et touchent donc de plein fouet les enfants. Les différents comportements à risque ne sont que les conséquences de ces inégalités sociales ou de santé.

La santé est donc déterminée par de nombreux facteurs. On parle de capital santé : la santé n'est pas immuable mais soumise continuellement aux agressions de la vie, agressions physiques ou psychiques et avec des effets à court, moyen ou long terme. On abîme sa santé.

Le bien-être est une partie de la santé et l'on ne peut nier que certaines situations de vie ne sont pas propices à l'épanouissement donc à la bonne santé. Dès l'enfance, la précarité exerce son action sur la santé.

La précarité influence la santé par de nombreux facteurs.

Les facteurs génétiques sont les moins discutés car ils semblent purement somatiques. On hérite d'un patrimoine et d'un potentiel génétique qui peut être porteur de maladies ou de susceptibilité à certaines pathologies qui ne se déclarent que sous certaines conditions (mode de vie par exemple).

Les facteurs familiaux ont des effets sur la santé à long terme. Les facteurs de fragilité sur la santé sont :

- les situations de dissociations du couple.
- la séparation de la fratrie.
- les familles monoparentales.
- le statut dévalorisé de la mère dans le foyer.
- les violences intra familiales (sur la mère).

La précarité psychologique est au cœur de la santé par l'importance :

- des violences subies (à la maison ou en dehors).

- des évènements de vie.
- de la souffrance psychique.
- de la résilience.
- des situations de désespoir.
- de la pression sociale.
- de l'image de soi (utilité dans la société).

Les déterminants sociaux de la santé sont :

- le niveau culturel des parents.
- les revenus.
- l'origine ethnique.
- la mobilité géographique.
- le statut ou image du travail.
- le réseau relationnel amical et familial.
- le support social
- l'habitat et le cadre de vie.

Les déterminants comportementaux agissent également en ce qui concerne :

- les conduites à risques (alcool, tabac, cannabis…)
- les malnutritions protéo-énergétiques.
- les attitudes délictueuses.
- l'absentéisme scolaire.

Les déterminants scolaires expliquent la position future sur le monde du travail par :

- le niveau d'étude qui influe le degré d'insertion sociale et le revenu économique.
- l'accès à la connaissance et à la culture.
- la sortie de l'école sans qualification.

Tous ces déterminants sont intriqués les uns aux autres de façon très complexe et interagissent entre eux avec un effet cumulatif. Ces déterminants entraînent des types de précarité différents.

Le mode d'action le plus important pour améliorer la Santé Publique est la lutte contre la précarité : baisser la précarité c'est améliorer la santé. Ce combat passe inévitablement par l'EDUCATION. Des réformes sont nécessaires pour prendre en compte l'origine socio-économique de l'enfant et de ses problèmes particuliers.

L'éducation agit sur les différentes formes de précarité et notamment sanitaire. « La réussite strictement scolaire est plus décisive que le dépistage des

pathologies pour assurer la santé à long terme » (Haut Comité de la Santé Publique 1998).

Une illustration de l'influence de la précarité sur la santé sera abordée dans la troisième partie de ce travail : les influences de la précarité sur la santé dentaire.

2

3. LA SANTE DENTAIRE

La santé dentaire est une illustration parfaite de l'intrication de plus en plus évidente entre la précarité et la santé.

Ainsi, nous montrerons qu'à l'instar de la santé en général, l'état de santé dentaire est intimement lié à la précarité. La précarité constitue le déterminant majeur de la santé en général et de la santé dentaire en particulier.

3.1. Particularités de la santé dentaire (38) :

Présentant moins de 1% du budget de la Santé, la santé dentaire « ne pèse pas lourd » et son intérêt paraît limité aux yeux de nombreux intervenants dans ce domaine.

Quelles raisons peuvent être avancées pour étayer ce constat ?

- la santé dentaire ne met pas en jeu le pronostic vital (ou exceptionnellement) et à ce titre ne suscite pas les mêmes préoccupations qu'un problème plus vital.
- l'amélioration générale des différents indicateurs de santé dentaire diminue l'intérêt qu'on pourrait lui porter.
- l'absence d'experts chirurgiens-dentistes parmi les différentes directions ministérielles.

Par toutes ses composantes, la santé dentaire est pourtant au centre du concept même de Santé tel qu'il est actuellement appréhendé, et notamment par son versant social.

3.1.1. Impact physiologique (20,38,73) :

Le retentissement physiologique d'une santé dentaire altérée est indéniable. On peut citer les infections avec leurs conséquences parfois graves, l'impact physique des douleurs dentaires non traitées ou le rôle de la mastication.

L'état de santé dentaire peut être assimilé comme « le signe, le miroir de la santé ».

3.1.2. Bien-être psychique et social (20,38,73) :

Le « bien-être » est au cœur de la santé dentaire. La vie sociale, professionnelle, familiale ou amicale peut être modifiée par un état de santé dentaire précaire.

L'esthétique prend une place de plus en plus importante dans nos sociétés : les dents sont le reflet de soi. Avoir de belles dents, c'est avoir de belles choses à offrir aux autres dans le monde du travail ou la vie personnelle.

Il est en outre intéressant de noter que la santé dentaire peut être cause et conséquence du bien-être psychologique selon les situations personnelles et le regard extérieur posé sur la personne.

3.1.3. Déterminée par des attitudes particulières (20,38,73) :

Des facteurs extérieurs influencent grandement la santé dentaire. Les habitudes alimentaires, les attitudes face à la prévention, le mode de recours au soin, les comportements d'hygiène, l'importance du vécu personnel face à la carie sont les déterminants comportementaux de cet état de santé.

3.1.4. Socialement déterminée :

L'aspect social sera le thème central de ce travail et sera développé dans les pages qui suivent.

Au final, la santé dentaire est un cas d'école en matière de santé publique avec un retentissement physique important, un impact psychosocial grandissant et caractérisé principalement par des inégalités sociales.

3.2. Mode d'évaluation de la santé dentaire (42) :

L'évaluation de la santé s'effectue grâce à des indicateurs. Pour ce qui est de la santé dentaire, les indices spécifiques sont les indices : CAOD, CAOF, cod et cof.

3.2.1. Indices dentaires (42,91) :

L'indice utilisé a pour but de mesurer qualitativement et quantitativement l'état dentaire d'une population.

On détermine cliniquement :

- le nombre de caries : indice C.

- le nombre d'absences dues aux caries : indice A.
- le nombre d'obturations : indice O.

Tout ceci est rapporté aux dents permanentes pour constituer l'indice CAOD. On peut également rapporter ces nombres aux surfaces F des dents permanentes pour établir l'indice CAOF.

Les indices cod et cof sont utilisés respectivement pour les dents temporaires et les surfaces des dents temporaires. Ces indices sont des indices cumulés.

L'indice CAOD maximal est 32 (28 si l'on exclut les 18,28,38 et 48). L'indice maximal CAOF est 148 : on considère qu'une dent du bloc incisivo-canin possède 4 surfaces et que les molaires et prémolaires en ont 5. Si une dent est cariée et obturée, on la considère uniquement cariée.

Ces indices permettent de déterminer la prévalence de la carie à un instant donné ou de suivre son évolution dans le temps. Ils reflètent en outre l'état de santé dentaire d'une population.

3.3. La carie dentaire (18) :

3.3.1. Définition :

La carie dentaire est une maladie infectieuse qui affecte les tissus minéralisés des dents, dès qu'ils se trouvent exposés au milieu buccal. Il se produit alors une dissolution des tissus durs due à des acides organiques résultant du catabolisme glucidique de certains micro-organismes de la plaque bactérienne. La lésion évolue de façon centripète et aboutit à une cavitation.

C'est un phénomène dynamique caractérisé par des périodes de déminéralisations alternant avec des périodes de reminéralisations.

Si le processus de réparation ne suffit pas à compenser la destruction, la lésion carieuse non visible à l'examen clinique devient une carie clinique visible lors de la désintégration de l'émail de surface et de l'atteinte de la dentine sous-jacente..

Ce processus est réversible à ses stades initiaux et irréversible à des stades plus avancés.

Le risque mortel est exceptionnel et l'on sait que la carie peut être à l'origine d'infections focales.

Nous allons maintenant développer les différentes théories concernant la formation des caries.

3.3.2. Etiologie (15,18) :

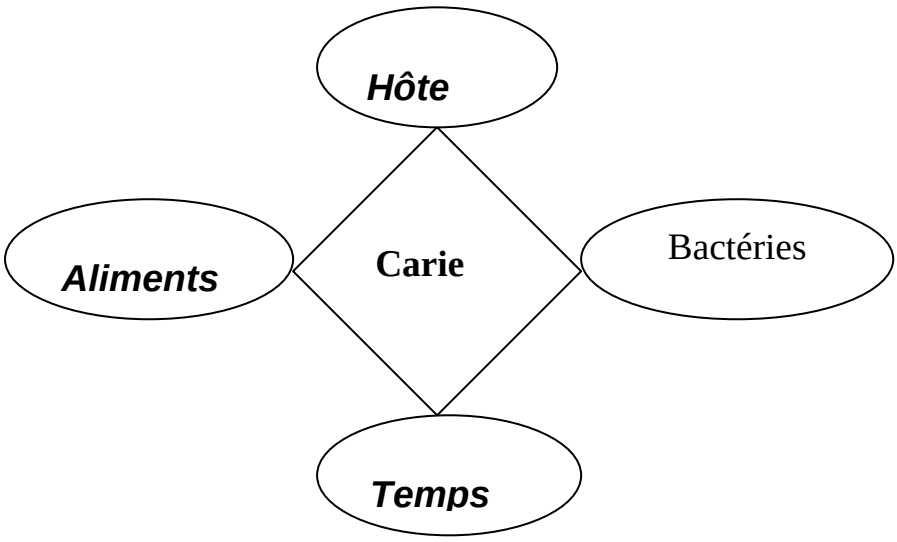
L’étiologie multifactorielle de la carie dentaire est incontestée depuis près d’une quarantaine d’années.

La carie se développe sous l’action simultanée de différents facteurs :

- l’hôte (la dent).
- la flore microbienne de la plaque bactérienne.
- les aliments contenant des glucides.
- le temps (nécessaire à la formation de la carie).
- le milieu buccal : la salive.

Cette vision historique a été schématisée par Keyes (1962) et modifiée par König (1987) tous deux cités par Charland (2001) :

Milieu buccal salivaire



Un concept plus contemporain comprend un aspect socioéconomique ainsi que psychologique et biologique. Cette évolution tient compte de l’évolution générale du concept de santé qui inclut de plus en plus le contexte socio-économique, culturel et environnemental. C’est ce que nous aborderons plus loin.

3.3.2.1. La plaque dentaire (18) :

La plaque dentaire est une accumulation hétérogène de bactéries aérobies et anaérobies dans une matrice fibreuse intercellulaire.

Différentes hypothèses ont été avancées pour expliquer son rôle dans le processus carieux (plaque non spécifique, plaque spécifique et plaque écologique).

Il existe des points d'accords entre les différents partisans de telle ou telle théorie :

- certains micro-organismes de la plaque sont capables de transformer d'énormes quantités de sucres fermentescibles en acides organiques entraînant une déminéralisation locale de la surface dentaire.

- sous certaines conditions (qui sont d'autres déterminants de la carie), cette déminéralisation va s'accentuer ou au contraire s'inverser.

3.3.2.2. Les substrats exogènes (18) :

Les sucres fermentescibles comme le glucose, le saccharose, le fructose ou l'amidon raffiné peuvent être métabolisés par les bactéries de la plaque dentaire. Les différents sucres n'ont pas tous le même pouvoir cariogène et leur dégradation dans le milieu buccal va induire l'acidité nécessaire à la déminéralisation de l'émail ainsi qu'une prolifération de certaines espèces bactériennes dites cariogènes.

3.3.2.3. L'hôte : la dent (18)

Les éléments constitutifs de l'émail sont à 99% inorganiques sous la forme de cristaux d'apatite biologique et 1% organiques sous la forme de protéines, muco-saccharides et saccharides.

La composition de cet émail dépend en outre de facteurs génétiques (anomalies de l'amélogénèse par exemple), et de différents facteurs environnementaux (infections et leur traitement par exemple).

Ceci peut expliquer pourquoi la solubilité de l'émail peut varier d'un individu à l'autre.

