

Pauvreté et santé

Les conséquences du chômage

Ueli Mäder

Le Professeur Ueli Mäder enseigne la sociologie à l'Université de Bâle, il est codirecteur de l'Institut de sociologie, doyen de la Faculté de philosophie et d'histoire et professeur à la Hochschule für Soziale Arbeit (FHNW).



Quintessence

- La pauvreté rend malade et la maladie rend pauvre. Les personnes au chômage présentent un risque accru de maladie et leur entourage souffre avec elles.
- Le chômage entame sérieusement, voire épuise les réserves financières, tout en mettant l'entourage à rude épreuve. Souvent, lorsque leurs parents sont sans travail, les enfants aussi perdent leur estime de soi; parfois même durant des années. D'autres proches des chômeurs peuvent aussi présenter ce genre de réactions psychiques après une certaine période de latence.
- Les familles touchées par le chômage modifient leur façon de vivre habituelle. Les rôles de chacun sont redistribués et les problèmes relationnels sont exacerbés. «Mon père reste à la maison parce qu'il est malade», raconte Mirjam, une fillette de huit ans [1]. Elle cache le fait qu'il a en réalité perdu son emploi six mois auparavant. Depuis lors, cette écolière de deuxième année n'invite plus ses camarades chez elle. L'appartement est exigu, et son père ne supporte pas le bruit. Il est stressé.

Summary

Poverty and health

- *Poverty causes sickness and sickness causes poverty. A person who is unemployed is at greater risk of falling sick, and this takes its toll on family members as well.*
- *Unemployment eats into savings and strains family relationships. If parents are out of work, the children often lose their self-esteem along with them, sometimes for years. Other relatives of the unemployed show similar, if deferred, mental reactions.*
- *Families affected by unemployment change their familiar everyday structure. Roles are redistributed and problems in interpersonal relations escalate. "My daddy is at home because he is sick", says eight-year-old Mirjam [1]. She does not mention that he had lost his job six months previously. Since then this eighth-grader has stopped inviting her schoolfriends to her home. The apartment is small. Her father cannot tolerate noise. He is under stress.*

Les démunis et les chômeurs ont plus de risques de tomber malades. Les soucis financiers et le manque de confiance en soi ont de plus des conséquences négatives sur les autres membres de la famille et sur les proches. Un soutien à la fois médical, psychosocial et socioéconomique leur est indispensable. Il s'agit non seulement d'offrir à ces personnes des places de travail en suffisance et des revenus appropriés, mais aussi de leur faciliter l'accès aux infrastructures de

soins. Il est important, à ce niveau, de sensibiliser le personnel médical aux problèmes sociaux et à leur contexte et de faire comprendre au public que le travail de prévention en général est l'affaire de tout le monde.

Des problèmes relationnels exacerbés

Vera a treize ans, et son père est sans travail. Même s'il a davantage de temps libre, il entreprend moins de choses avec ses filles que précédemment. La moindre contrariété est prétexte à de violentes disputes. Vera garde des petits enfants durant ses loisirs. Lorsque le portemonnaie du ménage est vide, elle donne un peu de son argent de poche. La famille vit de l'aide sociale. Le père renonce à la photographie, car son passe-temps favori est devenu trop cher. Il se contente donc de contempler régulièrement d'anciennes photos dans son salon, ce qui a le don d'énerver sa femme. Vera et sa petite sœur de onze ans font leurs devoirs à la table de la cuisine et sont contentes lorsque leur père, qui a des problèmes de santé, doit se rendre chez son médecin. D'un jour à l'autre, il décide de ne plus prendre ses médicaments et meurt d'insuffisance cardiaque. «De désespoir», dit son épouse. «Lorsque je ne serai plus parmi vous», disait-il avant son décès, «vous irez mieux toutes les trois et vous pourrez à nouveau regarder vers l'avant.»

