

# Politiques sociales, exclusion, santé

Jacqueline Charlemagne

Laboratoire de Sociologie juridique, Paris II, CNRS

La question des inégalités et celle de la justice sont au cœur de la mise en œuvre et de la légitimation des politiques sociales. Ces politiques mobilisent des réflexions théoriques, des études, des statistiques qui justifient certains choix. Mais des évolutions et des recherches ont lieu, le contenu même des inégalités se transforme, de nouveaux concepts apparaissent. Des discussions surgissent autour du rôle de l'État-providence et de ses interventions jugées trop coûteuses, ou parfois inadaptées.

Dans quelle mesure les politiques sociales doivent-elles se concentrer sur ceux qui en ont le plus besoin ? N'y a-t-il pas des risques à voir se développer des écarts très importants de protection selon que l'on est au-dessus ou non du seuil fixé ? Vit-on dans une société de plus en plus inégalitaire ?

La question mérite d'être posée également dans le domaine de la santé publique, alors qu'on assiste à l'exclusion de certaines catégories de populations défavorisées, jeunes de moins de vingt-cinq ans, étrangers en situation irrégulière, gens du voyage. Toutefois, ces politiques viennent d'être radicalement renouvelées ces dernières années, autant par les nouveaux visages du paysage sanitaire, drame de la transfusion sanguine, scandales concernant les ruptures de la chaîne alimentaire, lutte contre le sida et la toxicomanie, que par les réponses de l'État, organisateur d'un autre système de couverture maladie.

## L'évolution des politiques sociales

L'objectif du traitement de la « question sociale » paraît assez bien identifié dans le couple assistance-contrôle mis en place au début du XX<sup>e</sup> siècle. Assistance nécessaire pour assurer la reproduction de la force de travail mise à mal du fait de l'exploitation de la classe ouvrière et de la misère qui en résulte, contrôle lié à la dangerosité des classes laborieuses contaminées par le virus anarchiste, ou plus simplement par des sentiments d'envie toujours susceptibles de favoriser des émeutes. Les secours charitables, les réseaux d'aide et d'assistance assurent une certaine efficacité à l'action engagée dans une perspective moralisatrice.

Après la seconde guerre mondiale, la cible du travail social va se déplacer de la famille ouvrière vers la famille urbaine, au fur et à mesure que se développent les phénomènes de concentration urbaine. La visée du travail social est intégratrice et cherche à corriger les inégalités qui limitent cette intégration et à réinsérer les

« laissés-pour-compte » du progrès économique. Cette période, inaugurée par la série des grandes lois de politique sociale de 1898, 1904 et 1905, s'articule avec la loi de 1910 instituant les retraites ouvrières et paysannes comme avec les lois de 1930 relatives aux assurances sociales<sup>(1)</sup>.

Jusqu'au VI<sup>e</sup> Plan (1971-1975), la croissance et un certain « volontarisme social », issu de 1945, permettaient d'envisager la politique sociale comme une réponse en équipements collectifs aux besoins recensés : on déterminait les besoins et on décidait des enveloppes budgétaires à affecter et à mettre à la disposition des promoteurs. Ce volontarisme de la création d'équipements collectifs correspondait à un discours global sur la société qui, dans l'enthousiasme de la croissance – les « Trente glorieuses » – s'accompagnait d'une planification du social. Les DDASS<sup>(2)</sup> furent créées en 1964 et elles traduisaient un pouvoir de l'Etat de plus en plus prépondérant.

Le travail social, à l'époque, représente la version professionnalisée de la « vieille » assistance. Celle-ci prend en charge les bénéficiaires en proposant hôpitaux, hospices et institutions charitables où les plus démunis échouent lorsqu'ils n'ont plus aucun recours. Cette assistance concerne exclusivement des populations incapables de travailler et répond à des situations limites. Si les dangers de cette assistance sont bien connus, distributions de secours à la discrétion des instances dispensatrices, relations paternalistes avec la clientèle maintenue en situation de dépendance, on peut dire que naît par ces pratiques un « droit au secours ». La nation se reconnaît une responsabilité envers ceux qui sont sur les marges. « *Le droit d'être assisté en fait des concitoyens* ». Une relation nouvelle se noue entre « assistance et République » puisque les plus démunis font partie de la communauté nationale<sup>(3)</sup>.

Pourtant le vagabondage reste toujours un délit, tout comme la pratique de la mendicité. Le fossé qui existe entre deux sociétés, entre nomades et sédentaires, se traduit par l'inadaptation, l'analphabétisme, la marginalité des itinérants<sup>(4)</sup>. C'est ainsi que des études locales dans diverses régions, à Marseille, Tarbes, Montpellier, Bordeaux, soulignent la distorsion entre les réglementations officielles et le mode de vie des groupes tsiganes.

Une commission interministérielle créée le 1<sup>er</sup> mars 1948 par les ministres de l'Intérieur et de la Santé publique et de la Population a été chargée d'étudier et de proposer aux pouvoirs publics les mesures propres à assurer le relèvement du niveau de vie des Tsiganes. Elle devait aboutir au vote de la loi du 3 janvier 1969 instaurant une « *politique plus compréhensive tendant... à permettre leur développement humain normal* »<sup>(5)</sup>.

La circulaire interministérielle en date du 20 février 1968 rappelle ainsi la politique des pouvoirs publics à l'égard des gens du voyage, « *le Gouvernement entend instaurer à l'égard des populations non sédentaires une politique sociale, dont la réalisation est étroitement liée à une solution humaine et rationnelle du problème du stationnement* »<sup>(6)</sup>. Dans l'action socio-éducative, les organisations de bénévoles deviennent le siège d'une vie associative dynamique. Des associations pour l'aide, l'amitié, la promotion des populations tsiganes se créent dans plusieurs départements, suscitent des initiatives diverses. A partir des années 1967, des terrains de stationnement s'ouvrent, des expériences de relogement, de scolarisation, d'organisation professionnelle se multiplient. Les grandes personnalités

marquantes de l'action sociale laissent la place aux multiples équipes travaillant sur le terrain.

**Dans les années soixante-dix**, après le « choc pétrolier » et le début de la crise, l'Etat devient un instrument de régulation sociale, cherchant à contrôler les moyens et à rationaliser les choix budgétaires. Mais le décalage entre le discours global sur les changements de la société et les réalités locales fait apparaître à la fois la diversité des situations selon les départements et les échecs de la politique globale. Une remise en cause de l'efficacité du rôle de l'Etat se fait jour. Les VII<sup>e</sup> et VIII<sup>e</sup> Plans vont ainsi envisager une action « ciblée » sur certaines catégories de populations, les « exclus ». Le VIII<sup>e</sup> Plan effectuera clairement un « recentrage sur les plus défavorisés », et les jeunes, les immigrés, les nomades font l'objet de politiques spécifiques. On aboutit de cette façon à la définition de « populations à risques » ou de groupes-cibles qui présentent des difficultés particulières.

Quelles sont à l'époque les caractéristiques de cette nouvelle politique sociale définie par les textes ? Le travail social fonctionne d'emblée à la discrimination positive, même si la notion en tant que telle n'apparaît que plus tard. L'aide sociale découpe des catégories caractérisées par un certain nombre de manques. Les nomades souffrent ainsi d'un manque de scolarisation, de sédentarisation, d'intégration sociale. Le travail social doit donc mobiliser à leur égard des ressources supplémentaires pour compenser cette différence. Par exemple, des arrêtés ou circulaires de 1966 et 1967 assouplissent l'obligation de fréquentation scolaire.

Tout ceci montre une implication croissante de l'Etat. Les administrations publiques se font omniprésentes. La direction de l'action sociale est créée en 1971, le secrétariat d'Etat à l'aide sociale en 1974. La loi sur les institutions sanitaires et sociales date de 1975, tout comme la loi « en faveur des personnes handicapées ».

Tel est le cadre où évolue le travail social à partir des années soixante-dix, intervention rationalisée de l'Etat, rupture avec les vieilles traditions de l'assistance et la connotation morale du travail social, pour des professionnels qui se veulent de véritables techniciens. Le secteur privé, qui a été à l'origine de la plupart des initiatives en matière d'aide sociale, subsiste mais se retrouve contrôlé par des tutelles administratives de plus en plus prégnantes. L'on assiste à l'abandon de l'objectif redistributif, lié à un changement de mode de régulation par l'Etat et à la transformation du marché du travail.

En même temps se développe la dénonciation du « contrôle social ». Et l'on stigmatise une double dimension, l'emprise étatique sur des comportements non conformes pour les inscrire de force dans des cadres administratifs mutilants et le traitement psychologique d'individus atypiques qui les normaliserait en détruisant leur « potentiel subversif »<sup>(7)</sup>.