3.3.2.4. Le milieu : la salive (18)

La salive influe la formation ou non des caries par :

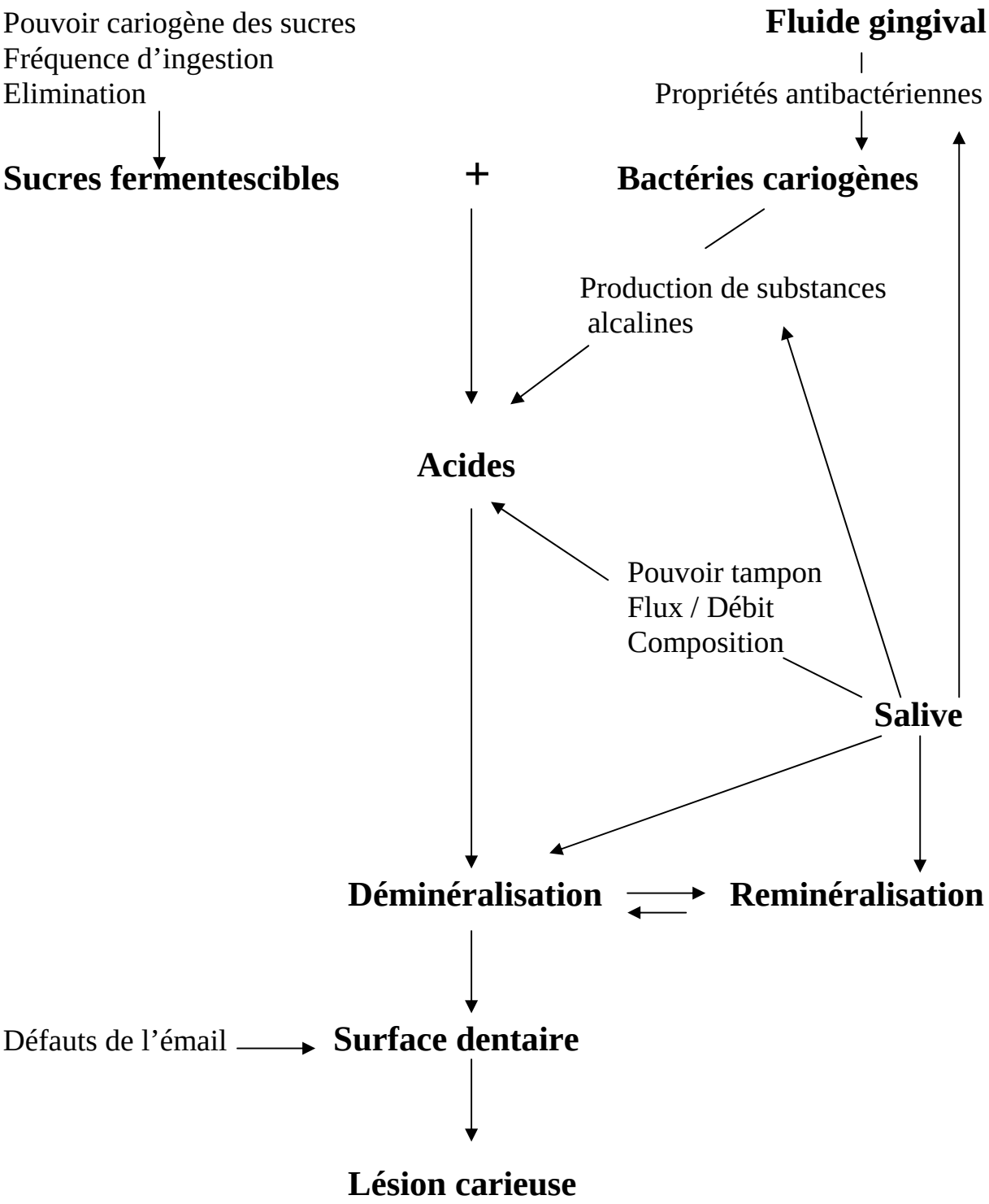
- son débit de sécrétion.
- sa composition.
- son pH.
- son pouvoir tampon.

3.3.2.5. **Le temps (18) :**

Le facteur temps constitue un lien entre les différents intervenant du système.

3.3.2.6. **Synthèse** : **(77)**

Le processus dynamique de formation d'une carie comporte de nombreuses interactions connues mais aussi de nombreuses interactions à découvrir. Roger (1999) a modélisé le système biologique suivant pour expliquer le développement des caries.



3.3.3. <u>Facteurs de risque</u> (15,18,55) :

Les connaissances accumulées ont permis d'isoler des facteurs responsables de la formation des caries : les facteurs de risques.

Nous ne rentrerons ici pas dans le détail ni dans la pertinence clinique des items proposés.

Nous nous bornerons à lister les facteurs de risques communément admis.

3.3.3.1. Facteurs de risques médicaux :

Ce sont les maladies ou les traitements ayant des répercussions sur la physiologie de la salive.

On peut citer les affections comme :

- l'anorexie.
- la boulimie
- le syndrôme de Sjögren-Gougerot.
- la polyarthrite rhumatoïde.
- le diabète sucré.
- l'anémie pernicieuse.

Les traitements à l'aide de médicaments entraînant une xérostomie ou les patients soumis à une radiothérapie au niveau de la tête ou du cou sont également des facteurs de risques.

3.3.3.2. Facteurs de risques liés au mode de vie :

- les patients ayant de mauvaises habitudes alimentaires.
- les mauvaises pratiques d'hygiène bucco-dentaire.
- l'inobservance des recommandations des chirurgiens-dentistes.
- le manque de suivi.
- la faible exposition aux fluorures.

3.3.3.3. Facteurs dentaires :

- plaque abondante.
- multiples obturations.
- restauration défectueuse.
- caries ou obturations sur les incisives.
- caries avant l'âge de 5 ans.
- concentrations élevées de bactéries cariogènes ;
- retrait gingival important.

3.3.3.4. Facteurs socioéconomiques (13,18,30,44,45,46,73,76,87) :

D'autres auteurs évoquent, outre les facteurs communément admis, des facteurs de risques sociaux.

Ils comprennent :

- les données démographiques comme l'âge, l'ethnie, l'hérédité, le sexe.
- le statut socioculturel comprenant la catégorie socio-professionnelle, le niveau d'éducation, les connaissances, les revenus, les comportements et les valeurs.

3.3.4. Evolution de la prévalence des caries (18,20,30) :

Au XXème siècle, la carie dentaire était observée principalement dans les pays industrialisés alors que sa prévalence était faible dans les pays en voie de développement. Après une croissance continue jusqu'au début des années cinquante, exception faite des deux périodes de guerres mondiales, on assiste depuis une quarantaine d'année à une diminution considérable des taux de prévalence et d'incidence de la carie dans les pays industrialisés.

Au Canada, par exemple, depuis 20 ans le taux de prévalence chez les enfants a baissé de près de 40% et près d'un enfant sur deux de 5 à 17 ans aux Etats Unis est exempt de caries et d'obturations.

On atteint ainsi depuis le milieu des années 90 à une phase de plateau de l'indice CAOD entre 1,5 et 2,5 pour les enfants âgés de 12 ans.

Il est intéressant de noter qu'une minorité de personnes (42 à 50%) est porteuse de près de 80% des caries et semble constituer une population à risques.

3.3.5. Causes de la chute de l'indice CAOD (74) :

3.3.5.1. Causes « historiques » : entre réalité et limites

3.3.5.1.1. La diminution de la consommation de sucres (18) :

La consommation de sucres simples a été longtemps tenue responsable de la formation de caries.

De plus, le régime alimentaire contenant des sucres est indispensable à l'équilibre alimentaire et donc à la santé.

Or, la cariogénécité des aliments dépend de nombreux facteurs propres à celui qui les consomme (la nature de la flore orale et de la plaque dentaire, la quantité et la qualité de la sécrétion salivaire, le pouvoir tampon de la salive, l'état immunitaire général et local) bref à de nombreux facteurs dont certains sont connus et (beaucoup ?) d'autres inconnus.

En outre, si l'on a depuis 40 ans assisté à une baisse de consommation globale de sucres (essentiellement due à une baisse de consommation de pain donc de sucres lents), les différents « grignotages » se sont multipliés.

3.3.5.1.2. Le remplacement par des édulcorants (86) :

Le pouvoir cariogène de certaines bactéries est à l'origine des hypothèses émises sur l'action cariopréventive du xylitol :

- les bactéries cariogènes ne métabolisent pas le xylitol.
- il inhibe la croissance de S.Mutans.
- il réduit la quantité de plaque.
- il a un pouvoir de reminéralisation.

L'action du xylitol sur le métabolisme de la plaque est incontestable. Cependant on ne peut lui attribuer un rôle majeur dans la prévention de la carie puisque les taux de caries ont diminué, en l'absence de xylitol.

3.3.5.1.3. L'augmentation de l'offre de soins (29,30) :

L'augmentation de l'offre de soin n'a pas d'impact sur l'indice CAOD proprement dit.

Une plus grande offre de soin transformera au mieux une dent cariée (matérialisée par C sur l'indice CAOD) en dent obturée (O) ou extraite (A) et au final ne va pas modifier le score CAOD.

Par contre, l'augmentation de l'offre de soins va structurellement diminuer le nombre de dents non traitées.

3.3.5.1.4. Un cycle comparable à d'autres pathologies (30) :

Certains auteurs ont avancé l'idée que la tendance actuelle de réduction de l'indice CAOD n'était qu'une variation cyclique et séculaire qui a déjà été observée dans d'autres pathologies infectieuses.

Les causes de ces variations seraient pour l'instant non-expliquées.

3.3.5.1.5. Une amélioration de l'hygiène (15) :

« Si tu as des caries, c'est que tu ne te brosses pas les dents ».

L'amélioration de l'hygiène bucco-dentaire est l'un des principes clefs en ce qui concerne la prévention de la carie.

Or, il n'existe pas de corrélation entre la quantité de plaque et la formation de caries. L'analyse de nombreuses études effectuées durant les quarante dernières années montre que l'absence ou la faible fréquence de brossages dentaires, n'entraînait pas une augmentation de l'incidence de la carie.

La seule différence notable du taux de caries est due à l'action topique des fluorures contenus dans les pâtes dentifrices.

Ainsi, l'action mécanique n'a pas d'importance sur l'apparition des caries.

En revanche, l'élimination de la plaque par brossage a un effet direct sur la santé du parodonte.

3.3.5.1.6. Une baisse de virulence de Sreptococcus mutans (77) :

L'une des bactéries les plus fréquemment isolée lors de caries dentaires humaines est la bactérie Streptococcus mutans.

Comme toute bactérie, elle possède une grande faculté d'adaptation au milieu (facteurs de virulence) qui influe sur son pouvoir cariogène.

Les différents facteurs de virulence de streptoccocus mutans sont :

- la synthèse de polymères extra-cellulaires qui permettent l'adhésion aux surfaces dentaires.
- la synthèse de polymères intra-cellulaires permettant la survie et la production d'acides lors d'une carence en saccharose.
- la production d'acide entraînant la déminéralisation des tissus dentaires.
- l'acidotolérance (survie en milieu acide).
- la production de dextranase apportant du glucose en cas de carence en nutriments.

Les mécanismes de variation de la virulence restent cependant inconnus.

3.3.5.1.7. L'utilisation de fluorures (13,30,64,69,93) :

La diminution de la prévalence de la carie dentaire a été généralement attribuée à l'utilisation de fluorures par voie générale et locale : dentifrices fluorés, fluoration de l'eau, fluoration du sel de cuisine et prescription par voie générale.

Cependant, de nombreux auteurs dont Diesendorf (1986) ont démontré :

- un grand nombre d'études n'a pas pu être retenu car elles n'étaient pas représentatives des populations étudiées.
- des taux de diminution des indices CAOD et CAOF comparables entre populations avec ou sans fluorures.
- une diminution des taux de caries bien avant la mise sur le marché des dentifrices fluorés (Norvège).

Diesendorf (1986) note de plus :

- qu'il existe une baisse comprise entre 50 et 80% du taux de caries.
- que cette baisse ne peut être dans la quasi-totalité des études attribuée aux seuls fluorures.
- que dans une vingtaine de cas, la réduction de l'indice CAOD ne pouvait être attribuée aux fluorures.
- qu'il existe une baisse de l'incidence des caries identique dans des zones d'eau non fluorée et des zones où elle l'est.

D'autres auteurs (18,69,93) ont montré que :

- les fluorures incorporés à l'émail lors de sa maturation ne fournit pas une résistance accrue à la carie.
- qu'il n'existe pas d'effet systémique des fluorures donc pas d'effet préeruptif.
- le seul effet des fluorures est un effet topique.
- le seul effet des fluorations d'eau ou de sels fluorés est celui d'un bain de bouche fluoré agissant localement.
- l'utilisation de différents vecteurs (dentifrices, eaux, sels, bains de bouche) augmentent le temps de contact avec les fluorures et donc son action locale.
- l'utilisation de suppléments fluorés au mode d'administration générale, n'ont qu'une action locale due au contact avec les dents donc très limitée.

L'introduction des différents types de fluorures et leurs effets préventifs supposés sont surestimés.