Monsieur Roth, père de trois enfants, est à la recherche d'un emploi depuis deux ans, sans succès. Il n'a plus aucune perspective. Sa famille constitue pour lui à la fois un grand soutien, mais aussi une grosse charge. Le père sent bien que ses enfants ont besoin de lui, mais il se reproche constamment d'être un perdant. Le fils aîné fait comme si le chômage de son père n'existait pas, il ressent cette situation comme menaçante. Le fils cadet ne sait pas quelle attitude adopter. Le père l'aide pour ses devoirs, ce qui est parfois bénéfique. Mais les parents se disputent fréquemment. Lorsque le père lit le journal ou un livre, il a besoin de se justifier. Il ne va pratiquement plus au cinéma. Les soirées après le travail lui manquent, tout comme le sentiment du devoir accompli et la conviction d'avoir droit à un repos bien mérité.

Des résultats scolaires en baisse

Madame Felber est sans travail et élève seule ses enfants. Lorsqu'elle pousse ses enfants à éparpigner, ceux-ci manifestent leur incompréhension. Ils craignent de devoir se séparer de leurs animaux familiers. Le départ de leur père n'est pas encore digéré. Leurs performances à l'école commencent à s'en ressentir et leur confiance en eux-mêmes va en diminuant. Les gens du village disent gentiment bonjour, mais personne n'ose demander comment cela va vraiment. Les entretiens d'embauche sont invariablement suivis de réponses négatives, ce qui donne à la mère un terrible sentiment d'inutilité.

Dans notre société d'abondance individualiste, beaucoup de pauvres se replient sur eux-mêmes. Les sans-emploi tentent de donner l'impression que tout va bien et s'imaginent responsables de difficultés en fait inhérentes à la société elle-même. La lente descente aux enfers survient lorsque la pression devient trop forte. Parfois les enfants servent de soupape. Celui qui a de l'eau jusqu'au cou ne pense plus qu'à sauver sa peau. La peur paralyse ou provoque une fuite en avant, ce qui coûte énormément d'énergie. De nombreux chômeurs ont aussi de la peine à parler ouvertement de leurs problèmes. Un aveu impliquerait en effet qu'ils devraient être capables de changer le cours des choses; mais comment? La crainte de nouvelles désillusions est grande.

Une sécurité sociale défaillante

Après la Seconde Guerre mondiale, de nombreuses couches de la population ont bénéficié en Suisse d'une amélioration sensible de leurs conditions de vie matérielles. Le vieil héritage de la pauvreté ne semblait plus qu'un mauvais souvenir. De nouvelles formes de pauvreté se sont manifestées, notamment lors de crises personnelles et de manque de perspectives, situations pouvant pousser même des personnes nanties à la dépendance et à la déchéance. La récession des années 70 a changé la donne. Les inégalités sociales s'accroissent depuis, et pas seulement en termes de fortune et de revenus disponibles. Premièrement, le chômage augmente; deuxièmement, les plus petits salaires ne suffisent plus à faire face aux dépenses courantes; troisièmement, le système, en soi relativement bon, des assurances sociales se base unilatéralement sur le travail; et quatrièmement, le fossé se creuse entre les catégories à revenus faibles et celles aux gros revenus, entre les petites et les grandes fortunes.

L'existence même de la pauvreté, qui se manifeste au beau milieu de la richesse ambiante, met en lumière les insuffisances en matière de sécurité sociale. Les personnes touchées ressentent la pauvreté comme une véritable exclusion. Cette

évolution est particulièrement prononcée dans les sociétés individualistes comme en Suisse. Sur 3,2 millions de ménages, on ne compte aujourd'hui pas moins de 250 000 personnes qui dépendent de l'aide sociale, 200 000 personnes sans revenus, 300 000 rentiers et rentières AI et 500 000 «working poor». Le «potentiel d'exclusion» est donc grand, notamment pour les familles avec enfants, les familles monoparentales et les personnes vivant seules.