Le travail social est devenu « accompagnement socio-éducatif global à long terme » mais n'est pas exempt de questions parfois angoissées sur le devenir tsigane<sup>(8)</sup>. Un article publié en 1974 sur le terrain des Moline à Angoulême explique comment le terrain a été organisé pour tenir compte du mode de vie des différents groupes de voyageurs. Et pourtant les failles apparaissent, situations explosives en cas de saturation des caravanes, réflexes défensifs des habi-

tués du terrain en face des grands itinérants, problèmes des loisirs des jeunes, de la délinquance. En 1979, la même équipe s'interroge : « *A-t-on réfléchi au possible détournement du pouvoir dont peut user vis-à-vis des nomades une équipe de travailleurs sociaux, aussi libérale et éducative fût-elle ?... Le terrain de stationnement qui se voulait lieu utopique de liberté, se dévoile comme un lieu asilaire* »<sup>(9)</sup>. Le rapport Bonnemaïson<sup>(10)</sup>, paru quelques années plus tard, continuera de présenter les nomades selon des termes faisant appel à la marginalité, « *les itinérants voyagent de ville en ville. Ils comportent de nombreux marginaux aux moyens de subsistance occultes* ». Plus loin, le texte parle de « l'établissement de camps de passage ou de stationnement distincts pour chaque tribu » et il ajoute : « *Le monde des nomades continue à vivre ses lois et ses coutumes propres : analphabétisme, hygiène souvent insuffisante, absence de formation professionnelle moderne. Parfois certains ont une capacité délictueuse orientée généralement contre les biens...* »

La décentralisation, déjà inscrite depuis plusieurs années dans les discours et les intentions, inspire directement le IXe Plan, mais cette fois-ci en inversant la démarche, et la politique sociale doit émaner du département, avec une autonomie politique des collectivités locales. **L'élaboration et l'évaluation des politiques sociales se fait dès lors à l'échelon du département** avec la volonté de faire participer les acteurs, les partenaires sociaux : « *Les mutations que nous attendons... concerneront toute la société, toutes nos provinces, tous les âges et toutes les classes sociales. Elles seront le fait de millions d'acteurs. La mobilisation des ressources, des hommes, doit donc être avant tout diffuse* »<sup>(11)</sup>.

Le tournant des années quatre-vingts correspond à la prise de conscience de l'ampleur de la crise économique et sociale et en particulier de la fin d'un modèle d'Etat-providence qui avait contribué à la régulation de la société de croissance. La décentralisation est le fondement d'un nouveau mode de développement social, éducatif et culturel. Elle définit des compétences et reconnaît un rôle essentiel aux citoyens comme acteurs de développement ; elle réorganise des rapports entre les pouvoirs politiques national et local ; elle se veut un instrument de la stratégie de la mobilisation sociale.

De nombreux rapports, issus des commissions mises en place pour élaborer les grandes lignes de ces politiques, témoignent de l'avancée d'un nouveau débat sur les orientations sociales et culturelles et offrent des propositions qui en assurent la mise en œuvre à court et à moyen terme. Outre le rapport Bonnemaïson (1983) déjà cité, rappelons-nous des rapports Scwhartz (1981), Bloch-Lainé (1983) ou Pesce (1984)<sup>(12)</sup>.

Le développement social met en avant une logique du projet collectif, mené au sein de partenariats localement contractualisés, qui rompt avec le modèle individuel et réparateur du travail social. Des tendances de fond se dessinent, décentralisation, territorialisation, renvoi au local, politisation. On passe de la gestion d'une certaine marge à la marginalité devenue aujourd'hui la question centrale. Le territoire devient un espace où se croisent différents handicaps qui tiennent à l'emploi, à l'habitat dégradé, à l'absence de supports pour construire une sociabilité vivante, à l'insécurité, au racisme latent ou déclaré... C'est ce faisceau enchevêtré de problèmes qui est l'objet de toutes les interventions, d'où la nécessité de la transversalité, du partenariat, du recours à des technologies qui sont effectivement nouvelles par rapport à celles du travail social habituel.

On va mettre en œuvre de nouveaux dispositifs d'intervention sociale, qui prennent leur distance par rapport aux techniques et objectifs du travail social classique. Il s'agit d'actions initiées au niveau local, qui mobilisent plusieurs types de partenaires sur un même territoire à partir d'un projet précis, en vue de promouvoir un changement défini sur une base contractuelle. Autre affirmation, il n'est pas question de laisser l'action sociale uniquement à des professionnels. Ce doit être l'affaire de tous, avec l'interpellation d'institutions non spécialistes. L'Éducation nationale, la police, la justice, les HLM, les transports font de l'action sociale. Les années quatre-vingt-dix, c'est aussi la consolidation de la pauvreté et l'institution du RMI (revenu minimum d'insertion). D'où des contrôles supplémentaires qui entraînent une bureaucratisation accrue du travail social, les intervenants sociaux devant remplir des dossiers qui prennent la place des anciennes enquêtes sociales.

Avec ces politiques, les élus municipaux sont au centre de toutes les opérations de prévention et d'insertion qui en confient la présidence et la conduite aux maires. On voit bien la contradiction entre un travail social qui requerrait discrétion et lenteur face aux élus qui privilégient la publicité et les effets d'annonce. Le maire existe plus, politiquement, que le préfet. L'État-providence a délégué à la politique la gestion des populations.

La politique des quartiers en difficulté constitue un autre foyer de la thématique de l'insertion. Intitulée aujourd'hui « politique de la ville et du développement social urbain », elle était née au milieu des années 1970 avec le programme « Habitat et Vie sociale » qui visait des opérations de réhabilitation. La commission Dubedout la consacre avec « les quartiers sensibles »<sup>(13)</sup>. Le développement social est systématiquement présenté comme une rupture de l'action sociale par rapport à des programmes prioritaires ciblés sur des populations particulières<sup>(14)</sup>.

Pourtant la prédominance du local se traduit par le repli sur les intérêts sectoriels et exacerbe le rejet par les sédentaires de ceux qui ne sont pas conformes au genre de vie majoritaire. En ce qui concerne les gens du voyage, cette politique se traduira par le financement d'un certain nombre de terrains de stationnement, dans l'investissement mais non dans le fonctionnement et par l'inscription de cette catégorie de population dans une loi destinée à favoriser le logement pour les plus défavorisés, la loi du 31 mai 1990, dite « loi Besson ». La planification urbaine et l'aménagement du territoire sont également les inspirateurs de la « nouvelle loi Besson »<sup>(15)</sup>. Quelles en seront les conséquences pour les gens du voyage en matière d'habitat, d'économie, de vie sociale ?

En 1997, un rapport intitulé *Cohésions sociales et territoires* est le fruit des réflexions d'un groupe de travail placé sous la responsabilité de Jean-Paul Delevoye, sénateur-maire et président de l'Association des maires de France<sup>(16)</sup>. Il avance l'idée maîtresse que le territoire national comme les territoires locaux, départementaux ou régionaux ne sont pas seulement des « espaces » passifs que les économistes ou les urbanistes aménagent, mais représentent un « système complexe et riche d'acteurs » multiples, publics et privés, mobilisés autour des enjeux du développement et de la cohésion – souvent mise à mal – d'une société en mutation. Jean-Paul Delevoye insiste sur le rôle des élus qui sont, chacun sur leur territoire, des « praticiens » de l'action publique.

Jean-Paul Delevoye n'hésite pas à critiquer la manière dont ont été conduites les politiques successives de la ville et de la lutte contre l'exclusion, avec des résultats variables en matière de logement, d'emploi et d'éducation. Il souhaite que la rénovation de l'action publique soit certes appuyée sur des moyens d'Etat financiers, réglementaires et renforcés en personnel, mais qu'elle soit avant tout inspirée par une approche « culturelle », faisant appel aux valeurs autres que l'attractivité économique de telle ville ou de telle région. « *On ne peut se satisfaire de la multiplication et de l'extension des politiques de réparation* », ajoute-t-il. « *Il faut agir sur l'origine de la précarisation et des processus d'exclusion* ». En définitive, « *l'échelon local, dans sa diversité culturelle, et la proximité, dans sa richesse sociale, peuvent offrir aux individus les points fixes qui leur permettront de s'enraciner, non dans un passé révolu, mais dans une culture vivante alliant mémoire et innovation* ».

Le rapport milite en conséquence pour une relance, une « refondation », de la politique de décentralisation, utilisant mieux le principe de subsidiarité au profit, en fin de compte, de tous les citoyens. « *La décentralisation ne doit plus être une modalité de gestion, mais devenir en soi un véritable projet de société* ».

Mais la décentralisation, qui renforce le rapport au territoire, contribue à stigmatiser l'itinérance comme un refus de l'ordre social. L'article 28 de la loi Besson du 31 mai 1990 citée plus haut obéit à une représentation du nomadisme « *excluant les nomades de la légitimité sociale sous le prétexte qu'ils ne pourraient se dire d'un lieu et s'autoriser d'un territoire* »<sup>(17)</sup>.