Il existe une action cario-protectrice des fluorures notamment lors de leurs utilisations topiques qui fait que l'utilisation cumulée de dentifrices fluorés, de gels fluorés, de comprimés à croquer, d'eaux fluorées, de sels fluorés ou de bains de bouche fluorés potentialise l'effet local des fluorures.

Cet effet préventif est majoré par l'utilisation d'un gel de chlorhexidine biocide.

L'action réelle et documentée des fluorures ne peut expliquer seule le déclin de la carie dentaire.

Une faible partie des fluorures apportés par l'eau de boisson et par le sel de cuisine est sécrétée par la salive et pourrait contribuer à la prévention par contact local.

D'autres voies doivent être explorées et permettront sans doute d'expliquer la chute de l'incidence carieuse.

3.3.5.2. Données actuelles : les déterminants de la santé dentaire

3.3.5.2.1. Les antibiotiques (28,30) :

Le début de la baisse de la prévalence de la carie coïncide avec l'usage généralisé d'antibiotiques lors d'infections ORL.

Cette utilisation provoque une baisse significative des bactéries de la cavité orale et de la plaque, et parfois même leur suppression pour une période allant de 1 à 3 mois.

Certains auteurs ont donc émis l'hypothèse que cette utilisation systématique et généralisée d'antibiotiques pourrait expliquer, en partie, la baisse de la prévalence de la carie dentaire.

3.3.5.2.2. L'environnement social (13,18,20,32,42,47,73,74) :

Un grand nombre d'étude accorde une importance particulière aux facteurs socio-économiques (facteurs épigénétiques).

Ceci a fait dire à Petersen (1997) que les causes et le caractère soutenu et régulier de la chute du taux de carie est essentiellement de nature sociale.

Cette chute s'est produite avec et sans utilisation de fluorures (dentifrice ou fluoration de l'eau de boisson) et ce quelle que soit la fréquence de recours aux soins et à fortiori quelle que soit l'offre de soins.

Les différents facteurs sociaux sont nombreux et interagissent, se cumulent ou s'annulent.

L'environnement social qui se compose de la sphère familiale, du travail, du niveau de vie, du niveau scolaire, du niveau culturel et de la paix sociale est de nature à expliquer cette amélioration des indicateurs de santé dentaire.

3.3.5.2.2.1. La prise de conscience sur la santé dentaire :

La prise de conscience à l'égard de la santé dentaire va de paire avec le mode de vie des individus et du « self-care ».

Elle se manifeste par des comportements de santé dentaire particuliers (brossage minutieux, usage du fil dentaire, visite de contrôle). Cette phase est avant tout active. Prendre conscience que chacun est responsable de sa santé par son alimentation et son mode de vie concourre à une amélioration de la santé dentaire.

De plus, prendre du temps pour soi une fois que le nécessaire vital est acquis, c'est améliorer son bien-être.

Or, il est communément admis que ce bien-être est synonyme de meilleure santé et de meilleure santé dentaire.

3.3.5.2.2.2. L'amélioration des conditions de vie :

La croissance économique, soutenue et régulière, la stabilité sociale et politique des pays développés ont abouti à une amélioration globale du niveau de vie de toutes les strates socio-économiques et à une disponibilité des ressources plus importante.

Cette amélioration sur le plan économique est étroitement liée à une amélioration de la santé générale et dentaire.

3.3.5.2.2.3. Le niveau scolaire :

L'amélioration du niveau scolaire est également une cause de la meilleure santé dentaire de part les comportements et les habitudes qu'ils engendrent.

Le niveau scolaire des parents et notamment celui de la mère aura par exemple un rapport avec l'âge de début du brossage des dents avec un dentifrice fluoré par les enfants (20).

3.3.5.2.2.4. Conclusions :

Le contexte socio-économique semble être le déterminant le plus important pour la santé et pour la santé dentaire.

Ce constat devrait inciter les autorités compétentes à lutter contre les générateurs de disparités de santé que sont le niveau d'instruction faible et l'illettrisme. L'insertion dans le tissu social (et le travail qui en découle) n'est possible qu'avec un niveau de formation en adéquation avec son potentiel.

La santé dentaire n'est qu'un cas particulier de la santé dans son ensemble. Les déterminants sont les mêmes mais les facteurs ont des poids différents.

3.4. Santé dentaire des personnes en situations de précarité :

Par rapport aux préoccupations essentielles des populations précaires, survivre, se loger, se nourrir, se vêtir, se chauffer…, les pathologies sont perçues comme soucis mineurs. Bien souvent ce problème ne sera évoqué que dans le cadre d'une consultation pour une autre pathologie (parfois grave ou mettant en jeu la survie).

Même si les précaires ne constituent pas un groupe homogène, des caractères communs existent.

3.4.1. Insuffisance de soins (11,20,42) :

Il n'est pas étonnant que les centres de soins gratuits fassent état d'un état dentaire fort préoccupant de cette population.

On note une insuffisance de soins très marquée chez près de 62% des consultants qui présentent quatre caries ou plus, et l'absence de remplacement des dents chez 75% des personnes à qui il manque plus de quatre dents.

De plus, la proportion de personnes en situation de précarité déclarant ne pas avoir de prothèses dentaires est quatre fois plus importante à situation dentaire égale que dans la population générale.

L'insuffisance de soins dentaires est un facteur essentiel de la mauvaise santé des personnes défavorisées et de la gravité des complications.

3.4.2. Indice CAOD supérieur à la moyenne : (11,20,42,91)

L'indice CAOD (ou caod), reflet de la santé dentaire, est supérieur dans toutes ses composantes pour les personnes en situation de précarité.

Cet indice CAOD moyen de la population française âgée de 12 ans était en 1993 de 2,07 (42).

Il montre que 56% des enfants n'ont aucune atteinte à 6 ans, 31% aucune atteinte à 9 ans et 27 % aucune atteinte à 12 ans.

Les dents obturées représentent 60% du CAOD à 12 ans et 30% des enfants examinés nécessitent des soins conservateurs.

En France, il n'existe pas d'études concernant l'indice CAOD ou caod des plus défavorisés, mais les études menées à l'étranger montrent des résultats comparables entre elles.

En Finlande, par exemple, l'indice caod des enfants en situation de précarité âgés de 2 à 7 ans est près de quatre fois supérieur à celui des enfants les plus favorisés.

En Angleterre, l'indice caod des enfants de 5 ans des classes les plus défavorisées est deux fois celui des classes aisées.

Au final, par rapport aux résultats observés chez les enfants des catégories socio-professionnelles élevées, l'état dentaire chez les enfants défavorisés est caractérisé par :

- un nombre de dents cariées plus élevé.
- un nombre de caries non traitées important.
- un plus faible nombre de dents exemptes de caries.
- un plus grand taux de dents absentes.
- un plus faible taux de dents obturées.

Néanmoins, l'indice CAOD n'exprime pas l'état de santé dentaire.

Totalisant le nombre des dents cariées, absentes et soignées, il ne permettra pas de mettre en évidence les différences parfois importantes de la santé dentaire entre enfants de même score.

La santé dentaire d'un enfant présentant dix dents obturées est-elle la même que celle d'un enfant avec sept dents cariées non soignées et trois dents extraites alors que l'indice CAOD sera le même ?

L'indice CAOD en 1993 était de 14 en moyenne pour la population âgée de 30 ans et 14,8 pour les personnes les moins favorisées. Au-delà des indices tout à fait comparables, se cachent des différences de santé dentaire que l'on ne peut appréhender qu'en détaillant le score global.

Chez les adultes en situation de précarité on remarque :

- un plus grand nombre de caries
- un plus grand nombre de caries non traitées.
- un plus grand nombre de dents absentes.
- un plus grand nombre de dents non remplacées.
- un plus fort taux d'édentation.
- un moins grand nombre de dents obturées.

75% des personnes en situation de précarité déclarent avoir au moins une dent absente non remplacée à comparer au 38% de la population générale.

La moyenne des dents manquantes est supérieure chez les personnes touchées par la précarité (4,6) que dans la population générale (1,3).

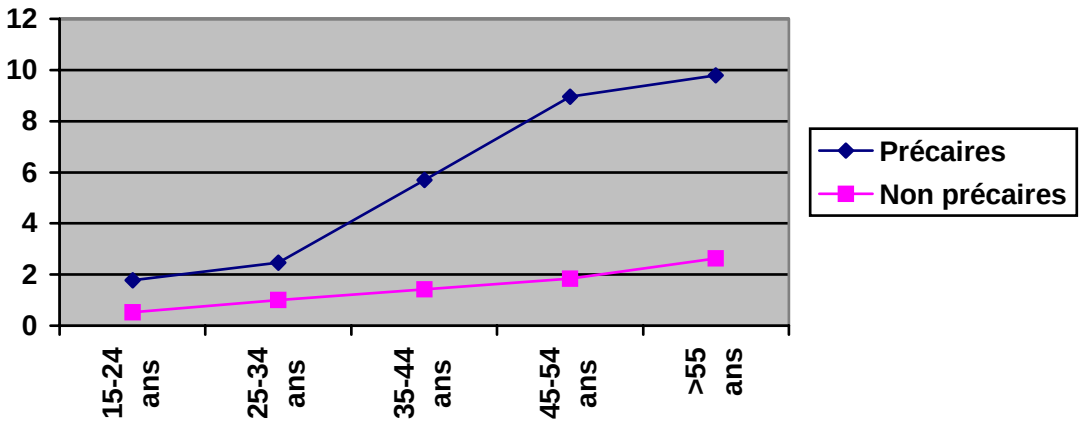
De même, à âge égal, le nombre de dents manquantes est plus grand chez les populations vulnérables que dans la population générale.

Les 45-54 ans en situation de précarité déclarent en moyenne 7 dents non remplacées de plus que dans la population générale du même âge.

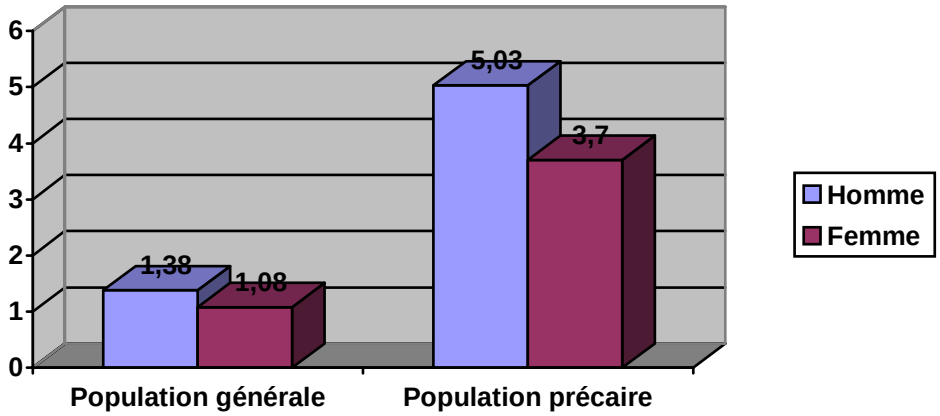
En outre, les personnes touchées par la précarité ont un taux de dents obturées inférieur à la moyenne.

Ainsi, si le différentiel de l'indice CAOD peut sembler minime (0,8), on note des différences notables des différents indices qui composent l'indice CAOD. Les indices C, A et O pris isolément, sont plus intéressant que l'indice cumulé et permettent d'apprécier de façon très sensible si la santé dentaire des plus vulnérables est moins bonne que celle de la population générale.