De plus en plus souvent malades

La pauvreté augmente la morbidité et la mortalité, de même que les besoins en soins médicaux [2]. Le risque de tomber gravement malade, de mourir prématurément, d'être victime d'un accident ou de subir des violences est significativement plus élevé chez les mal lotis dans toutes les tranches d'âge. En matière de santé, on observe un véritable gradient social: plus on descend dans l'échelle sociale, plus l'impact des maladies est élevé. Par rapport à des groupes comparables chez des sujets professionnellement actifs, le taux de suicide est supérieur chez les sans-emploi. Les conjointes et les enfants présentent, avec un certain décalage dans le temps, des réactions psychiques comparables. Les infections et les maladies chroniques sont plus fréquentes. La pauvreté augmente le risque de morbidité – et cela va de la carie au SIDA. L'espérance de vie baisse parallèlement au revenu. La mortalité des bébés est également augmentée en période postnatale, et la mortalité par accidents est deux fois plus élevée dans ce groupe que dans les familles financièrement mieux pourvues. Une mauvaise alimentation, l'obésité et les habitudes alimentaires de type «fast food» sont plus fréquentes dans les ménages démunis. D'une façon générale, le nombre de consultations médicales est plus élevé chez les femmes que chez les hommes. A partir de l'âge de 65 ans, il y a en revanche davantage d'hommes du quintile de revenus le plus bas (moins de 2400 francs de revenu équivalent) qui indiquent être en traitement médical en raison de problèmes de santé (90% vs 86%). Les femmes à faibles revenus consomment dans tous les groupes d'âge moins de soins médicaux que les femmes disposant de revenus plus élevés. Chez les hommes, on observe une tendance comparable dans la tranche d'âge entre 50 et 64 ans. Globalement, les personnes à bas revenus, plus fortement atteintes dans leur santé, consomment moins de traitements médicaux que les hommes et les femmes ayant des revenus plus élevés [3].

Dépression, stress et anxiété

Les hommes et les femmes du groupe aux revenus les plus faibles se sentent plus souvent entravés dans leurs activités quotidiennes par des problèmes de santé que celles et ceux disposant de revenus plus élevés. Le sentiment de bien-être psychique de la population suisse est relativement élevé, mais il se péjore dans tous les groupes d'âge et dans les deux sexes en fonction de la baisse des revenus [4]. Les personnes démunies ont plus souvent des antécédents et des histoires de vie marqués par des crises et des accidents de parcours et elles ont plus souvent été victimes de violences durant leur passé. Dépression, stress et anxiété en sont les conséquences.

Plus le revenu est élevé, plus les gens ont le sentiment de pouvoir faire eux-mêmes quelque chose pour leur santé. Dans la tranche des 20% aux revenus les plus modestes, cette proportion est près de 15% plus basse chez les hommes et les femmes que dans celle des 20% aux revenus les plus élevés.

Plus le revenu est faible, moins les personnes interrogées font attention à leur alimentation. Cela touche principalement les hommes, et ceci dans tous les groupes d'âge. Ce chiffre atteint 45% des hommes de la tranche des 20% aux revenus les plus faibles, et 27% des femmes. Dans la tranche des 20% aux revenus les plus élevés, les différences entre les sexes s'atténuent (hommes 28%, femmes 20%). Après l'alimentation, l'activité physique régulière et le tabagisme constituent deux paramètres déterminants sur le plan de la santé. Un bon tiers des sujets interrogés ne pratique aucun sport, un quart a des activités physiques régulières et un tiers déclare être actif de façon occasionnelle. Les femmes sont sportivement moins actives que les hommes, ce qui est probablement dû à leur plus fort engagement dans les travaux du ménage. Le niveau d'activité physique augmente proportionnellement au niveau des revenus. La proportion des personnes ne pratiquant aucune activité sportive est la plus élevée (43%) dans les couches aux revenus les plus faibles. Près d'un tiers des personnes interrogées consomme du tabac de manière plus ou moins importante. La proportion des non-fumeurs absolus est de 20% plus élevée parmi les femmes (58%). Dans la tranche des 20% aux revenus les plus modestes, près de 48% des hommes et 37% des femmes sont fumeurs, resp. fumeuses.