## Précarité, pauvreté, exclusion

La décennie quatre-vingts a été marquée dans de nombreux pays par une **aggravation des inégalités sociales** et par l'apparition de ce que l'on a appelé « **la nouvelle pauvreté** ». En France, la notion d'exclusion s'est progressivement imposée comme mode de désignation de ce phénomène. Certes, il y avait eu, l'hiver 1954, la dénonciation des injustices sociales par l'Abbé Pierre et ses Comités d'aide aux sans-logis, ainsi que la fondation du mouvement Aide à toute détresse (ATD) par le Père Wresinski. Mais les problèmes paraissaient pouvoir se résoudre grâce à des interventions volontaristes de l'Etat.

En 1981, le rapport Oheix<sup>(18)</sup> met l'accent sur le thème nouveau de la « précarité ». Réalisé à la demande du premier ministre de l'époque Raymond Barre, le rapport s'intitule *Contre la précarité et la pauvreté* et laisse coexister deux logiques différentes. La pauvreté est encore pensée comme un phénomène résiduel, une « *poche d'archaïsme au sein des sociétés modernes* ». Mais la précarité fragilise des situations qui n'ont rien d'exceptionnel et peut faire basculer des personnes qui paraissent intégrées. On les appellera bientôt les « nouveaux pauvres », qui diffèrent des anciens parce qu'ils sont les naufragés des mutations économiques, technologiques et sociales en cours.

Les exclus apparaissent dans l'espace public français en 1974 sous la plume de René Lenoir<sup>(19)</sup>. Ils ne constituent pas une catégorie homogène puisqu'ils regroupent l'ensemble des « laissés-pour-compte » de la société française, tous ceux qui

sont en marge de la normale, que l'auteur désigne sous le terme d'inadaptés, d'ailleurs, plutôt que d'exclus.

L'ouvrage de René Lenoir rassemble sous un même vocable des populations complètement diverses, handicapés physiques ou psychiques, invalides âgés, et enfin « les inadaptés sociaux ». Trois ou quatre millions sont concernés, on y trouve pêle-mêle les enfants pris en charge par l'Aide sociale à l'enfance, les mineurs délinquants, les fugueurs, les malades mentaux, les suicidaires, les alcooliques, les nomades, les anciennes prostituées.

Le détail de ce dénombrement met en évidence l'hétérogénéité de ces populations. La pauvreté se situe du côté des raisons avancées pour expliquer l'exclusion, comme élément de fragilité parmi d'autres. « *Il n'y a pas de relation de cause à effet entre l'extrême pauvreté et l'inadaptation sociale, mais il y a corrélation entre les deux phénomènes* ». La preuve est que l'exclusion touche toutes les catégories de la population. Ces exclus sont réunis selon un critère institutionnel : ce qui les réunit, c'est qu'ils relèvent de la compétence des services sociaux et qu'ils présentent des problèmes que doit prendre en charge le ministère des Affaires sociales.

La même année paraît un ouvrage de Lionel Stoleru, *Vaincre la pauvreté dans les pays riches*, qui remet au goût du jour le vieux concept de pauvreté qui avait été abandonné parce que idée globalisante, imbibée de résignation chrétienne, incompatible avec le volontarisme d'une aide sociale qui se professionnalise et se technicise<sup>(20)</sup>.

Ainsi, si l'exclusion n'est pas la pauvreté, les inégalités existent pourtant et la France redécouvre que cette pauvreté persiste, augmente et même devient de plus en plus visible. Dans son livre, Lionel Stoleru parle de « *paupérisation par la croissance* ». Le progrès laisse en chemin les moins aptes à le suivre et les lois du marché tendent à écarter les plus faibles. D'où la nécessité d'une régulation par la puissance publique sous forme d'une redistribution au profit des plus démunis. La problématique est celle de l'Etat-providence dans un système libéral. Vaincre la pauvreté plutôt que de lutter contre les inégalités.

A cette époque, la notion d'exclusion n'est pas encore entrée dans les systèmes de représentations de l'espace social. Le terme ne fait pas non plus l'objet d'une réflexion théorique, et il n'est jamais réellement défini<sup>(21)</sup>. Il fait l'objet d'une substitution permanente avec celui d'inadaptation et associe des situations extrêmement diverses.

L'exclusion comme concept nouveau s'impose, en fait, à la fin des années quatre-vingts. Son développement au sein de l'appareil d'Etat où elle devient la clé de lecture des problèmes sociaux de la France contemporaine se fait d'abord autour de quatre thèmes, la ville, l'école, l'emploi, la protection sociale. Les exclus sont les habitants des banlieues en difficulté, les enfants en échec scolaire, les chômeurs de longue durée, les populations qui n'ont plus accès à l'aide sociale et aux soins médicaux.

Dans chaque cas, il est facile de lire le principe qui sous-tend le diagnostic d'exclusion, c'est-à-dire l'existence de deux populations distribuées de part et d'autre d'une ligne symbolique, la frontière de la cité, la norme scolaire, le contrat professionnel, la sécurité sociale ou l'aide sociale. L'espace social est discontinu, avec un dedans où se trouvent les individus intégrés et un dehors où vivent les

personnes exclues, comme le souligne Marie-Thérèse Join-Lambert dans un article sur l'exclusion<sup>(22)</sup>.

La condition juridique marginale du nomade, du Tsigane, qui voit ses droits au stationnement, au travail, à la vie culturelle, soumis à une pluralité de textes parfois contradictoires, au pouvoir discrétionnaire de l'administration, révèle ici la situation de précarité qui est la sienne. Et c'est également par le biais de l'habitat, de la scolarisation, des métiers que les inégalités se dévoilent. En classant systématiquement les gens du voyage dans « *les populations défavorisées* »<sup>(23)</sup>, le ministère de la Solidarité nationale entérine cette très forte connotation de groupe porteur de toutes les marginalités et de tous les rejets.

L'exclusion devient en quelques années la notion par laquelle sont nommées et pensées les questions de la pauvreté, de l'inégalité, de la citoyenneté. Aujourd'hui, elle est donnée pour une réalité qui n'appelle même plus de démonstration. Le monde social tend à être conçu de plus en plus en termes de dualisme et de séparation.

Deux types de stratégies sont exercées simultanément par l'action sociale. D'une part l'intégration, resocialisation, réinsertion et rééducation ne sont que des variantes de ce thème. D'autre part l'exclusion, les « exclus » sont une réalité étroitement liée à l'exercice du contrôle social. Se trouve ainsi associée l'action « sanitaire et sociale » faite d'individualisation, d'expertises de toutes sortes, de mesures de traitement et finalement de réinsertion et l'ordre social « exemplaire de sévérité ». Celui-ci se nourrit d'infractions sensationnelles, violentes et d'auteurs responsables, il invoque la sécurité et l'ordre, il organise la mise en scène de l'insécurité et crée « l'ennemi public »<sup>(24)</sup>.

Certains auteurs font remarquer cependant que l'espace social ne saurait être réduit à l'opposition statique entre ceux qui sont « dedans » et les autres, les exclus. Il s'agit moins de fixer des individus dans une place que de retracer les processus qui les font basculer de l'une à l'autre. « *C'est pourquoi, au thème aujourd'hui abondamment orchestré de l'exclusion, je préférerais celui la désaffiliation pour désigner l'aboutissement de ce processus* », écrit Robert Castel dans un ouvrage décrivant « *les zones de vulnérabilités sociales* » des individus<sup>(25)</sup>, et Pierre Rosanvallon intitule son ouvrage *La nouvelle question sociale, repenser l'Etat-providence*.

Pourtant, de manière encore plus significative encore que dans les sciences sociales, c'est dans l'opinion, dans la presse (*Le Monde* a ouvert une rubrique *Exclusion* dans ses pages « société », au même titre que la santé ou l'emploi) et plus largement dans le discours public que le vocabulaire de l'exclusion s'est imposé (voir le discours sur la « fracture sociale » qui a envahi les discours politiques et est au cœur de la campagne présidentielle de 1995)<sup>(26)</sup>. Autant dire que l'exclusion est avant tout une préoccupation politique avec tout ce que cela implique de conséquences.

Les rapports préparés pour le Commissariat général au Plan en 1991, puis en 1993 dans le cadre de la préparation du XI<sup>e</sup> Plan, expriment déjà ce qui commence à apparaître comme les éléments-clés de la position de l'Etat français, en particulier la prééminence de l'analyse économique dans l'interprétation de l'exclusion et la responsabilité des pouvoirs publics dans sa prise en charge.

Dans la lignée de cette même analyse, le 29 mai 2000, s'est tenue une journée de réflexion sur les « travailleurs pauvres » (*working poors*) impulsée par le CERC (Centre de l'emploi, des revenus et de la cohésion sociale) en partenariat avec le Commissariat général au Plan<sup>(27)</sup>, ces travailleurs dont les revenus sont inférieurs à ce qu'ils toucheraient s'ils étaient dans une situation d'assistance.