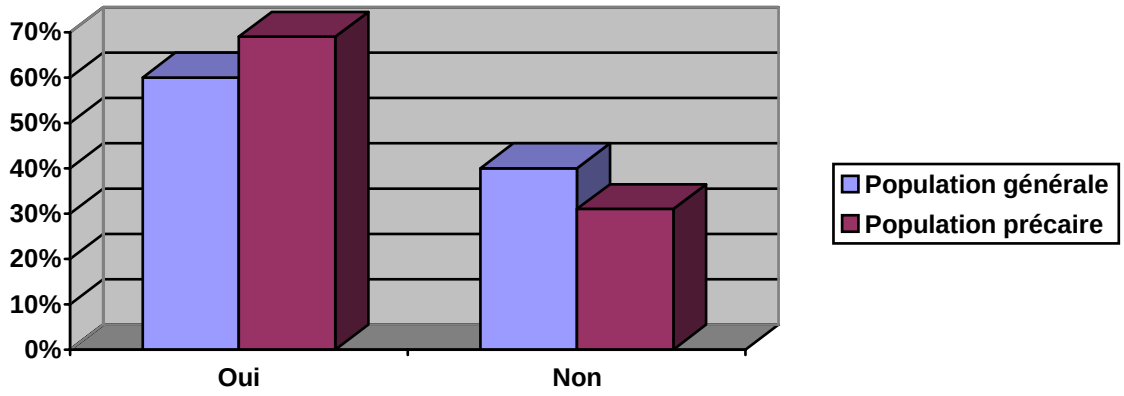
Nombre de dents absentes selon l'âge (Beynet 2002) :



Nombre moyen de dents non remplacées selon le sexe (Beynet 2002) :



Pourcentage de dents extraites en dehors des dents temporaires et dents de sagesse (Beynet 2002) :



3.4.3. <u>Faible recours aux soins dentaires</u> (11) :

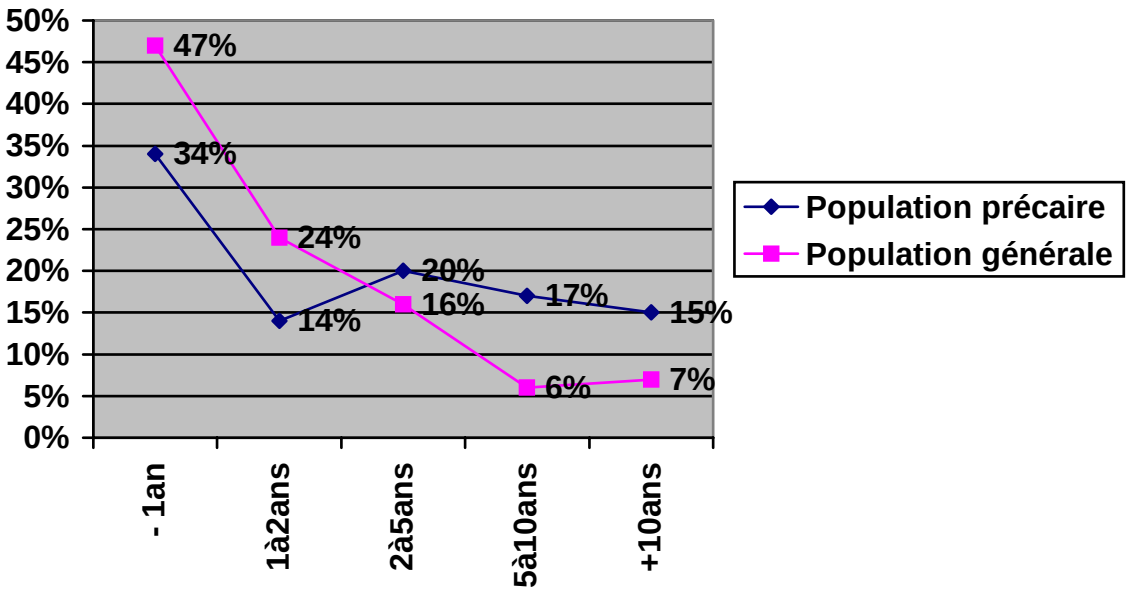
Les personnes en situation de précarité consultent moins le chirurgien-dentiste que les autres personnes.

30% parmi eux ont consulté durant la dernière année contre 50% des personnes de la population générale, alors que leur santé dentaire aurait du les inciter à se faire soigner plus souvent.

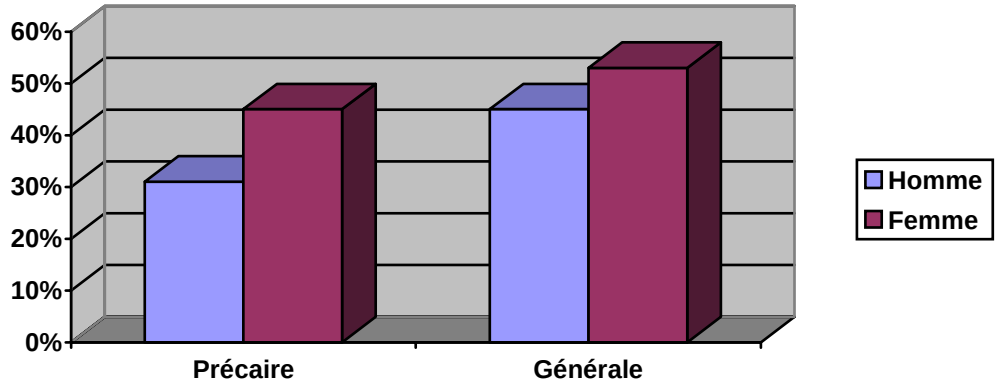
Pour 15% des plus démunis, il s'avère qu'ils n'ont pas consulté depuis plus de 10 ans…

Il est à noter cependant que les femmes ont tendance à consulter plus fréquemment que les hommes quelle que soit leur situation socio-économique mais que la précarité majore les différences. Les femmes portent plus d'attention à leurs dents que les hommes.

Date de la dernière visite chez le dentiste (Beynet 2002) :



Pourcentage d'hommes et de femmes ayant consultés durant l'année écoulée selon la situation sociale (Beynet 2002).



3.4.3.1. La consultation d'un chirurgien-dentiste : recours et non-recours (11)

Chaque fois qu'un problème dentaire est détecté par un médecin généraliste 80%, des personnes en situation de précarité se déclarent prêts à consulter un chirurgien-dentiste : il ne s'agit donc pas d'un refus de recours au soin mais d'un non-recours.

Le manque d'information est une cause invoquée parmi les consultants de centres de soins gratuits. Ils se déclarent perdus face au système de soins et ne savent souvent pas où s'adresser.

Il est intéressant de noter que les médecins des structures d'urgence ne savent pas toujours orienter les personnes chez qui ils détectent des problèmes dentaires.

3.4.3.1.1. Motifs invoqués:

Les motifs avancés par les personnes en situation de précarité sont par ordre décroissant :

- jugent ne pas avoir besoin (pas de douleur) 40%.
- des raisons financières 40%.
- la peur du dentiste 8%.
- les difficultés pratiques (en raison de l'éloignement, de méconnaissance des structures ou des droits…) 7%
- la négligence 5%.

Ces chiffres sont à comparer aux motifs de non-consultation dans la population générale :

- pas de nécessité 55%.
- la peur du dentiste 20%.
- les dents sont déjà soignées 10%.
- soins trop chers et mal remboursés 10%.
- c'est en projet 10%.
- le manque de temps 6%.
- l'éloignement 0,5%.

Plusieurs réponses étant possibles, le chiffre total peut être supérieur à 100. Le non-recours pour raisons financières est bien plus important chez les personnes en situation de précarité.

Il apparaît donc que c'est la douleur qui détermine la consultation.

3.4.3.1.2. <u>Motifs de non-remplacement des dents manquantes</u> :

Les motifs de non-remplacement des dents manquantes sont également très différents selon que la population est en difficulté ou non.

Ainsi, si pour les populations en situation de précarité la contrainte financière est le principal obstacle, en population générale les motifs fréquemment évoqués sont l'absence de gêne et l'inutilité du remplacement.

Motifs de non-remplacement des dents manquantes chez les personnes en situation de précarité (Beynet 2002) :

	Pourcentage
Renoncement pour raisons financières	58%
Renoncement à cause du rapport au soin (peur, inutilité)	25%
Renoncement pour raisons pratiques (manque de temps, éloignement, ne sait pas où aller)	7%

Motifs de non-remplacement des dents manquantes dans la population générale (Beynet 2002) :

	Pourcentage

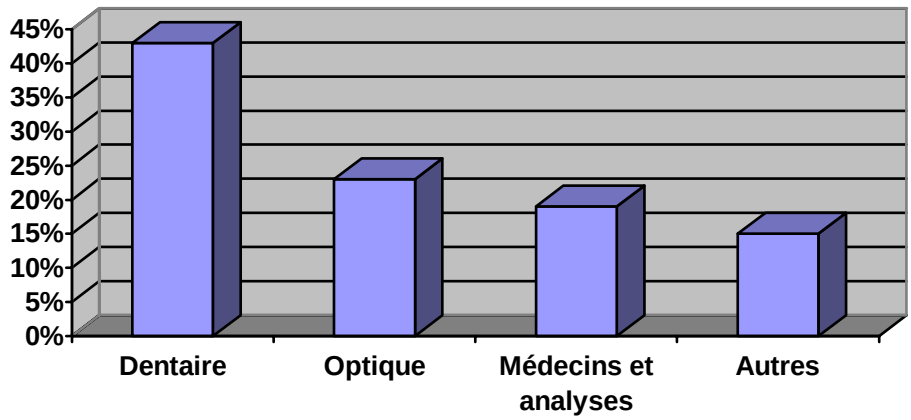
Pas de gêne	54%
Cher et mal remboursé	29%
Inutilité	14%
Peur du dentiste	11%
En projet	8%
Pas le temps	3%
Trop vieux	2%
Trop loin	0,5%

Dans l'ensemble, les personnes démunies renoncent aux soins pour des raisons financières évidentes mais aussi par des comportements particuliers dus à leur situation sociale :

- ils ne savent pas où aller.
- ils se déclarent perdus face au système de soins.
- ils méconnaissent leurs droits.

La santé dentaire est ressentie comme un luxe peu ou pas en rapport avec la santé générale. Ce n'est pas le problème dentaire qui va entraîner la consultation mais son association avec une autre pathologie.

Pourcentage de renoncement selon les types de soins (Beynet 2002) :



Le graphique illustre que la santé dentaire semble occuper une place particulière par rapport à la santé générale, pour l'ensemble des populations. Ainsi, les soins dentaires sont ceux auxquels on renonce prioritairement devant tout autre type de soins. Bien que les prothèses dentaires soient aussi peu prises en charges par la Sécurité Sociale que les prothèses optiques (lunettes et lentilles de contact), le taux de non-recours est de 2 sur 1.

3.4.4. Relation précarité-santé dentaire :

La précarité est un état complexe qui ne peut se limiter aux seuls critères économiques.

Ainsi, pour différencier les formes de précarité et les trajectoires différentes qui y mènent, des indicateurs de précarité ont été utilisés pour quantifier leurs impacts sur la santé dentaire.

3.4.4.1. Relations entre les types de précarité et les problèmes dentaires (11,40,41) :

Il existe plusieurs types de précarité, mais elles ne sont pas nécessairement associées et n'influent pas de la même façon la santé dentaire.

Celles prises en compte sont les suivantes :

- la précarité professionnelle.
- la précarité économique.
- la précarité du logement et du cadre de vie.
- la précarité affective.
- la précarité liée à la protection sociale.
- la précarité administrative (situation légale ou non).

Pour les formes de précarité citées, le nombre de dents absentes non remplacées a été comparé à celui du reste de la population (Beynet 2002) :

Type de précarité	**Population précaire**	**Population générale**
Professionnelle	5,1	3
Economique	5,3	4
Logement et cadre de vie	5,7	4,6
Affective	4,9	3,7
Protection sociale	3,3	5,7
Administrative	2,2	4,2

Ce tableau illustre que les différents types de précarité influent de façon variable la santé dentaire.

Pour étudier l'influence du cumul des précarités sur la santé dentaire, il a été schématiquement établi des groupes homogènes de précarité (11).

Pour chacun des groupes, le nombre de dents absentes a été comptabilisé et peut être comparé à celui des personnes qui ne sont pas en situation de précarité :

- **Non précaires** ayant un emploi stable et des ressources régulières (2,7 dents absentes en moyenne).
- **Travailleurs instables** avec des ressources régulières mais un emploi précaire et vivant chez eux (3 dents absentes en moyenne).
- **Personnes en difficultés matérielles** avec des ressources régulières mais faibles (emploi précaire ou non) et vivant chez elles (5,3 dents absentes).
- **Chômeurs avec logement indépendant** (6,3 dents absentes).
- **Chômeurs aidés par des proches** sans logement indépendant (9,6 dents absentes).

On observe que le cumul de la précarité économique, du logement et du cadre de vie se traduit par un indice A moins bon.

En outre, près de 40% des personnes en situation de précarité souffrent d'une pathologie psychique et près de 70% ont connu un choc affectif grave durant l'enfance.

Ces constats nous interrogent sur le mode de survenue et l'enchaînement qui amène à ces situations de précarité.

Il semble que la fragilisation initiale des personnes en situation de précarité corresponde à des chocs professionnels, affectifs, familiaux ou sociaux. Cette fragilisation établie, l'établissement dans le statut de précaire s'installe avec perte des repères sociaux et des effets sur la personnalité psychique. Ces pertes de repères et différents désordres feraient également perdre toutes disciplines pour la prise en main des soins dentaires, d'autant plus que ces soins ne semblent pas urgents car non associés à des douleurs ou à des impossibilités fonctionnelles (manger, dormir ou se déplacer).

Le cumul de handicaps est le déterminant majeur qui potentialise les effets de la précarité sur la santé dentaire.