De la résignation à la révolte

Dans une ancienne étude sur la pauvreté [5], l'impression prédominante était que les pauvres en activité étaient au moins relativement bien intégrés et qu'ils avaient surtout besoin, comme les familles monoparentales, d'un soutien financier pour assurer leur existence. Dans notre ré-

cente étude sur la condition des «working poors» [6], nous avons toutefois constaté que les problèmes sociaux tendent à se cumuler en cas de dépendance prolongée à une forme ou à une autre d'aide sociale. Nous avons analysé la situation sociale de 260 «working poor» actuels et de 140 ex-«working poor». Parmi ces derniers, environ 25% ont pu améliorer leur revenu grâce à une formation continue; 25% ont augmenté leur salaire en acceptant des jobs supplémentaires à des conditions plutôt précaires; 25% ont réussi à stabiliser leur situation financière grâce aux prestations allouées par une assurance sociale (AVS, AD); enfin, 25% ont amélioré leur revenu à la suite d'un mariage ou du départ des enfants, ce qui leur a permis de réduire les charges. Dans tous les groupes évoqués, la situation de nombreuses personnes seules et les conditions de vie des familles ont aussi pu être améliorées par un déménagement dans un appartement plus petit et/ou plus économique (quartiers à forte densité de trafic).

Les auteurs de l'ancienne étude sur la pauvreté avaient été frappés par le fort retrait des personnes socialement démunies. Nombre d'entre elles se sentaient responsables dans une large mesure de difficultés pourtant causées principalement par un environnement social défavorable. Nous nous sommes expliqué ce retrait par l'esprit d'individualisme et le caractère tabou attaché à la pauvreté. Les personnes touchées cachent la vérité et font croire qu'elles vont bien, même si elles souffrent en fait terriblement de la situation dans laquelle elles se trouvent. De nombreux signes indiquent aujourd'hui que les attitudes de résignation et les états dépressifs se transforment parfois en sentiments de révolte. Les grands titres mentionnant les salaires mirobolants de certains managers ou la prise de conscience des inégalités sociales existantes n'y sont probablement pas pour rien. Les parents confrontés au fait que leurs enfants ne trouvent pas de place d'apprentissage peuvent en éprouver de la colère. Cette indignation renforce d'une part la détermination à s'engager davantage pour la défense de ses propres intérêts, mais elle augmente aussi le risque de s'en remettre à des forces autoritaires et populistes.

Que faire?

La recherche sur la pauvreté a longtemps été marquée par un mécanisme dominé par une vision absolutiste de type «ou bien ... ou bien ...». Certains ont mis l'accent sur la dynamique interne de la pauvreté, d'autres sur sa dynamique externe. Oscar Lewis décrit comment des facteurs subjectifs imprègnent une véritable culture identitaire de la pauvreté (*culture of poverty*) [7]. Il trouve des similitudes entre les styles de vie des pauvres vivant dans différentes sociétés. La

culture de la pauvreté s'exprime, selon Lewis, au sein de milieux relativement fermés et fonctionnant selon des schémas qui leur sont propres. Elle renforce les sentiments de dépendance et d'infériorité, la résignation et le fatalisme. S'y ajoute une vision très actuelle ne laissant la place qu'à très peu de perspectives d'avenir. Lewis attire également l'attention sur une participation limitée à la vie publique. Les pauvres n'adhèrent que rarement, selon lui, à un syndicat, ne visitent guère de musées et se réfèrent principalement à leur propre famille. Charles Valentine [8] souligne en revanche les conditions structurelles de la pauvreté. Les revenus modestes ou le manque de places de travail contraignent les pauvres à agir comme ils le font. Ces derniers s'adaptent toutefois aussi aux us et coutumes de la société, tirent parti des possibilités offertes par les institutions et s'engagent dans la politique locale.