Le recours à ce concept flou « d'exclusion » paraît légitimer la politique ciblée vers toute personne en état de besoin. L'individu est porteur de droits de l'homme, conçus en termes de créance, définis comme « les droits à », le droit au minimum, le droit à l'instruction et à la formation professionnelle, le droit à l'emploi, la garantie du montant du salaire...<sup>(28)</sup> On peut également compter parmi eux le droit à la protection de la santé, le droit à mener une vie familiale normale, et même le « *droit à la solidarité nationale* »<sup>(29)</sup>. En ce sens-là, le droit à



*Mathieu Pernot*

l'assistance que concrétise aujourd'hui l'institution du RMI constitue un exemple de droit-créance, la société prenant le relais de l'individu incapable de subvenir lui-même à ses propres besoins. De grands juristes ont pu décrire à ce propos la « *pulvérisation du droit en droits subjectifs* »<sup>(30)</sup>, ces droits-créance qui évoquent en fait les devoirs de la collectivité vis-à-vis de l'individu.

Le droit à la santé fait partie de ces droits et prend sa source dans le préambule de la Constitution du 27 octobre 1946. « *La nation garantit à tous, notamment à l'enfant, à la mère et aux vieux travailleurs, la protection de la santé...* » (alinéa 11). Ce droit à la santé, en réalité droit à la protection de la santé, droit aux prestations de santé, est assuré par le système de sécurité sociale, fondamental dans notre droit<sup>(31)</sup>. Mais qu'en est-il de ceux qui pour de multiples raisons, subissent de nombreuses inégalités en matière d'accès aux soins ?



*Mathieu Pernot*

## L'espace de la santé publique

Il faut évoquer ici, brièvement, quelques grandes étapes de l'histoire de la santé publique. Au temps de Louis XIV déjà, l'État avait des préoccupations d'assistance et de santé publique. Un historien<sup>(32)</sup> signale l'envoi de médicaments gratuits dans les campagnes dès 1680. Helvétius, premier médecin du roi, avait imaginé de faire distribuer des « boîtes », remises « aux sœurs grises, chirurgiens et à d'autres personnes éclairées des bourgs et des villages ». Destinées aux « pauvres laboureurs » par priorité, ces boîtes comprenaient les remèdes courants les plus utiles<sup>(33)</sup>.

Face aux épidémies qui déciment la campagne, l'État et la médecine passent donc alliance, l'un pour préserver sa puissance, l'autre pour asseoir sa légitimité. Mais il n'est pas rare que les paysans se montrent réticents devant les soins prodigués par un corps médical aussi zélé qu'imbu de la supériorité que lui confère sa culture savante.

A partir de la seconde moitié du XVIII<sup>e</sup> siècle, la médecine devient une science positive grâce à l'expérience clinique. La maladie, perçue comme phénomène global à cause des grandes épidémies, se localise institutionnellement à l'hôpital. Et l'hôpital de charité, moyen de contrôle de la déviance et de la pauvreté, lieu de passage pour le médecin qui offre ses services en vue d'avoir la chance de l'observation scientifique directe, cédera progressivement la place à l'hôpital moderne, fruit de la liaison entre la maladie, la nation et l'État.

Pourtant, à la veille de la Révolution, on constate encore une impuissance thérapeutique généralisée, des grandes situations de sous-développement et une incompréhension qui grandit entre les masses rurales et les noyaux urbains. En revanche, la reconnaissance symbolique sociale de la médecine préfigure la médicalisation croissante des soins du corps dans la France post-révolutionnaire. Avec la montée de l'hygiénisme tout au long du XIX<sup>e</sup> siècle, la médecine s'affirme comme un mode de gestion des populations par le corps, un « bio-pouvoir » selon l'expression de Michel Foucault<sup>(34)</sup>. Le savoir médical a fondé son efficacité sur une démarche objectivante qui inscrit le patient dans une définition du « corps malade » et le met dans un rapport de dépendance à l'institution<sup>(35)</sup>.

Avant la première guerre mondiale, des lois d'assistance médicale sont votées, concernant les enfants, les indigents, les vieillards ou les handicapés. La Constitution de 1946 renoue avec l'idéologie généreuse de la Révolution, la Nation garantissant à tous la protection de la santé, de la sécurité matérielle, le repos et les loisirs<sup>(36)</sup>. Au cœur de cette évolution, une seule exception, qui concerne les Tsiganes ! La loi de 1912 leur impose le carnet anthropométrique et la circulaire du 6 avril 1940 rend obligatoire leur internement.

Les travaux de Foucault d'une part et de Mollat et de son école sur les pauvres médiévaux<sup>(37)</sup>, ont attiré l'attention sur ces catégories socio-économiques qui semblent avoir traversé les siècles, portant les mêmes stigmates et soumises aux mêmes stratégies de contrôle et d'exclusion. La perspective est nettement sécuritaire, la maladie est portée par les pauvres et il faut éviter la contamination. Le contrôle social s'est ainsi acharné sur ces catégories sociales, parce qu'obsédé par

la mise en place d'une discipline physique (des corps), spirituelle (des consciences) et économique.

Le développement du système de protection sociale, la généralisation du régime de la Sécurité sociale dans le cadre de la politique sanitaire et sociale de l'État-providence, qui commence dès les années trente, le financement collectif des soins font de la maladie une source du droit, du « droit à la santé » et entraîne l'évolution du système de santé. L'acte médical acquiert une nouvelle dimension, celle d'un bien collectif mixte, c'est une décision qui, produite à l'hôpital, a des effets administratifs et techniques et est liée à des intérêts économiques<sup>(38)</sup>. On entre dans une période de progrès scientifique, insuline, vaccin contre la tuberculose, pénicilline... **Le développement de cette médecine scientifique** vient après celui de la médecine sociale, mais il va occulter les résultats de l'hygiénisme. Ce sont les médicaments qui vont guérir la maladie et c'est la médecine qui devient la base du système de santé. Toute consommation de soins améliore la santé et les actions de santé se situent avant tout au niveau individuel. Au cours des années soixante-dix, des auteurs comme Ivan Illich ont développé un discours critique sur une médecine réduite à un « *service d'entretien* » maintenant l'homme « *en état de marche au bénéfice du système industriel* » ou sur les médecins « *tyrans de la norme* ». D'autres mettent en garde contre une médecine qui ne traite que les facteurs scientifiques stricto sensu et néglige les facteurs socioculturels, pourtant les premiers générateurs d'inégalités. En effet, la médecine est passée peu à peu sous la domination des mesures chiffrées. « *La statistique apparaît comme une des modalités obligées de toute recherche médicale. Elle va s'imposer comme le principe décisif de toute analyse et de toute preuve* ». Plus que les comportements ou les conditions socio-économiques, on cherche à connaître et à contrôler les données biologiques<sup>(39)</sup>.

A cette époque, les politiques et les interventions sociales sont structurées en France autour d'une logique sectorielle basée sur les différents risques sociaux, accidents du travail, vieillesse, maladie, chômage, handicap, pauvreté, auxquels correspondaient des savoirs et des pratiques spécifiques.

L'émergence de la « nouvelle pauvreté » ou de l'exclusion souligne **l'inadaptation de politiques cloisonnées** qui ne savent prendre en charge qu'un problème à la fois. Déjà, dans le début des années 1980, certains responsables déploraient « le péché originel » du système de santé en France, c'est-à-dire la séparation du préventif et du curatif, mais aussi la différence structurelle entre le sanitaire et le social, la diversité des prises en charge de ce que l'on appelle l'intra et l'extra hospitalier<sup>(40)</sup>.

Avec la création du RMI, la séparation entre le social et le sanitaire s'est trouvée remise en cause et une réflexion sur les plus démunis s'est développée. **La santé s'impose comme un élément de réinsertion de l'individu**. Tous les modes d'intervention vont aller dans le sens d'une socialisation des problèmes de santé en s'attachant à donner une réponse sanitaire à l'exclusion sous toutes ses formes. Il ne s'agit plus de considérer d'un côté le social, de l'autre le sanitaire, mais d'associer les deux dans une perspective de réinsertion des populations démunies ou marginales. On assiste à la mise en place d'opérations de santé publique sous la forme du partenariat et de la contractualisation, à l'image de l'ensemble du secteur social. La production locale de santé publique dépend de la conjonction de

plusieurs facteurs, la capacité de formulation d'opérations, l'existence de ressources financières suffisantes, la présence de coalition d'acteurs partageant des référentiels d'action communs en matière de santé publique.

Les questions de santé publique ont acquis ces dernières années une **nouvelle actualité** liée à la conjonction de plusieurs phénomènes. L'apparition de nouvelles maladies contagieuses a posé de façon centrale la question de la prévention (sida). La montée de la nouvelle pauvreté a contribué à faire émerger le problème crucial de l'accès aux soins, tandis qu'une série de scandales mettaient en évidence les carences de la politique française de santé publique (sang contaminé, vache folle, hormones de croissance...).