3.4.4.2. <u>Relations statut économique et social et santé dentaire</u> (20,42,44,47,88) :

Les rapports entre le statut économique et social (S.E.S) et la santé dentaire ont été principalement étudiés dans les pays de tradition anglo-saxonne :
Grande-Bretagne, Etats Unis d'Amérique et les pays scandinaves.
Les résultats concordent. La prévalence de la carie est co-linéaire avec le niveau de développement économique. Plus le niveau social et culturel est bas plus l'indice CAOD est grand et plus le nombre de personnes indemnes de caries est faible.

En outre, la diminution du taux de caries affecte toutes les couches sociales à des degrés variables, à l'exception de la population en situation de précarité.

Si les indicateurs de santé se sont trouvés améliorés, celui des personnes les plus défavorisées est resté quasiment stable : leur santé dentaire est aujourd'hui à peine meilleure que celle observée il y a 30 ans.

3.4.5. Mode d'action de la précarité :

L'effet de la précarité sur la santé n'a pas comme seule explication, comme on l'entend souvent, d'être démuni pour ne pas pouvoir payer les soins.

L'aspect matériel joue effectivement un rôle mais il existe de véritables comportements par rapport à la santé des personnes démunies.

3.4.5.1. Variable économique (11) :

Les soins dentaires sont les premiers soins auxquels on renonce pour des raisons financières.

La précarité de revenus (qui affecte certains travailleurs, les chômeurs ou les allocataires de différentes pensions) accroît la probabilité d'appartenir aux groupes dont la santé dentaire est la moins bonne.

L'absence de couverture sociale de certaines personnes en situation de précarité (les immigrés en situation irrégulière ou surtout les jeunes marginaux sans-domicile fixe) est un facteur de risque qui s'ajoute à la précarité des revenus.

En France, la structure et l'organisation sociale du système de santé font que toute personne démunie peut recevoir différentes aides de l'Etat notamment les aides de santé (CMU ou aide médicale d'Etat).

La précarité sociale ne devrait donc pas induire la précarité de santé.
Mais :

- on ne peut imposer des consultations et des soins à des ayants droit.
- la précarité ne se limite pas à la précarité administrative des allocataires de prestations sociales. Certains travailleurs se privent de soins ou de prothèses dentaires pour des raisons financières tout en sachant qu'ils en auraient besoin (remboursement insuffisant par les mutuelles complémentaires, impossibilité d'avance des frais, pas de mutuelle…).
- certaines personnes ignorent ou n'ont pas fait les démarches pour obtenir une protection sociale.

Le rôle discriminant des revenus ne peut s'appliquer de façon égale à toute personne en état de précarité. S'il existe effectivement une frange de personnes pour qui les soins dentaires ne sont pas accessibles pour des raisons financières, ce ne sont pas les plus démunis financièrement parce qu'ils peuvent prétendre à la solidarité nationale et à ce titre être pris en charge intégralement sans avance de soins.

Il n'en demeure pas moins vrai que certaines personnes renoncent aux soins pour des motifs financiers alors qu'elles n'auraient ni avance ni paiement à effectuer : elles ne sont pas informées de leurs droits.

On ne peut donc mélanger la précarité des revenus de certains travailleurs (qui ne peuvent ou croient ne pas pouvoir faire soigner leurs dents) avec la précarité de personnes qui ont la possibilité de se faire soigner sans que le critère financier rentre en compte mais qui ne le font pas par un comportement particulier envers la santé ou par l'ignorance des droits.

Le graphique suivant exprime le pourcentage de personnes ayant renoncées à des soins ou prothèses dentaires pour raisons financières selon leur type d'activité (Banchereau 2001).

	Pourcentage
Agriculteurs	5%
Artisans	18%
Cadres	11%
Intermédiaires	14%
Employés	17%
Ouvriers qualifiés	14%
Ouvriers non qualifiés	19%

On note un faible renoncement des agriculteurs qui est à mettre en relation avec un fort taux parmi eux, de personnes relevant des aides médicales d'état. Ceci explique également que le renoncement des employés est supérieur à celui des ouvriers qualifiés.

Pour les autres populations, le renoncement est fonction de l'appartenance sociale et au statut économique qui en découle.

Ainsi, l'impact financier sur la santé dentaire est réel pour les personnes qui se trouvent légèrement au-dessus des seuils d'attribution des minima sociaux (et qui ne possèdent pas forcément de mutuelles ou de tiers payant).

Pour les autres personnes, il s'agit plus volontiers de comportements de santé particuliers dus à la précarité sociale.

3.4.5.2. Comportements vis-à-vis de la santé :

3.4.5.2.1. Construction sociale de la santé dentaire (42,73) :

Une bonne connaissance de la situation sociale des patients devient un pré requis indispensable pour les professionnels de santé.

La dimension non clinique des facteurs sociaux peut être assimilée à la sociologie. Aux critères objectifs de la chirurgie-dentaire mesurable, s'ajoutent actuellement des critères sociologiques subjectifs et abstraits.

Il existe une construction sociale de la réalité et donc de la santé dentaire.

Ainsi, pour Petersen (1997) la santé dentaire n'est qu'un concept social.

La réalité est analysée et assimilée par rapport au vécu social et culturel de chacun.

Pour les chirurgiens-dentistes, existent des connaissances communes (un savoir) qui permettent de distinguer le normal du pathologique. Ces connaissances sont basées sur des critères biologiques, physiologiques et pathologiques précis qui font qu'il y a ou non pathologie et /ou besoin de traitement.

Pour les patients, la santé dentaire ne fait pas partie de la Santé (exception faite des quelques cas de douleurs extrêmes) car les problèmes dentaires ne transforment pas les patients en malades : les patients ne sont pas en situation d'incapacité sociale.

Chaque signe ou symptôme dentaire est filtré à travers des processus sociaux. Une mauvaise haleine ou une douleur seront toujours des signes qui amèneront à consulter plus facilement que n'importe quel autre signe biologique.

En fait, l'intérêt public pour la santé dentaire se limite à l'esthétique et l'image sociale de la bouche. La santé dentaire, intimement liée aux idéaux culturels en vogue, véhicule une image de bonne santé et de vitalité.

Ceci explique que la représentation de la santé dentaire des différents groupes sociaux est extrêmement variable.

L'aspect social des problèmes de santé peut expliquer pourquoi la perception de la santé dentaire est différente selon que les personnes sont en situation de précarité ou pas.

Les personnes en situations de fragilité sociale s'estiment :

- en plus mauvaise santé dentaire que la population générale à indice CAOD identique.
- moins concernés par l'état de leurs dents.
- moins concernés pour garder leurs dents naturelles.

On note également que les personnes désavantagées considèrent les problèmes de santé dentaire moins importants que ceux de santé générale.

A niveau de précarité comparable, les femmes ressentent leur état de santé dentaire comme plus grave que les hommes.

3.4.5.2.2. Habitudes de santé dentaire et précarité (73,80,83,88) :

Les gestes de prévention, même si certains sont peu liés à la diminution de la prévalence de la carie, sont intéressants pour évaluer la prise de conscience (conscientisation d'un groupe de personnes) vis-à-vis de la santé dentaire.

Ainsi, les gestes d'hygiène de bases (brossage des dents, utilisation d'un dentifrice fluoré, utilisation du fil dentaire, utilisation de cure-dents) sont des critères qui permettent d'évaluer le niveau de « self-care » d'une population et du « self-esteem ».

La pratique de ces gestes varie selon le niveau de précarité et est très liée au concept de maintenance active de la santé dentaire. On observe que ces gestes, largement répandus dans la population, sont plus fréquents lorsque le niveau d'études et de revenus augmente. Ils sont de plus effectués presque systématiquement dans les classes socioprofessionnelles les plus favorisées.

Il existe une relation directe entre le niveau scolaire et le style de vie.
Ainsi, plus le niveau d'études est élevé :

- plus la fréquence de brossage est grande.
- plus l'utilisation du fil dentaire est importante.

- plus l'utilisation de cure-dents est répandue.
- plus les connaissances sur la formation des caries sont importantes.
- plus la fréquence des grignotages est faible.
- moins on mange de sucreries.
- plus les enfants du ménage se brossent les dents.
- plus les parents surveillent le brossage de leurs enfants.

Les personnes les plus démunies sont également les plus fatalistes sur leur état de dentaire : leurs comportements individuels n'ont à leurs yeux que peu d'impacts sur leur santé dentaire.

Au final, les comportements peuvent être classés schématiquement selon qu'ils ont un effet bénéfique sur la santé dentaire ou non.

Il s'avère que les comportements positifs sont peu fréquents chez les populations en situation de précarité par rapport à la population générale.

Nos habitudes d'hygiène dentaire sont le fruit de ce que nous avons appris de part notre culture, notre environnement social et familial.

Les habitudes ne sont que l'illustration de l'effet normatif du milieu dans lequel nous vivons.

Les comportements de santé dentaire tendent à s'effectuer selon les valeurs communément admises dans l'environnement immédiat.

3.4.5.2.3. <u>Logique de recours aux soins</u> (5,6,11,42,73) :

La logique de recours aux soins des personnes en grande difficulté est également remarquable.

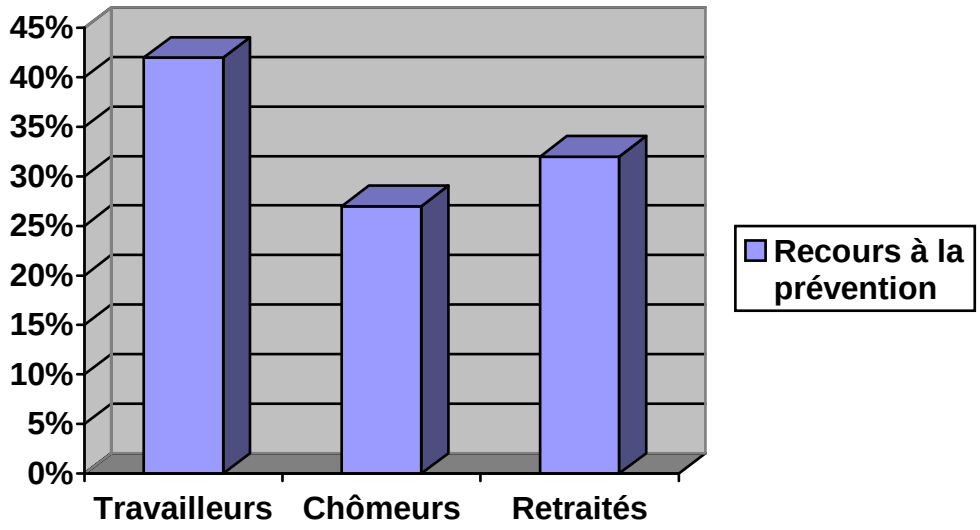
On note ainsi que la douleur est le véritable déclencheur du recours au soin. La douleur très importante, qui devient handicapante dans la vie de tous les jours, est l'événement décisif pour consulter un chirurgien-dentiste. C'est pourquoi les personnes en situation de précarité consultent essentiellement en situation d'urgence quand la douleur devient insupportable.

Ce mode de recours rend difficile de trouver un professionnel susceptible de les prendre en charge. Le recours au chirurgien-dentiste s'effectue dans près de 65% des cas quand l'état de santé dentaire ressenti est mauvais ou très mauvais.

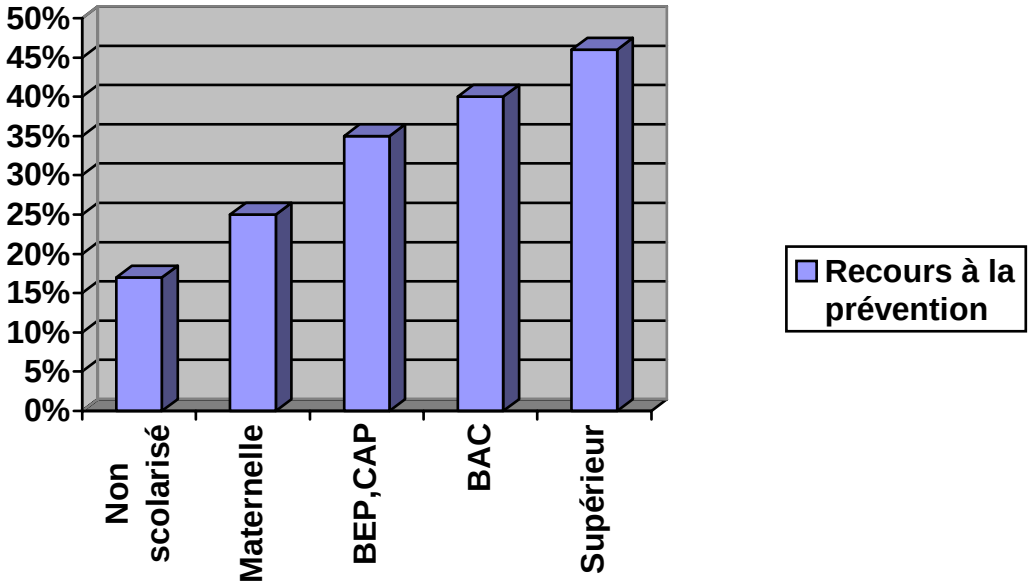
Dans 20% des cas, la visite met en évidence la perte totale ou sub-totale des dents du consultant.