Valentine plaide, en partant de ces analyses, en faveur d'un soutien de type d'abord socioéconomique, alors que Lewis préconise le soutien psychosocial. Ces deux approches peuvent être combinées. Ce qui importe, c'est qu'il y ait des places de travail en suffisance, que les salaires permettent d'assurer une existence et qu'il existe un filet social pour tous. Des mesures touchant à la politique de santé et un soutien personnalisé doivent compléter ce système. Dans le domaine médical, il convient de favoriser l'accès aux structures de soins et l'offre de prestations liées au bien-être psychique. Au lieu de favoriser essentiellement la consommation, il serait préférable de consacrer davantage d'efforts aux comportements et aux habitudes de vie. La santé requiert une responsabilité à la fois personnelle et sociale. Jean-Paul Sartre, philosophe existentialiste et écrivain, a observé l'être humain dans son cadre de vie. Il s'est ainsi demandé ce que l'être humain *fait* de

ce que son environnement *a fait de lui*. Qu'est-ce que cela signifie concrètement? L'absence de revenus est avant tout une affaire de places de travail et d'offres d'emplois. Il faut aussi voir dans la pauvreté non une fatalité, mais un défi à relever et un problème auquel il est possible de trouver des solutions. Il s'agit de sensibiliser le public et le personnel médical aux contextes sociaux, et d'apporter aux personnes concernées un soutien et des informations leur permettant de prendre conscience de leur responsabilité personnelle dans la prévention en matière de santé.

Learning points

La pauvreté augmente le risque de tomber malade, de décéder prématurément, d'être victime d'un accident ou de violences. Les sans-emploi font plus de tentatives de suicide que les personnes professionnellement actives. Les infections et les maladies chroniques sont plus fréquentes. L'espérance de vie décroît avec l'échelle des revenus. Les socialement défavorisés présentent aussi une mortalité postnatale nettement plus élevée de leurs enfants. Le sentiment de bien-être psychique est relativement élevé en Suisse, mais il se péjore en fonction de la baisse du revenu. Le sentiment d'être soi-même responsable de sa santé s'accroît avec l'augmentation du revenu. Plus le revenu est faible, moins les personnes font attention à une alimentation saine. Les soins médicaux sont justement importants dans ce contexte mais, dans ces situations à problèmes, se heurtent à des limites. Lorsque la sécurité matérielle est menacée, les contacts avec les institutions sociales sont particulièrement nécessaires et utiles.

Références

- 1 Kane Y. Familien ohne Arbeit. Zürich: Pro Juventute; 1996.
- 2 Mäder U, Meier C, Schmassmann H. Armut und Gesundheit. In: BAG, Gender-Gesundheitsbericht. Bern: EDI; 2006:74-83.
- 3 Bundesamt für Statistik. Hrsg: Gesundheit und Gesundheitsverhalten in der Schweiz 1992-2002. Neuenburg: BFS; 2005.
- 4 Bundesamt für Gesundheit, Frauenarmut, Arbeit und Gesundheit. Ein Praxis-Handbuch. Bern: EDI; 2007.
- 5 Mäder U, Biedermann F, Fischer B, Schmassmann H. Armut im Kanton Basel-Stadt. Basel: Social Strategies; 1991.

- 6 Kutzner S, Mäder U, Knöpfel C. Hrsg. Working poor in der Schweiz - Wege aus der Sozialhilfe. Zürich: Rüegger; 2004.
- 7 Lewis O. The Culture of Poverty. In: Scientific American. 215/4;1966:19-25.
- 8 Valentine Charles A. Culture and Poverty. Critique and Counter-Proposals. Chicago: University of Chicago Press; 1968.

Correspondance:
Pr Ueli Mäder
Institut für Soziologie
Petersgraben 27
CH-4051 Basel
ueli.maeder@unibas.ch