Les politiques de santé publique en faveur des plus défavorisés étaient liées au développement de l'Etat-providence. L'insistance sur la prévention et la confiance dans la science et ses perspectives permettaient, au moins le croyait-on, de réduire les risques et d'entourer les victimes de la solidarité collective. Un renversement s'opère aujourd'hui avec l'apparition de nouveaux risques qui viennent réduire la confiance dans le système social. De même qu'autrefois les couches sociales les plus pauvres étaient davantage frappées par la mort, à cause de la précarité de leurs moyens de subsistance, de l'insalubrité de leur logement, aujourd'hui les populations les plus défavorisées se retrouvent dans une plus grande vulnérabilité face à des risques collectifs. D'autant plus que ces situations peuvent associer ces populations et ces risques dans un fantasme collectif et favoriser le rejet des peurs sur quelque bouc émissaire.

**Une nouvelle réflexion se développe donc dans le champ de la santé publique** pour que la complexité réelle des situations soit prise en compte. Il s'agit de ne plus traiter uniquement des questions de pathologie ou de comportements de prévention. La notion de santé concerne et engage l'ensemble des dimensions qui traversent l'existence humaine et sociale. Elle s'inscrit dans un vaste champ de relations, ajustements et médiations entre l'individuel et le communautaire. Un ouvrage collectif paru tout récemment<sup>(41)</sup> dresse pour la première fois un état des lieux exhaustif des inégalités sociales de santé en France. « *La manière la plus efficace de réduire les inégalités de santé est de réduire les inégalités de société* ». Tout en insistant sur la question de l'accès aux soins, les auteurs, chercheurs à l'Inserm, rappellent les effets pervers des dispositifs nouveaux comme la CMU (couverture maladie universelle), qui peuvent entraîner un effet de seuil ou faire se désinvestir les intervenants en santé au profit de structures créées spécifiquement. Ils prennent le soin de préciser que « *les connaissances en la matière ne sont pas le seul fait des experts* ».

## Exclusion et réponses de santé

Avec l'extension des situations de pauvreté, les experts avaient signalé la **dégradation des conditions sanitaires des couches sociales les plus défavorisées**. En 1998, le Haut comité de la santé publique (HCSP)<sup>(42)</sup> lançait un cri d'alarme et proposait « *un grand débat national sur la protection sociale* ». Il rappelle qu'envi-

ron 0,5 % de la population n'est pas affiliée à l'assurance-maladie. Des jeunes de 18 à 25 ans sans emploi, des personnes sans domicile fixe ou qui sortent du RMI, des étrangers en situation irrégulière figurent parmi ces exclus du droit. La généralisation et la simplification des droits sociaux est réclamée d'urgence par ces experts.

Dans son rapport, le HCSP estime que la progression actuelle des phénomènes de précarisation « *menace à moyen terme la situation sanitaire des catégories sociales défavorisées et au-delà, celle de la population toute entière* ». Le HCSP estime que « *la souffrance psychique est, actuellement, dans le domaine de la santé, le symptôme majeur de la précarité* ». Les sentiments de « *mauvaise image de soi* », d'inutilité, voire de « *honte* » sont à l'origine d'une souffrance mentale qui peut elle-même être « *associée au déclenchement de maladies organiques graves* ». L'état de santé étant le résultat d'un processus cumulatif, les pathologies comme la tuberculose ou les dermatoses sont donc moins caractéristiques de la vie précaire que les états anxieux et les dépressions. Définissant la précarité comme « *l'absence d'une ou de plusieurs sécurités* », le HCSP estime que le phénomène est devenu aujourd'hui massif, touchant 20 à 25 % de la population vivant en France.

Cet *Avis sur la progression de la précarité en France et ses effets sur la santé* attire particulièrement l'attention sur la vulnérabilité croissante des plus jeunes. « *L'école se trouve face au problème de la précarité, dans une impasse. Elle agit aujourd'hui comme une amplification de phénomènes sociaux et accroît les risques de précarité pour les enfants des familles les plus exposées* ». Entre 400 000 et 600 000 enfants vivraient dans un ménage en dessous du seuil de pauvreté. Le suivi médical gratuit et régulier s'arrêtant après 6 ans, le HCSP recommande un dispositif global de suivi social et sanitaire allant de la grossesse jusqu'à l'âge de 12 ans. Il s'inquiète aussi de « *l'absence de projet d'envergure visant les jeunes peu qualifiés et d'origine modeste qui sont les plus exposés à la précarité* ». Il prône sur ce chapitre la multiplication des « *lieux d'écoute et de transition* » et le « *recrutement et la formation d'intervenants sociaux* ». Les problèmes sanitaires de la jeunesse doivent « *plus que jamais devenir l'un des axes majeurs de la politique de la santé publique en France* ». « *La multiplication des textes législatifs a entraîné une grande complexité du système d'assurance maladie et des dispositifs d'aide médicale* », écrivent les auteurs qui dénoncent les lenteurs administratives et les « *barrières psychologiques* » dissuadant, en particulier, les jeunes ou les étrangers vivant dans l'insécurité d'effectuer la moindre démarche.

Il est vrai qu'au fur et à mesure que l'effort de généralisation de la Sécurité sociale tendait à l'accroissement du nombre de personnes couvertes, en particulier depuis 1978, le niveau de couverture s'abaissait. L'empilement des textes et des régimes spéciaux était, en outre, allé de pair avec une diminution progressive de la part des remboursements.

Les missions humanitaires en pays de conflits ou de famine avaient attiré l'attention, paradoxalement, sur la pauvreté méconnue au sein de nos villes. Dès 1987, le rapport Wresinski<sup>(43)</sup> tente de comprendre les difficultés d'accès aux soins. Puis la mise en place du RMI fait prendre conscience de ces problèmes de santé dans la problématique de l'insertion. De nombreuses initiatives locales sont lancées, bilans de santé, points accueil-santé, cartes-santé. Des partenariats se mettent en place et l'on assiste à une articulation plus forte entre le sanitaire

et le social, entre conseils généraux, mutuelles, missions locales. Des modifications législatives interviennent pour remodeler le dispositif des droits à l'assurance maladie et à l'aide médicale, en particulier la circulaire du 21 mars 1995<sup>(44)</sup>.

Devant l'urgence de remodeler ces dispositifs, soulignée par le rapport de 1998 du HCSP, la loi d'orientation contre les exclusions<sup>(45)</sup> va enfin être votée. L'article 1<sup>er</sup> de cette loi garantit « sur l'ensemble du territoire l'accès effectif de tous aux droits fondamentaux dans les domaines de l'emploi, du logement, de la santé, de la justice, de l'éducation, de la formation et de la culture, de la protection de la famille et de l'enfance ».

Cette loi prévoit un ensemble de mesures qui s'ordonnent autour de deux grands axes, tout d'abord l'accès à ces droits pour les personnes qui en sont



*Mathieu Pernot*

exclues, ensuite le maintien de ces droits pour prévenir l'exclusion des personnes qui pourraient voir leur réalisation mise en cause, la prise en charge sociale devant faire l'objet d'une autre loi. Tour à tour sont aménagés les dispositifs concernant les droits sociaux fondamentaux dans cinq domaines, le logement, le travail, les moyens d'existence, la santé, la vie sociale et familiale.

La loi d'orientation contre les exclusions affirme dans son article 67 le caractère prioritaire d'accès aux soins pour les plus démunis. Ce volet commence par une déclaration de principe, dépourvue de toute force normative. L'accès à la prévention et aux soins des personnes les plus démunies est ainsi déclaré « *objectif prioritaire de la politique de santé* ». Et les programmes de santé publique mis en oeuvre par l'Etat, les collectivités territoriales et les organismes d'assurance-maladie doivent prendre en compte les difficultés spécifiques des publics les plus défavorisés.

Les objectifs mis en avant dans la loi reprennent les enjeux de santé publique redécouverts ces dernières années. Faite pour répondre aux besoins des populations en situation précaire ou exclues en matière de santé et de protection sociale, la loi réaffirme la nécessité de relier le social et le sanitaire, le médical, le social et la psychiatrie, la pratique hospitalière et l'exercice libéral, le soin et la prévention, la nécessité d'un travail en réseau. La loi désire associer le maximum de personnes à tous les débats, y compris les usagers. Les régions deviennent l'échelon local privilégié en matière de santé publique, l'Etat restant animateur et garant de ces politiques.

L'article 71 prévoit la mise en place de **programmes régionaux pour l'accès à la prévention et aux soins des personnes les plus démunies (PRAPS)**. Ces programmes auront pour objectif de soutenir la mobilisation des différents intervenants et de faciliter la coordination des actions de prévention et de soins. Le PRAPS sera établi à partir des études faites dans chaque département. Un comité réunissant des représentants des services de l'Etat et de l'agence régionale de l'hospitalisation, des collectivités territoriales, des organismes d'assurance-maladie ainsi que des associations concernées dans le domaine de l'insertion. Le PRAPS doit définir des actions destinées à lutter contre les pathologies liées à la précarité ou à l'exclusion, maladies chroniques, dépendance à l'alcool, à la drogue ou au tabac, les souffrances psychiques, les troubles du comportement, les déséquilibres nutritionnels. Citons le PRAPS d'Ile-de-France, par exemple, qui a institué un groupe de travail de « prise en charge des publics nomades ». Il s'agit pour les responsables de faire connaître les conditions de vie et les besoins de santé de ces populations nomades, de réduire les obstacles à l'accès aux droits et aux soins et de favoriser la santé du groupe familial par le développement de médiateurs-santé et le soutien d'initiatives adaptées aux spécificités de ces familles<sup>(16)</sup>.