Tout message de prévention et de dépistage par des visites de contrôle ne passe de toute évidence pas. Les personnes en situation de précarité ont une santé dentaire déplorable et sont également celles qui consultent le moins fréquemment à titre préventif.

Le graphique suivant montre les pourcentages de recours au chirurgien-dentiste selon l'activité de la personne de référence du ménage (Banchereau 2001).



Le graphique ci-dessous expose et met en parallèle le niveau d'étude atteint et le recours au chirurgien-dentiste à titre préventif (Banchereau 2001) :



Ceci montre les effets de l'éducation sur la santé.

Plus le niveau d'éducation est élevé, plus souvent les personnes consultent à titre préventif. Les personnes les plus défavorisées ont tendance à croire que la perte de dents est inéluctable quoi qu'ils puissent faire à titre préventif.

Le message de prévention tel qu'il est véhiculé aujourd'hui, ne touche pas les personnes auxquelles il est destiné.

L'exemple du « Bilan Bucco Dentaire » (BBD) est frappant (6). Cet examen de dépistage gratuit ne conduit chez le chirurgien-dentiste que des adolescents déjà suivis régulièrement, souvent sans caries. Les « cibles » du BBD, c'est à dire les personnes qui ne consultent pas ou de façon irrégulière, représentées par les adolescents des familles socialement les plus en difficulté, ne se sentent pas concernées par ce message et ne consultent pas.

Les campagnes de prévention menées sans discernement des populations à risques, sont coûteuses et sans effets.

3.4.5.2.4. <u>Conclusion</u> (73) :

Les comportements par rapport à la santé dentaire sont le fruit de phénomènes complexes :

- l'environnement culturel composé de l'environnement familial, du niveau d'éducation, des origines ethniques, de l'âge et de la génération.
- le contexte social représenté par les conditions de vie, le rapport au monde du travail et la position sur l'échelle sociale.

- les facteurs individuels, tels le libre-arbitre et l'expérience dentaire vécue, sont filtrés par le regard de l'autre, par la norme, les habitudes et coutumes sociales.

Les interrelations entre l'environnement culturel, le contexte social et les facteurs individuels déterminent un comportement particulier, propre aux personnes qui y sont exposées.

La précarité sous toutes ses formes accentue tel ou tel facteur et peut être contrebalancée par une volonté personnelle, un milieu familial favorisé culturellement ou au contraire faire son lit dans des situations personnelles difficiles.

Son action pourra s'effectuer à tout niveau, déterminant ainsi le comportement individuel. C'est ainsi que la précarité durable (souvent vécue depuis l'enfance) fait que les comportements sont difficiles à modifier, car enracinés dans l'histoire personnelle de l'individu. Ce n'est pas simplement un comportement qu'il faut modifier mais toute une logique et un processus social.

Le schéma ci-contre modélise les différents déterminants des comportements de santé face à la carie.

Les 4 types de déterminants que sont la structure sociale, le contexte social, les facteurs individuels et les facteurs biologiques, interagissent entre eux de façon complexe pour aboutir à un comportement de santé particulier.

3.4.5.3. **Précarisation : l'exemple des étrangers** (11,34,35)

Les inégalités de santé dentaire liées à l'immigration possèdent des caractéristiques particulières.

S'il existe des facteurs liés à l'exil, à la situation et des violences dans le pays d'origine, l'essentiel des éléments de vulnérabilisation tient aux conditions d'accueil et d'existence en France.

Il existe peu de données statistiques et épidémiologiques en raison des choix politiques faits pour ne pas stigmatiser les populations concernées.

Il a toutefois été établi un mode de précarisation particulier chez les étrangers. Ceux qui sont présents en France depuis moins de 4 ans ont une meilleure santé dentaire que les Français, à situation de précarité équivalente.

Alors que les différences entre la population générale et les étrangers sont minimes en ce qui concerne l'état de santé des dents, les étrangers en situation de précarité ont 2 fois moins de dents non remplacées, ont moins de caries non traitées et consultent plus fréquemment à titre préventif.

Le tableau suivant expose le nombre de dents absentes non remplacées selon la nationalité, le sexe et la précarité (Beynet 2002).

	Français		***Etrangers***	
	Pop générale	Pop précaire	Pop Générale	Pop précaire
Hommes	1,4	6,1	1,2	3,4
Femmes	1	4,5	1,6	2,9

L'importance de leurs problèmes dentaires augmente avec leur durée de présence sur le sol français aussi bien pour le nombre de dents manquantes, que pour le besoin en prothèses dentaires et que le nombre de dents cariées non soignées. Les différents indicateurs de l'état de santé dentaire deviennent moins bons qu'à l'entrée sur le territoire et tendent vers les indicateurs de santé des populations françaises précaires.

Le meilleur état de santé originel des étrangers nouveaux arrivants tient au fait d'une sélection naturelle au départ : les personnes les plus fragiles étaient celles qui étaient les moins aptes à partir.

En ce qui concerne la dégradation de l'état de santé au fil du temps, l'hypothèse suivante a été formulée.

Tout se passe comme si « pour une partie des étrangers arrivant en France (surtout ceux sans situation administrative), les difficultés d'obtention d'un statut, d'un emploi ou d'un logement étaient telles qu'ils voyaient leur situation devenir durablement précaire. Cette entrée dans la précarité associée à la dureté de l'insertion sur le territoire se traduirait par des difficultés pour apporter des soins minimums aux dents et provoquerait au fil du temps une dégradation cumulative de l'état de santé dentaire, alors qu'il était relativement bon avant leur venue en France. C'est ainsi l'inscription durable dans une situation précaire qui, en se conjuguant avec l'effritement des supports sociaux accompagnant l'immigration, serait la principale responsable de la dégradation de l'état de santé dentaire de ces populations » (Beynet 2001).

Cette hypothèse formulée sur les étrangers permet d'expliciter la situation des Français chez qui il est souvent bien plus difficile de définir le début de la situation de précarité.

Ce serait finalement la durée qui associée aux différentes formes de précarité, expliquerait cet état de santé dégradé.

3.5. Conclusions et perspectives :

Pauvreté et opulence coexistent dans toute société humaine. Leurs degrés, leurs durées et leurs taux relatifs dépendent de facteurs sociétaux et environnementaux : de la nature des systèmes politiques, économiques et culturel, des différents effets engendrés par des catastrophes naturelles, des troubles et révolutions sociales voire « culturelles », des guerres, des épidémies.

En Europe, la dernière paupérisation générale s'est produite durant et après la deuxième guerre mondiale. Depuis 1950, une période de croissance économique soutenue et durable a été observée. Elle a entraîné une amélioration sensible et générale des conditions de vie, procuré une stabilité politique marquée et une cohésion sociale appréciable, durant près de 40 ans.

La pauvreté n'avait pas disparu pour autant, mais elle ne concernait qu'une faible à très faible partie des populations dont l'état de santé était moins bon que celui de la population générale. Cette particularité a été confirmée par Townsend et Black (1982) qui, de plus, a observé, sur l'ensemble de l'échelle sociale, un gradient général, toutes pathologies confondues. Le taux de mortalité et l'espérance de vie étaient plus élevés en bas qu'en haut de l'échelle, la quasi-totalité des maladies y étaient plus fréquente.

Ainsi, les indices de santé périnatale, ceux qui évaluent la santé des enfants, des adolescents, des personnes âgées, et les indices de santé dentaire étaient bien meilleurs, dans les strates de population socioéconomiquement aisées.

La persistance d'un faible nombre de personnes à risque était jugée acceptable par la société et ne constituait pas un problème de Santé Publique. Les résultats de nombreuses études effectuées par différents services de santé, notamment ceux du Royaume Uni, confortaient cette appréciation.

La survenue, dans les sociétés occidentales d'un chômage de masse et de longue durée vers la fin des années 1980 laissait supposer l'apparition d'une « précarisation » progressive –anciennement appelée pauvreté- d'une partie importante des populations. Elle semblait affecter en premier lieu les strates socioéconomiquement faibles, mais numériquement importantes.

Dans ce contexte, étaient entreprises des études visant à recenser les populations concernées, à déterminer les facteurs responsables de la précarisation et à en élucider les interrelations.

S'il était aisé de recenser le nombre de personnes concernées et relativement facile à mettre en évidence les déterminants de la précarité, les mécanismes de la précarisation se révélaient fort complexes.
L'analyse de ces travaux (11,34,73) confirme en tous points les observations faites par Townsend et Black (1982).

Les inégalités sociales de santé dentaire et la forte dépendance à la précarité sont avant tout la conséquence des inégalités des conditions d'existence.
L'environnement, les conditions dans lesquelles vivent les personnes, travaillent, habitent, s'éduquent, s'amusent fait que des inégalités matérielles provoquent des inégalités de mode de vie.

On ne peut opposer une vision matérialiste à une vision comportementaliste. Les habitudes alimentaires, l'apprentissage des gestes d'hygiène, de prévention (le self-care) varient en fonction des disparités des conditions d'existence. La déprivation matérielle, éducative, culturelle et la pauvreté sociale influent sur le mode de vie et génèrent des comportements à risque. Ils sont les produits de multiples manques. La médiocrité de l'état dentaire est la résultante d'un cheminement complexe.

La précocité des différentes inégalités est également notable. L'importance de la petite enfance et les expériences vécues de pauvreté, de manque affectif, de violence, de chocs affectifs ne pourront être gommés par la

scolarité qui pourra dans certains cas accentuer les effets de la précarité sur la santé et plus généralement sur le rapport au corps et à la santé.

Ainsi, certains n'hésitent pas à parler de reproduction des inégalités de santé et non pas de production d'inégalités.

L'accès aux soins n'est pas la cause de la plus mauvaise santé des personnes les plus démunies. Les portes sont certes ouvertes pour soigner les personnes en état de précarité mais elles sont mal indiquées et mal adaptées pour elles. L'ignorance de l'existence de structures de soins gratuits et parfois même de leurs droits d'assurés sociaux font que l'on se ne soigne pas. Si quelqu'un ne se soigne déjà pas, comment pourrait-on alors le sensibiliser à l'importance de la prévention et au suivi régulier ?

Pour accéder à la santé, un certain nombre de ressources préalables est nécessaire : logement, nourriture, niveau de revenu, écosystème stable, apport durable de ressources et réseau social. Ce sont les préalables indispensables à l'amélioration de la santé (70).

Le meilleur vecteur de lutte contre ces inégalités et la précarité est l'éducation (94). Apprendre à lire et à écrire sont les compétences de bases qui permettent l'acquisition de connaissances. Posséder des connaissances permet de trouver sa place dans la société (sociale, professionnelle, familiale...) et de s'épanouir.

Par ailleurs, les travaux et analyses réalisées depuis peu par le Haut Comité de la Santé Publique (1994,1998), l'Observatoire National de la Pauvreté et de l'Exclusion Sociale (2000,2002), l'I.N.S.E.R.M (2001) et l'Observatoire de l'Action Sociale Décentralisée (2001) et d'autres ont également confirmé que les déterminants de la santé, dont la santé dentaire n'est qu'un aspect particulier, étaient essentiellement de nature socioéconomique.

Si l'affection de la santé générale par la précarisation est patente, celle de la santé dentaire semble avoir été jugée négligeable pendant longtemps en raison de sa faible importance par rapport à la santé générale (le volume budgétaire des soins dentaires représente moins de un centième du budget total de la santé) et pour des raisons historiques spécifiques : les déterminants de la carie étaient supposés se trouver au sein même de l'écosystème buccal.

Historiquement, c'est Miller qui en 1890 a mis en évidence le rôle des bactéries véhiculées par la salive, pour voir apparaître des caries : en présence de sucres fermentescibles, il y avait formation d'acides susceptibles de déminéraliser l'émail et de former des cavités.

En leur absence, il se produisait une putréfaction alcaline. Ces travaux ont été approfondis par Stephan (1938), Keyes (1960), König (1986) (tous cités par Charland 2001) et beaucoup d'autres auteurs. Depuis Keyes (1960), un grand nombre de « déterminants » responsables de la formation de caries était découvert.