Il a fallu attendre le 1<sup>er</sup> janvier 2000 pour voir l'**entrée en vigueur de la CMU**, votée le 27 juillet 1999<sup>(17)</sup>. La CMU veut permettre l'accès aux soins pour les plus démunis. Elle doit concerner environ 6 millions de personnes, en leur assurant un droit « immédiat » au régime de base de l'assurance-maladie, et sous condition de ressources (3 500 F par personne et par mois), un accès à une couverture complémentaire prise en charge à 100 %, avec le « tiers payant », dispense d'avance de frais. Cette loi a fait l'objet d'une décision du Conseil consti-

tutionnel, du 23 juillet 1999, qui contient deux apports majeurs, la reconnaissance du droit à la santé et à l'égalité devant l'accès aux soins et la qualification du droit à la santé comme objectif constitutionnel.

La CMU prend ainsi le relais de l'aide médicale gratuite assurée jusqu'ici par les départements, mais de façon inégale, selon un système centralisé géré par les CPAM (Caisse primaire d'assurance-maladie). Les associations peuvent continuer à recevoir les demandes, avec des formulaires d'inscription simplifiés. Un décret donne la possibilité aux demandeurs ne possédant pas toutes les pièces nécessaires d'avoir accès à la CMU sur une simple déclaration sur l'honneur. « *Toute personne signalée en urgence par un hôpital, un CCAS ou un médecin, doit pouvoir être soignée sans attendre* », affirme Martine Aubry, alors ministre de la Santé.

L'assurance complémentaire pourra être assurée par une CPAM, une mutuelle ou une compagnie d'assurances habilitée. L'affiliation aux deux volets de la CMU est ouverte à tout résident en France en situation stable et régulière. Les étrangers en situation irrégulière sont donc exclus de cette réforme, ils continueront à dépendre de l'aide médicale d'Etat gérée par les CPAM.

Les bénéficiaires du RMI ont droit automatiquement à la CMU complémentaire pour une durée d'un an, qu'ils restent ou non allocataires pendant cette période. Le foyer d'un bénéficiaire de la CMU peut comprendre son conjoint ou concubin, ses enfants ou personnes à charge de moins de 25 ans. Ces jeunes de moins de 25 ans peuvent entrer individuellement dans le dispositif s'ils n'habitent pas chez leurs parents, s'engagent à établir une déclaration de revenus personnelle et ne perçoivent pas de pension alimentaire. Les mineurs de plus de 16 ans ont droit à titre personnel à la CMU si leurs liens familiaux sont rompus. Si la mise en place de la CMU semble « plutôt réussie » selon le titre optimiste d'un article de presse<sup>(48)</sup>, un certain nombre de dysfonctionnements pourraient vider la réforme de la CMU de son sens, et les responsables associatifs ont quelques craintes.

Certes, l'engagement des personnels des CPAM pour accueillir des nouvelles populations venues faire reconnaître leurs droits a déjà permis à des milliers de personnes un accès aux soins plus simple et plus rapide. Mais des difficultés sont apparues dans le domaine du traitement des étrangers. Certaines caisses ont adopté une interprétation plus restrictive de la loi, concernant la condition de résidence ou la durée de validité des titres de séjour. Les étrangers en situation irrégulière qui ont accès à l'aide d'Etat sont envoyés vers d'autres guichets, aiguillés vers d'autres structures, autant de procédés stigmatisant des étrangers en situation précaire. D'autres problèmes concernent des praticiens qui ont du mal à se faire rembourser le tiers-payant ou qui refusent de pratiquer certains soins (prothèses dentaires) sur les bénéficiaires de la CMU. Et les populations les plus exposées à l'exclusion, comme les jeunes en rupture familiale sont peu représentés parmi les demandeurs de la CMU.

La FNARS<sup>(49)</sup> dresse de cette loi un bilan contrasté. En se réjouissant d'avancées dans le domaine de la santé, notamment avec la création des PRAPS, la FNARS assure que « *l'exclusion ne recule guère, les inégalités persistent et semblent croissantes, les personnes en grande difficulté sont de plus en plus marginalisées* ».

La CMU qui a voulu, dans son esprit, permettre le droit aux soins pour une personne résidant en un lieu, ne peut manquer de poser des problèmes pour ceux qui sont sans domicile fixe, tout en dépendant de la loi de 1969. Déjà on signale les difficultés dues à la domiciliation ou à la détermination des ressources. Celles-ci augmentent quand il s'agit de catégories telles que les jeunes de 16 à 18 ans ou les étrangers en situation irrégulière. Parmi celles-ci les populations en habitat-caravane constituent des groupes de personnes en difficulté.

Cette nouvelle logique de « l'accès au droit » entend rompre avec les anciennes finalités de répartition ou de rétribution. Elle remplace les prestations sérialisées par de vastes dispositifs d'accès à un ensemble de programmes publics. Le langage du droit et de l'accès aux droits vient s'intercaler entre la situation d'exclusion et l'objectif qui est la restauration d'une place dans le jeu social.

Certes, ce dispositif dynamique d'aide pour accéder au droit commun permet de revivifier le principe d'égalité en droit, mais son versant négatif invite à s'interroger sur ce paradoxe. Qu'est-ce qui, mieux que la loi d'orientation relative à la lutte contre les exclusions, pouvait illustrer cette théorie d'un pouvoir (juridique et politique) normalisateur ainsi que ce paradoxe qui est que c'est en général la société elle-même qui a exclu un jour ceux qu'elle souhaite aujourd'hui « intégrer ». Les exclus, c'est-à-dire en réalité les pauvres, devaient-ils nécessairement être sujets d'une loi pour être sujets de droits ?.

## Gens du voyage et politiques de santé

Toute l'histoire montre que l'errance, le nomadisme, ont toujours été appréhendés par les politiques publiques en termes de contrôle social, d'hostilité ou de répression. L'émergence des gens du voyage comme sujets de droits dans les années soixante-dix à travers une législation plus compréhensive illustre une certaine reconnaissance sociale. Mais la politique de la santé est encore loin de s'y intéresser, sauf dans une visée de contrôle de l'hygiène ou de la salubrité publique.

François de Vaux de Foletier relève, que parmi les accusations lancées contre les Tsiganes, figure celle de favoriser la propagation des épidémies. Ainsi, en 1887, le Conseil central d'hygiène du département des Vosges ne doute pas que les « *Camps volants aient contribué à la propagation de la variole dans une partie de l'arrondissement de Mirecourt* »<sup>(50)</sup>. Les mendiants et les errants qui échappent au dépôt et à l'hospice sont accusés d'être vagabonds, parasites, délinquants et surtout rebelles à l'ordre social.

En réalité, même après le vote de la loi de 1969, les Tsiganes ne rentrent guère dans le champ d'une politique sanitaire. Les travailleurs sociaux qui sont en lien avec ces communautés connaissent bien un certain nombre de comportements en matière de santé, interventions du médecin sollicitées fréquemment, réticence devant le séjour à l'hôpital, demande de résultat immédiat pour tout traitement, désir de garder dans la famille les handicapés. Mais ils savent aussi combien les obligations en matière de prévention, comme les vaccinations, par

exemple, ont du mal à être respectées, ou combien les visites prénatales obligatoires sont ressenties plus comme une condition pour l'obtention des prestations légales que comme une nécessité pour l'état de santé de la mère et de l'enfant<sup>(51)</sup>.

En réalité les services sanitaires, hôpitaux, maternités, dispensaires, consultations de planning familial, pouponnières, pharmacies perçoivent les Tsiganes comme une « catégorie de population à part » avec une culture particulière qui s'oppose souvent à toute prévention médicale ou traitement.

Aussi assiste-t-on à un renvoi systématique au service social spécialisé. Par exemple, un hôpital ou une maternité délèguera une puéricultrice pour suivre les enfants tsiganes, toujours considérés comme « en danger ». Le dispensaire d'hygiène mentale, se reconnaissant incapable d'évaluer l'état mental d'une personne tsigane, fera appel aux travailleurs sociaux spécialisés pour obtenir des éléments d'appréciation adéquats.

La santé des Tsiganes reste, de toutes façons, un sujet que l'on n'aborde pas facilement, en le renvoyant aussitôt aux pratiques intra-communautaires, médication par les plantes, recours aux guérisseurs, prières ou invocations diverses. On constate, d'ailleurs, à cette époque, un très petit nombre d'études ou de travaux scientifiques dans ce domaine<sup>(52)</sup>.

Cependant les associations de travail social en contact avec les populations tsiganes commencent à prendre acte du lien inopérant entre les conditions de vie et l'accès aux droits sanitaires et sociaux pour un nombre de plus en plus important de ces familles.

Une des premières observations systématiques sur la santé a été réalisée par l'Association Tsiganes Solidarités (ATS) à Toulouse et rendue publique dans le cadre d'une recherche plus large sur la pauvreté, financée par la Communauté économique européenne<sup>(53)</sup>. Si la dégradation des conditions de vie liées à l'insalubrité sont réelles, s'y ajoutent une mauvaise surveillance médicale, un taux de morbidité plus élevé que pour le reste de la population qui aggravent la précarité d'existence des populations tsiganes (*lire articles p. 46-47 et 85-86*).

L'étude épidémiologique menée à Toulouse a permis de constater certaines différences en fonction du mode de vie. En effet, si la spécificité culturelle du groupe tsigane face à la maladie et au handicap a été mise en valeur par les enquêteurs, ceux-ci n'ont pas manqué de noter combien une sédentarisation mal assumée est le début d'un processus déculturant amenant à la paupérisation et à la déstructuration du groupe. Les sédentaires subissent plus d'hospitalisations, offrent un terrain plus propice aux maladies et ressentent plus de crainte pour l'avenir. En bref, leur pathologie paraît être celle de toutes les populations défavorisées et une certaine prise en charge sanitaire risque d'effacer l'originalité du groupe, rôle du clan, prise en charge affective et familiale...

Quelques années plus tard, le rapport Delamon constatait, tout en minimisant ce problème, les conditions d'hygiène insuffisantes sur les lieux de halte et de grandes difficultés dans l'accès au système de soins. Il en stigmatisait « *les conséquences désastreuses pour les gens du voyage les plus démunis qui aboutissent, faute de paiement des praticiens et des établissements hospitaliers, à des refus de soins et à des situations d'exclusion qui vont en se multipliant* »<sup>(54)</sup>. Les enquêtes sur le terrain

confirment que l'exclusion entraîne le rejet de populations démunies du circuit traditionnel de soins.

C'est en lien avec les grandes lois qui ont cherché à remédier aux situations de pauvreté, loi sur le RMI, loi sur le surendettement, « loi Besson » sur le logement social, que les associations ont commencé à interpeller sur ce sujet les pouvoirs publics. Citons, parmi d'autres, l'Association départementale Gens du Voyage de l'Essonne (ADGVE, Evry, 91) qui a développé un partenariat local important pour permettre, en particulier pour les non-bénéficiaires du RMI, l'accès aux soins et à la protection sociale ou la régularisation de situations. L'Association des Amis des Voyageurs de la Gironde (AAVG, Talence, 33) signale les difficultés en ce qui concerne la prévention, dans la possibilité d'assurer la continuité des soins, dans les très longs délais d'instruction de certains dossiers.

Avec l'ouverture des pays de l'Est et l'arrivée de populations originaires de ces régions, en particulier de Roumanie ou de Yougoslavie, les associations territoriales ont jumelé leurs efforts avec les associations humanitaires. Au cours de l'année 1998, l'Association pour l'accueil des Voyageurs (AŠAV, Nanterre, 92) a mis au point un projet pour la santé des Tsiganes, en lien avec Médecins du Monde<sup>(55)</sup>. Cette action a permis une évaluation de l'état de santé de la population tzigane, française ou étrangère, en particulier roumaine, un dépistage de pathologies méconnues et une orientation pour une prise en charge effective, ainsi qu'un meilleur suivi des soins.

De plus en plus d'associations s'inscrivent actuellement contre la précarisation croissante et dénoncent les difficultés des gens du voyage dans l'accès au monde de la santé, qu'il s'agisse des contacts avec les hôpitaux ou les médecins, des pathologies liées au stationnement sauvage, des accidents domestiques dûs à la vie en caravane, ou de la prévention impossible à mettre en place. Elles recommandent aussi la pratique d'une politique sanitaire « éthique », qui prenne en compte le respect des fonctionnements communautaires et le droit à la vie privée.

En témoigne l'organisation à Tarbes, en novembre 1999, de deux journées d'études consacrées à l'habitat et à la santé des gens du voyages, par l'association départementale Solidarité avec les Gens du Voyage (SAGV, Tarbes, 65) et la DDASS des Hautes-Pyrénées. Éléments socioculturels et économiques, accès et éducation à la santé, maternité et petite enfance, pathologies du rejet... tels étaient quelques-unes des questions abordées. « *L'objectif premier est de trouver un espace de dialogue pour rechercher ensemble une méthode, un schéma de concertation. Y sommes-nous prêts ? Si oui, le temps est venu de ne plus "ghettoïser" et d'ouvrir un large réseau de médiateurs* » soulignait, en conclusion, la directrice de la DASS<sup>(56)</sup>.

Dans le cadre du programme CNRS de recherche interdisciplinaire sur la ville, un programme « Ville et santé » a permis à une équipe de chercheurs de Toulouse<sup>(57)</sup> de mettre en évidence comment la production locale de santé publique contribuait à réduire les désordres sociaux urbains. Les actions de santé publique peuvent-elles participer au maintien ou à la recomposition de solidarités ? Dans le quartier étudié, une distinction a été opérée entre diverses populations. Les « gens d'ailleurs », Tsiganes et migrants, ont été différenciés des groupes d'individus « sans » (sans emploi, sans attaches...) ou d'habitants du quartier dont cer-

tains comportements sont perçus comme non-conformes. Mais l'étude met bien en évidence combien, si le repérage est nécessaire pour l'engagement d'actions appropriées, il peut être générateur de stigmatisation et de précarisation. Ainsi la santé en vient à occuper l'avant-scène pour faire prendre en compte des populations ou des situations que les dispositifs sociaux les plus classiques n'absorbent pas. Mais elle risque de consacrer dans l'urgence de nouvelles inégalités. Quels enseignements peut-on tirer de cette série de notations pour élaborer une politique de santé auprès des Tsiganes ? On constatera d'abord la nécessité de prévoir des actions globales, concernant à la fois l'habitat, la petite enfance, la justice, la reconnaissance culturelle.

Les problèmes d'accès aux soins rencontrés par les Tsiganes conduisent à s'interroger sur les nouveaux modes de médiation, à inventer dans un proche avenir. Actions de proximité, médiations entre les acteurs de santé, coordination au-delà des limites départementales.

En ce qui concerne la prévention et le suivi sanitaire, il est important de conduire des actions de formation et d'information auprès des professionnels sociaux et médicaux par l'accueil de stagiaires, le travail en réseau, la formation initiale des infirmiers. Il est nécessaire aussi de lancer des actions d'information et de formation pour la santé, de proposer des bilans de santé (rôle de la CPAM), de prévoir un accompagnement au niveau de la grossesse, de lancer le développement des vaccinations, de développer la présence d'un médecin référent, de veiller à la préservation d'une bonne santé pour les enfants.

Sans doute faudrait-il s'interroger pour finir sur la signification même du mot santé pour appréhender les phénomènes d'acceptation ou de non-acceptation de certaines conduites en matière de prévention ou de soin. A côté de la santé objective, de la lutte contre certaines maladies que savent définir statisticiens et médecins à partir d'indicateurs bien déterminés, il existe une santé perçue et une santé représentée. Or ce sont ces représentations de la santé, ou de la maladie qui conditionnent les comportements.

Les croyances traditionnelles, les pratiques religieuses, mais aussi les messages modernes de la publicité soulignent cette approche de la santé. Elle est souvent régie par l'opposition entre le pur et l'impur. Ces catégories varient fortement d'une culture à l'autre (que l'on pense, par exemple, au statut différent de certains animaux, porc, chien, cheval, selon les pays), et elles apparaissent pourtant peu flexibles au sein de chaque culture<sup>(58)</sup>.

D'où l'importance de ne pas concevoir des traitements ou des injonctions de faire sur un plan strictement technique. Les anthropologues ont beaucoup à apprendre aux experts en matière de perception du risque ou de transgression. Les argumentations et caractérisations médicales gagnent à être interrogées par les sciences sociales, tant dans leurs acquis et leurs incertitudes qu'au regard des représentations profanes qui leur font écho.

## NOTES

(1) Colette Bec, *L'assistance en démocratie. Les politiques assistancielles dans la France des XIX<sup>e</sup> et XX<sup>e</sup> siècles*, Paris, Belin, 1998.