Parmi eux figuraient :

- la triade bactéries-dent-substrat.
- la nature et la quantité des aliments fermentescibles ingérés.
- la quantité des deux espèces acidogènes/aciduriques présente dans la salive et leur quantité relative dans la plaque dentaire.
- la qualité de la salive et le flux salivaire.
- les altérations ultrastructurales et les modifications chimiques de l'émail (sa teneur en carbonates par exemple) issues des dysplasies et hypoplasies d'origine génétique et des hypoplasies d'origine environnementale (infections et traitement, traumatismes et maladies systémiques).

Des facteurs immunologiques et environnementaux étaient également censés y jouer un rôle.

Depuis, certains travaux ont pour objectif de faire éliminer streptoccocus mutans et lactobacillus acidophilus de la plaque dentaire par compétition bactérienne. Hillman et coll (2001) ont ainsi modifié le génome de streptoccocus mutans en substituant sa fonction lactate déshydrogénase par une fonction alcool déshydrogénase. Comelli et coll (2002) ont sélectionné des bactéries probiotiques. Des tests cliniques sont actuellement en cours pour apprécier l'efficacité de cette approche.

Cependant, l'existence d'un gradient social par rapport à la prévalence à la carie a été démontrée par de nombreux auteurs. Parmi eux Diesendorf (1986), Petersen (1997), Watt et Sheiham (1999), Birkeland (2001), Hobdell (2001), Holst (2001), Ismail (2001), Reisine (2001), Edelstein (2002), Kallestal (2002) … ont mis en évidence l'influence primordiale de facteurs ou déterminants socioéconomiques (épigénétiques) sur la santé dentaire.

Ces observations, résumées par Petersen (1997), concordent avec celles faites au sujet des déterminants de la santé générale :
« Les causes, le caractère et les conséquences de la diminution des taux de caries chez les enfants des pays industrialisés sont essentiellement de nature sociale ; cette diminution a été régulière et soutenue ; elle s'est produite avec et sans fluoration des eaux de boissons, dans les populations à fort ou à faible recours aux soins » … « l'amélioration de l'accès aux soins n'a eu que qu'un faible effet sur la variation du taux de carie ».

Si aujourd'hui, en France, les déterminants de la carie sont connus, l'état de santé dentaire et par conséquent les besoins de soins sont strictement inconnus, car depuis l'évaluation nationale de la santé bucco-dentaire des enfants âgés de 6 à 15 ans, réalisée en 1991 par les 16 facultés de Chirurgie Dentaire, aucune autre étude statistiquement représentative n'a été effectuée.

Néanmoins, la prévention de la carie semble toujours être centrée sur l'enseignement de l'hygiène bucco-dentaire et des recommandations en matières alimentaires dispensées sans discernement, sur la diminution d'ingestion des sucres fermentescibles, leur suppression simple (pas de sucreries, pas de grignotages), leur substitution par des édulcorants, sur l'élimination mécanique de la plaque dentaire par brossages à intervalles réguliers selon des techniques précises (« brossez-vous les dents du rouge vers le blanc »), sur son élimination chimique par l'utilisation d'adjuvants (bains de bouche bactériostatiques, fluorures administrés par voie générale et/ou locale), sur la prescription - sans discernement - de fluorures, administrés par voie générale ou appliqués localement (pâtes dentifrice, gels).

Quelles sont les perspectives ?

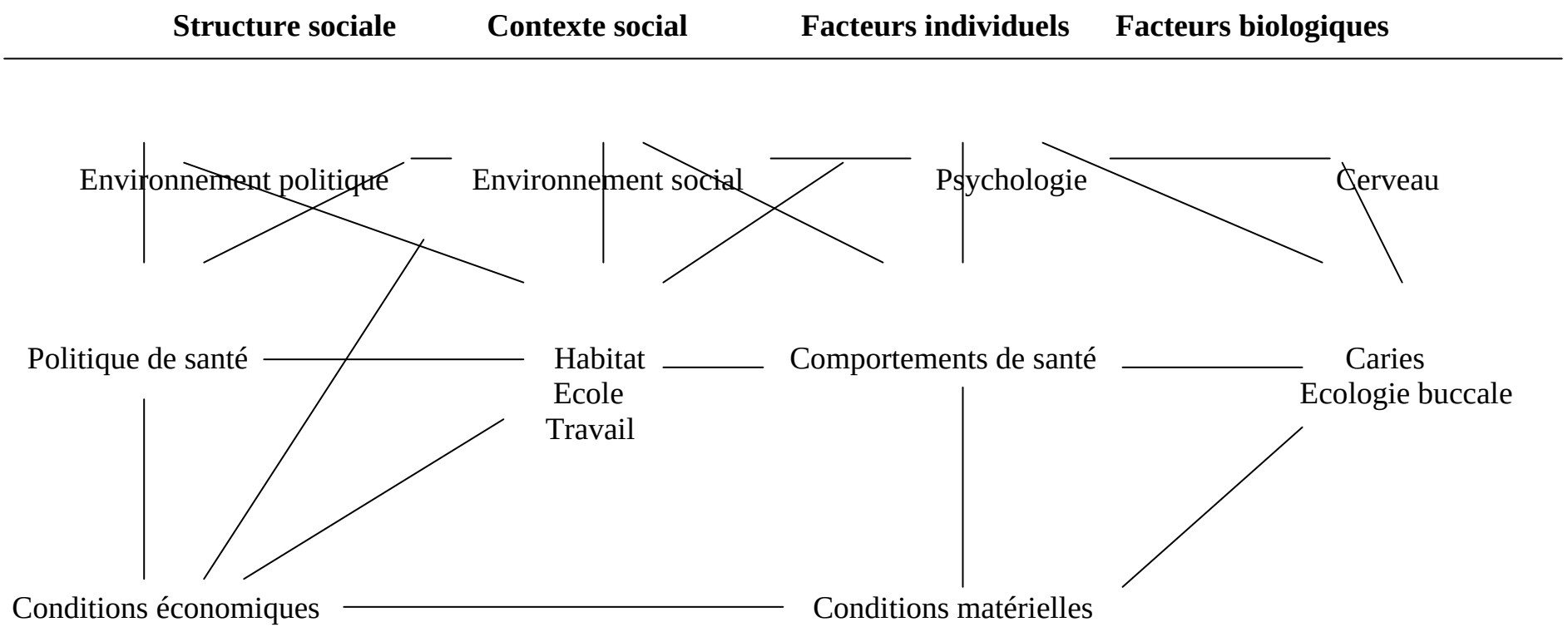
Une loi sur la politique de Santé Publique a été votée en première lecture, par le Parlement français. Elle contient, entre autres, 100 objectifs à atteindre, dont le 91ème est « de réduire de 30% d'ici à 2008 l'indice CAO* moyen à l'âge de 6 ans (de 1,7 à 1,2), à l'âge de 12 ans (1,94 à 1,4) et chez l'adulte (de 14,6 à 10,2 chez les 35-44ans et de 23,3 à 16,3 chez les 65-74ans).
*L'indice CAO est la somme des nombres de dents cariées (C), absentes pour cause de carie (A), et obturées définitivement (O) ».

Initiative louable bien qu'elle se fonde sur l'extrapolation nationale de résultats d'une évaluation régionale biaisée.

Heureux événement, car le pouvoir politique semble décidé à se donner les moyens pour « créer, maintenir ou rétablir les conditions fondamentales de la santé du pays que sont un environnement compatible avec la vie, la prospérité économique, la paix, la cohésion sociale » (Haut Comité de la Santé Publique 1994).

En raison de l'impact de l'Enseignement sur la santé dentaire, sa réforme nous semble hautement souhaitable, car « **l'école a une responsabilité particulière,** aussi bien pour l'état de santé proprement dit que pour permettre aux enfants des couches sociales inférieures d'accéder à la connaissance et à la culture : **la réussite scolaire est plus décisive que les dépistages des maladies pour assurer la santé à long terme, et le niveau d'éducation ou le niveau de diplôme sont parmi les variables qui prédisent le mieux l'état de santé d'un groupe ou d'une population. Ceci vaut aussi bien pour l'espérance de vie que pour les prévalences des pathologies » (Haut Comité de la Santé Publique 1998).**

Modélisation des déterminants des caries (Holst et coll.2001)



Références bibliographiques

1-ASSOCIATION DROIT AU LOGEMENT.
Le logement en chiffres.
http://www.globenet.org/dal/index.php3.

2-ATKINSON T, GLAUDE M, FREYSSINET J et coll.
Pauvreté et exclusion, rapport du Conseil d'analyse économique.
Paris : La Documentation Française,1998.

3-AUVRAY L et LE FUR P.
Adolescents : Etat de santé et recours aux soins.
http://www.credes.fr/Publication/Bullettin/QuestEco/pdf/qesnum49.pdf

4- AQUATIAS S.
Lien social, parents et argent.
In :CHAUVIN P, LEBAS J,eds. Précarité et santé.
Paris : Flammarion, 1998.

5-BANCHEREAU C, BROIDO M et ROCHEREAU T.
L'état de santé bucco-dentaire et le recours au chirurgien-dentiste selon les caractéristiques socio-démographiques.
http:// www.credes.fr/Enligne/Workingpaper/sanconsmed/buccodent.pdf.

6-BANCHEREAU C, DOUSSIN A, ROCHEREAU D et SERMEI C.
Le BBD a-t-il atteint sa cible ?
Paris : CREDES, 2002.

7-BARTHE J, JOURDAN A, KIND E et coll.
Le handicap physique et complexité de la réinsertion chez le chômeur de longue durée et le bénéficiaire de la CMU.
http://www. ressy.org/pdf/handicap reinsertion.pdf.

8-BELLINI HT, ARNEBERG P et VON DER FERH H.
Oral hygiene and caries. A review.
Acta Odontol Scand 1981;**39**:257-265.

9-BELLOC B et LAGARENNE C.
Emplois temporaires et emplois aidés
In : HAUT COMITE DE LA SANTE PUBLIQUE,ed. La progression de la précarité en France et ses effets sur la santé.
Rennes : ENSP,1998.

10-BERTHIER M et ORIOT D.
Les familles monoparentales : plus nombreuses et plus pauvres, elles sont le reflet d'une politique familiale inadaptée.
Rev Fr Aff Soc 1998;**4**:169-186.

11-BEYNET A et MENAHEM G.
Problèmes dentaires et précarité.
Paris : CREDES séries analyses, 2002.

12-BIHR A et PFEKKERNKORN R.
Déchiffrer les inégalités.
Paris : Syros, 1995.

13-BIRKELAND JM et HAUGEJORDEN O.
Caries decline before fluoride toothpaste was available: earlier and greater decline in rural north than southwestern Norway.
Acta Odontol Scand 2001;**59**:7-13.

14-BLOCH L et ESTRADE MA.
Les emplois précaires sont-ils un marchepied vers les emplois stables en France ?
In : ATKINSON T,ed. Pauvreté et exclusion.
Paris : La Documentation Française, 1998.

15-BOULET JF et ZIMMER S.
La prévention: une stratégie efficace pour la santé dentaire.
Real Clin 1999;**10**:467-480.

16-BORMANN F.
Ecology : a personnal history.
In: VANLEEUWEN JA,ed. Evolving models of human health toward an ecosystem context.
Toronto: Blackwell Science International,1999:204-217.

17-CALDWELL JC.
Routes to low mortality in poor countries.
Population Dev Rev 1986;**12**:19-24.

18-CHARLAND R, VOYER R, CUDZINOWSKI L et coll.
La carie dentaire : Ethiopathogénie, épidémiologie, diagnostic et traitements : encore beaucoup à découvrir.
J Dent Québec 2001;**38**:409-419.

19-CHEN CC, DAVID AS, NUNNERLEY H et coll.
Adverse life events and breast cancer: case control study
Br Med J 1995;**311**:1527-1530.

20-CHEN MS.
Oral health of disadvantaged populations.
In: COHEN LK,ed. Disease prevention and oral health promotion: socio-dental sciences in actions.
Copenhagen: Munskaard,1995:153-212.

21-CHIMIENTI M et EFIONAYI D.
Caractère épidémiologique des étrangers en Suisse.
http://www.unine.ch/fsm/pulicat/dp/008.pdf.

22-COMELLI EM, GUGGENHEIM B, STINGELE F et NEESER PR.
Selection of dairy bacterial strains as probiotes for oral health.
Eur J Oral Sci 2002;**110**:218-224.

23-CONCIALDI P.
Bas salaries et pauvreté.
In : OBERVATOIRE NATIONAL DE LA PAUVRETE ET DE L'EXCLUSION SOCIALE,ed. Rapport 2001-2002.
Paris : La Documentation Française, 2002.

24-COUFFINHAL A.
Rôle de la couverture maladie dans l'insertion sur le marché du travail.
http://www.ressy.org/pdf/rmi5.pdf.

25-DAVEZIES L et KORSU E.
Pauvreté et territoires: un essai géographique.
In : Observatoire National de la pauvreté et de l'exclusion sociale,ed. Rapport 2001-2002.
Paris : La Documentation Française, 2002.

26-DE LA ROCHERE B.
La santé des sans-domicile usagers des services d'aide.
http://www.insee.fr/fr/ffc/docs_ffc/IP893.pdf.

27-DE LA ROSA E.
Santé, précarité et exclusion.
Paris : Presse Universitaire De France, 1998.

28-DE PAOLA PF, SOPARKAR PM, TAVARES M et coll.
A Massachussets school children survey.
J Dent Res 1982;**61**:1356-1360.

29-DEVER GEA.
An Epidemiological Model for Health Policy Analysis.
Soc Ind Res 1976;**2**:465-475.

30-DIESENDORF M.
The mystery of declining tooth decay.
Nature 1986;**322**:126-129.

31- DIRECTION DE LA RECHERCHE ET DE L'EVALUATION DES STATISTIQUES.
Familles et monoparentalité. Etudes et résultats.
Paris : La Documentation Française, 2003.

32-EDELSTEIN BL.
Disparities in oral health and access to care : findings of national surveys.
Ambul Pediatr 2002;**2**:141-147.

33-EVANS RG et STODDART GL.
Etre ou ne pas être en bonne santé.
Montréal : Les Presses de l'Université de Montréal, 1996.

34-FASSIN D.
Précarité et inégalités.
http://www.sante.gouv.fr/htm/dossier/lesp/09precarite.pdf.

35-FASSIN D.
Peut-on améliorer la santé des étrangers?
http://www.gisti.org/doc/plein-droit/38/sante.html.

36-GUILLEMIN O et ROUX V.
Comment se détermine le niveau de vie d'une personne ?
http://www.insee.fr/fr/ffc/docs.ffc/IP01798.pdf.

37-HACHETTE.
Dictionnaire Hachette encyclopédique illustré.
Paris : Hachette Livre, 1997.

38-HAUT COMITE DE LA SANTE PUBLIQUE.
La santé des français.
Paris : La découverte, 1985.

39-HAUT COMITE DE LA SANTE PUBLIQUE.
La souffrance psychiques des adolescents et des adultes jeunes
http://sante.gouv.fr/htm/actu/36_000200_2.htm

40-HAUT COMITE DE LA SANTE PUBLIQUE.
La santé en France. Rapport Général.
Paris : La Documentation Française, 1994.

41-HAUT COMITE DE LA SANTE PUBLIQUE.
La progression de la précarité en France et ses effets sur la santé.
Rennes : ENSP, 1998.

42-HESCOT P et ROLAND E.
L'état de santé bucco-dentaire des Français.
In : Haut comité de la santé publique, La santé des Français.
Paris : La Découverte, 1985.

43-HILLMAN JD, BROOKS TA, MICHALEK SM et coll.
Construction and characterization of an effector strain of streptoccocus mutans for replacement therapy of dental caries.
Infection and Immunity 2000;**68**:543-549.

44-HOBDELL MH, OLIVEIRA ER, BAUTISTA R et coll.
Oral diseases and socio-economic status (SES).
Br Dent J 2003;**194**:91-96.

45-HOLST D, SCHULLER AA, ALEKSEJUNIENE J et ERIKSEN HM.
Caries in populations, a theoretical causal approach.
Eur J Oral Sci 2001;**109**:143-148.

46-ISMAIL AI et SOHN W.
The impact of universal access to dental care on disparities in caries experience children.
J Am Dent Assoc 2001;**132**:295-302.

47-KALLESTRAL C et WALL S.
Socio-economic effect on caries. Incidence data among Swedish 12-14 year olds.
Community Dent Oral Epidemiol 2002;**30**:108-114.

48-KLEINBERG I.
A mixted bacteria ecological approach to understanding the role of the oral bacteria in dental caries causation: An alternative to streptococcus mutans and the specific-plaque hypothesis.
Crit Rev Oral Biol Med 2000;**13**(2):108-125.

49-LAGARENNE C et LEGENDRE N.
Les travailleurs pauvres en France : facteurs individuels et familiaux
http://www.insee.fr/fr/ffc/docs.ffc/ES/335A.pdf.

50-LALONDE M.
Nouvelles perspectives de la santé des canadiens,
Discours au parlement, Ottawa, avril 1974.

51-LAROUSSE.
Grand Larousse Universel.
Paris : Larousse, 1991.

52-LEGENDRE N et DELI F.
La pauvreté chez les enfants.
http://www.insee.fr/fr/ffc/docs-ffc/IP896.pdf.

53-LEGUY N.
Un centre d'accueil en état d'urgence.
In :ONPES,ed. Le rapport annuel 2001-2002.
Paris : La Documentation Française, 2002.

54-LEWIS CD, RIEDY CA, GROSSMAN DC et coll.
Oral health of young Alaska native children and their caregivers in southwestern Alaska.
Alaska Med 2002;**44**:83-87.

55-LEWIS DW et ISMAIL A.
Mise à jour 1995 : prévention de la carie dentaire.
http://www.ctfphc.org/French_Text/DENTAL.htm#résumé.

56-MARMOT MG.
Social Inequalities in Mortality: The social environnement
In : WILKINSON RG ,ed. Class and Health : Res and Long Data.
Londres: Tavistock, 1986:21-33.

57-MARMOT MG, SMITH GD, STANSFELD S et coll.
Health inequalities among British civil servants: the Whitehall study.
Lancet 1991;**337**(8754):58-59.

58- MARTIN L.
Famille et précarité :la protection rapprochée.
In :CHAUVIN P, LEBAS J,ed. Précarité et santé.
Paris : Flammarion, 1998.

59-MENAHEM G.
Situation à risque dans l'enfance, vulnérabilité sociale et trouble de santé à l'âge adulte.
In : CHAUVIN P, LEBAS J,ed. Précarité et santé.
Paris : Flammarion, 1998.

60-MENAHEM G, COLLET M et PARIS V.
Précarité, précarisation et logiques de recours aux soins.
http://www.credes.fr/Publication/Bulletin/QuestionEco/pdf/qesnum63.pdf

61-MERRIEN FX.
Face à la pauvreté
Paris : Editions de l'Atelier, 1994.

62-MOLLET A.
Le logement des étrangers et des immigrés.
In :ONPES,ed. Rapport annuel 2001-2002.
Paris : La Documentation Française, 2002.

63-NADEAU L.
Déterminants de la santé et substances psychoactives
http:// www.risq.cirant.unmontreal.ca.

64-NEWBRUN E.
Evolution of professionally applied topical fluoride therapies.
Compendium 1999;**20**(suppl.1):5-9.

65-OBSERVATOIRE DES RETRAITES.
Comment décrypter la situation financière des retraités ?
http://www.observatoire-retraite.org/observat.

66-OBSERVATOIRE NATIONAL DE L'ACTION SOCIALE DECENTRALISEE.
Rapport annuel 2001.
http://tdrnet.net/odas/site/docs/ODAS_LETTRE_DECEMBRE.pdf.

67-OBSERVATOIRE NATIONAL DE LA PAUVRETE ET DE L'EXCLUSION SOCIALE.
Rapport 1999-2000
Paris : La Documentation Française, 2000.

68-OBSERVATOIRE NATIONAL DE LA PAUVRETE ET DE L'EXCLUSION SOCIALE.
Rapport 2001-2002
Paris :La Documentation Française,2002.

69-OGAARD B.
The cariostatic mechanism of fluoride.
Compendium 1999;**20**(suppl.1):10-26.

70-ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE.
Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé.
Ottawa, Canada, 17-21 novembre 1986.

71-ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE.
L'acte final.
Genève, Suisse, 19 juin-22 juillet 1946.

72-PASCAL J et LOMBRAIL P.
Mesure de la santé des populations.
Rev Prat 2001;**17**:1931-1938.

73-PETERSEN PE.
Society and oral health.
In: PETERSEN PE,ed. Community oral health.
Oxford : Wright ,1997.

74-PETERSSON GH et BRATHALL D.
The caries decline: a review of reviews.
Eur J Oral Sci 1996;**104**:436-443.

75-POMEY MP, POULLIER JP et LEJEUNE B.
La santé publique: état des lieux, enjeux et perspectives.
Paris : Ellipses, 2000.

76-RESINE ST et PSOTER W.
Socioeconomic status and selected behavioural determinants as risk factors for dental caries.
J Dent Educ 2001;**65**:1009-1016.

77-ROGER V.
Les tests de susceptibilité à la carie : principes, indications et limites.
Real Clin 1999;**10**:571-579.

78-ROLAND E et PAULIN M.
Evolution de l'état de santé dentaire à 5 ans d'intervalle.
Chir Dent Fr 1986;**341**:43-49.

79-SANS AUTEUR.
Le Trésor de la Langue française,
Paris : Gallimard, 1992.

80-SAYEGH A, DINI EL, HOLT RD et coll.
Oral cleanliness,gingivitis,dental caries and oral health behaviours in Jordanian children.
J Int Acad Periodontol 2002;**4**:12-18.

81-SECHET R.
Espaces et pauvreté. La géographie interrogée.
Paris : L'Harmattan, 1996.

82-SECHET R, DAVID O et QUINTIN P.
Les familles monoparentales et la pauvreté.
In :OBSERVATOIRE NATIONAL DE LA PAUVRETE ET DE L'EXCLUSION SOCIALE,ed. Rapport 2001-2002.
Paris : La Documentation Française, 2002.

83-SHIBOSKI CH, GANSKY SA, RAMOS F et coll.
The association of early childhood caries and race/ethnicity among California preschool children.
J Public Health Dent 2003;**63**:38-46.

84-TCHOBROUTSKY G et WONG O.
Que sais-je : la santé
Paris : Presse Universitaire,1995.

85-TOWNSEND P, DAVIDSON N, BLACK DAK et coll.
Inequalities and health. The Black Report
Londres: Penguins Books,1982.

86-TRAHAN L.
Xylitol: a review ot its action on mutans streptococci and dental-plaque: its clinical significance.
Int Dent J 1995;**45**:77-92.

87-WATT R et SHEIHAM A.
Inequalities in oral health: a review of the evidence recommendations for action.
Br Dent J 1999;**187**(1):6-12.

88-WENNHALL I, MATSSON L, SCCHRODER U et coll.
Caries prevalence in 3-year-old children living in a low socio-economic multicultural urban in southern Sweden.
Swed Dent J 2002;**26**:167-172.

89-WILKINS R, ADAMS OB et BRANCKER AM.
Change by income in urban Canada, from 1971 and 1986.
Health Pep 1989;**1**(2):137-174.

90-WILSON WJ.
Les oubliés de l'Amérique.
Paris : Desclée de Brouwer, 1994.

91-WORLD HEALTH ORGANISATION.
Caries prévalence : DMFT et DMFS.
http://whocollab.od.mah.se/expl/orthdmft.html.

92-WRESINSKI J.
Grande pauvreté et précarité économique et sociale.
Journal Officiel 1987,**4074.**

93-ZIMMER S, JAHN KR et BARTHEL CR.
Recommendations for the use of fluoride in caries prevention.
Oral Health Prev Dent 2003;**1**:45-51.

94-ZORMAN M .
Précarisation et apprentissages scolaires.
In : Questions de santé publique. Précarisation, risque et santé,ed.
Paris : INSERM, 2001:273-291.

GARREAU (Yann).- La précarité : ses causes, ses conséquences sur la santé dentaire.- 60f., 30cm.- (Thèse : Chir. Dent. ; Nantes ; 2004)

Résumé

La précarité est une notion complexe et protéiforme. L'appréhender globalement est un prérequis indispensable pour évaluer ses incidences sur la santé en général et sur la santé dentaire en particulier. La précarité non seulement budgétaire mais aussi sociale, culturelle, environnementale et scolaire créent des situations de vulnérabilités et d'inégalités face à la santé. Le facteur social devient donc le déterminant majeur de l'état de santé d'une population. La santé dentaire ne sera que le cas particulier d'un phénomène général : sur l'ensemble de l'échelle sociale existe un gradient universel qui fait que les pathologies sont plus fréquentes en bas de l'échelle qu'en haut. Ceci devrait interpeller les autorités compétentes en Santé Publique pour mener les actions appropriées

Rubriques de classement : -Santé Publique

Mots-clés :

- Pauvreté / Poverty
- Santé / Health
- Santé dentaire / Dental health
- Carie dentaire / Dental carie
- Comportement social / Social behavior
- Niveau d'instruction / Educationnal Status

JURY

-Président : Monsieur le Professeur W. BOHNE

-Assesseurs : Monsieur le Professeur JA. POUËZAT

Monsieur le Professeur A. JEAN

Madame le Docteur F. BODIC

Adresse de l'auteur : 6, Allée Duquesne – 44000 NANTES