- (2) Direction départementale d'action sanitaire et sociale.
- (3) Colette Bec, op. cit.
- (4) *Etudes Tsiganes*, n° 3/1981, p. 6.
- (5) Lettre du Directeur général de la Sécurité nationale, novembre 1949, *Etudes Tsiganes*, 2 et 3/1979, p. 16.
- (6) *Etudes Tsiganes*, n° 1/1968, p. 23.
- (7) Voir à ce sujet le numéro spécial de la revue *Esprit*, « A quoi sert le travail social ? », n° 241, mars-avril 1998.
- (8) *Etudes Tsiganes*, n° 3/1973, p. 55.
- (9) *Etudes Tsiganes*, n° 2 et 3/1974, p. 35 à 39 et n° 4/1979, p. 16 à 28.
- (10) Gilbert Bonnemaïson, *Face à la délinquance, prévention, répression, solidarité, Rapport de la Commission des maires sur la sécurité au Premier ministre*, Paris, La Documentation française, 1983.
- (11) Rapport sur le IX<sup>e</sup> Plan de développement économique, social et culturel (1984-1988), JO 17.7.1983.
- (12) Bertrand Schwartz, *Rapport sur l'insertion professionnelle et sociale des jeunes*, Paris, La Documentation française, 1981 ; François Bloch-Lainé, ss la prés. de, *Rapport de la commission nationale de planification, Tome 1<sup>er</sup>, Développement social, culturel et éducatif*, Paris, La Documentation française, 1983 ; René Pesce, *Rapport de la Commission nationale pour le Développement social des quartiers, Bilans et perspectives*, Paris, La Documentation française, 1984.
- (13) Hubert Dubedout, *Ensemble, refaire la ville*, 1980.
- (14) Exposé de Marie-Thérèse Join-Lambert, « Décentralisation et politiques sociales », *Actes du colloque de Grenoble*, 18 janvier 1983, CEPES, LEP, 1983, p. 216 à 226.
- (15) Loi n° 2000-614 du 5 juillet 2000, relative à l'accueil et à l'habitat des gens du voyage, JO 7.7.2000.
- (16) *Le Monde*, 10.10.1997.
- (17) Bernard Provot, « La loi du 31 mai 1990 : faut-il brûler l'article 28 ? », *Etudes Tsiganes*, vol. 7, L'urbanité en défaut, 1996.
- (18) Gabriel Oheix, *Contre la précarité et la pauvreté : 60 propositions*, février 1981, non pub.
- (19) René Lenoir, *Les exclus*, Paris, Le Seuil, 1974.
- (20) Lionel Stoléru, *Vaincre la pauvreté dans les pays riches*, Paris, Flammarion, 1974.
- (21) Agnès Pitrou introduit la notion de précarité : voir *La vie précaire des familles face à leurs difficultés*, Etudes CAF, Paris, 1998.
- (22) Marie-Thérèse Join-Lambert, « Exclusion : pour une plus grande rigueur d'analyse », in *Revue de droit social*, mars 1995.
- (23) Circulaire du 28 septembre 1983, circulaire du 7 février 1985, circulaire du 27 juin 1985, in *Etudes Tsiganes*, n° 1/1986, p. 10.
- (24) Citons, pour exemple, un article du *Figaro* en date du 18 décembre 1999, qui a pour titre « Les voleurs écument la lande bretonne ». En sous-titre, on peut lire « Délinquance : Les gens du voyage, qui opèrent de nuit, s'en prennent surtout aux personnes âgées ». Le chapeau de l'article, d'une demi-page, est ainsi rédigé « *La délinquance itinérante, qui augmente régulièrement partout en France, préoccupe les gendarmes. Aucun village n'est à l'abri de ces vols commis par les gens du voyage, comme en témoigne notre reportage dans le Morbihan* ».

- (25) Robert Castel, *Les métamorphoses de la question sociale, une chronique du salariat*, Paris, 1995. Voir aussi Pierre Rosanvallon, *La nouvelle question sociale, repenser l'Etat-providence*, Paris, 1995.
- (26) D'après le bilan annuel du Secours Catholique, la proportion de personnes ne vivant que de transferts sociaux a continué à progresser (44 % en 1999 contre 40 % 5 ans plus tôt). « *La fracture sociale est loin d'être réduite* », conclut l'art. du *Monde* du 16.11.2000.
- (27) *Le Monde*, 31.5.2000.
- (28) Voir à ce sujet la revue *Informations sociales*, numéro spécial, « Le droit à... De l'émergence à l'effectivité », n° 81, 2000.
- (29) François Gaudu, « Les droits sociaux », in *Libertés et droits fondamentaux*, Paris, 6<sup>e</sup> éd., Dalloz, 2000.
- (30) Jean Carbonnier, *Droit et passion du droit sous la V<sup>e</sup> République*, Paris, Flammarion, 1996, p. 21.
- (31) Le droit à la protection de la santé ne se réduit pas à la sécurité sociale, pas plus que la sécurité sociale n'intéresse exclusivement la protection de la santé. Voir Lise Casaux-Labrunée, « Le droit à la santé », in *Libertés et droits fondamentaux*, op. cit.
- (32) C. Bloch, *L'Assistance et l'Etat en France à la veille de la Révolution (1764-1790)*, Paris, 1908.
- (33) F. Lebrun, *Se soigner autrefois. Médecins, saints et sorciers aux 17<sup>e</sup> et 18<sup>e</sup> siècles*, Paris, 1983.
- (34) Michel Foucault, *Surveiller et punir, naissance de la prison*, Paris, Gallimard, 1975, *Naissance de la clinique*, Paris, PUF, 1972.
- (35) G. Bourgeault, *L'éthique et le droit face aux nouvelles technologies biomédicales*, Montréal, Presses universitaires de Montréal, 1990.
- (36) José Cuvero, *Histoire du vagabondage, du Moyen-Age à nos jours*, Paris, Ed. Imago, 1998.
- (37) Michel Mollat, *Les pauvres au Moyen-Age*, Paris, Hachette, 1978.
- (38) C. Stephan, *Economie et pouvoir médical*, Paris, Economica, 1978.
- (39) Dans ce contexte, sous la pression de révélations médiatiques, apparaît entre 1968 et 1972 le mouvement mondial « de contestation du progrès scientifique », dont la meilleure manifestation en est le mouvement antinucléaire.
- (40) Actes du colloque *Décentralisation et politiques sociales*, CEPES, Grenoble, 18-20 janvier 1983.
- (41) Annette Leclerc, Didier Fassin, Hélène Grandjean, Monique Kaminsky et Thierry Lang, ss la dir. de, *Les inégalités sociales de santé*, Paris, La Découverte, 2000.
- (42) Avis au gouvernement, Haut comité de la santé publique, rendu public le 20 février 1998, *Le Monde* 23.02.1998 ; HCSP, *La progression de la précarité en France et ses effets sur la santé*, ENSP, février 1998.
- (43) Joseph Wresinski, *Grande pauvreté et précarité économique et sociale*, JO, avis et rapport du Conseil économique et social, 10-11 février 1987.
- (44) Circulaire DAS/DH/DPM/DSS/DIRMI/DIV n° 9508 du 21 mars 1995.
- (45) Loi n° 98-657 du 29 juillet 1998, JO du 31.07.1998.
- (46) PRAPS Ile de France, Groupe de travail « Prise en charge des populations en habitat-caravane », Fiches-Actions, réunion du 20.10.99.
- (47) Loi n° 99-641 du 27 juillet 1999, JO du 28.07.1999.
- (48) *Le Monde*, 10.02.2000.

- (49) Fédération nationale des associations d'accueil et de réadaptation sociale. Voir *Le Monde* 14.9.2000.
- (50) François de Vaux de Foletier, *Les Bohémiens en France au XIX<sup>e</sup> siècle*, Paris, J.C. Lattès, 1981.
- (51) *Tsiganes et marginalité*, Groupe des Travailleurs sociaux du CNIN, Paris, 1975. Ce constat est toujours valable aujourd'hui, comme en témoigne l'ouvrage de Camille Duranteau, *La santé des gens du voyage. Approche sanitaire et sociale*, Paris, L'Harmattan, 1999, p. 108-109.
- (52) Voir à ce sujet la Bibliographie « Santé – Médecine » réalisée dans *Etudes Tsiganes*, n° 2/1988, p. 26-27 et dans ce présent numéro p. 148.
- (53) Jacqueline Charlemagne, *Populations nomades et pauvreté*, préface de René Lenoir, travaux et recherches de l'Université de droit de Paris, PUF, 1983.
- (54) Arsène Delamon, *La situation des « gens du voyage » et les mesures proposées pour l'améliorer*, Rapport de mission au Premier ministre, juillet 1990, non pub., p. 89.
- (55) Projet Romeurope, Médecins du Monde. Colloque *Roms, Sinte, Kale, Tsiganes en Europe. Promouvoir la santé et les droits d'une minorité en détresse*, Paris, 19-20 octobre 2000.
- (56) *La Nouvelle République*, 19.11.1999.
- (57) *La Lettre du CERS* (Centre d'études des rationalités et des savoirs), Université de Toulouse Le Mirail, n° 17, mars 2000.
- (58) Voir des exemples dans l'ouvrage déjà cité de Camille Duranteau (*cf. compte-rendu p. 165*).