

Intervention de Martine Kurth, secrétaire générale de l'ARTIAS
le 10 novembre 2009 à la conférence suisse de la Diaconie (FEPS)

Pauvre et malade: le cercle vicieux

La pauvreté a des effets dévastateurs sur la santé des enfants. C'est sous ce titre qu'a été présenté, il y a juste deux ans, le 3^{me} rapport national sur la santé des Québécois, consacré aux liens entre pauvreté et santé. Ce rapport dresse un portrait complet, et dévastateur à son tour, des effets de la pauvreté sur la santé. On y constate notamment que les garçons pauvres de moins de 18 ans ont un taux de mortalité 3 fois plus élevé que les garçons riches du même âge, que les jeunes filles pauvres sont 17 fois plus nombreuses à devenir mères avant 20 ans que les jeunes filles aisées. Les garçons meurent, les gamines enfantent, la misère est la même. Du reste, le rapport souligne également que la proportion d'adolescents ayant un médecin régulier diminue de façon importante au fur et à mesure que le revenu de la famille diminue. Et que les enfants pauvres ont 3 à 4 fois plus de retards scolaires et trois fois plus de troubles graves du comportement¹.

La pauvreté nuit gravement à la santé. C'est sous ce titre qu'a été présenté, il y a un an à peu près, un sondage réalisé par le Secours populaire français, dont les conclusions font froid dans le dos: 40% des Français interrogés ont déjà renoncé à un soin, ou l'ont retardé, en raison de son coût... Et 30% des sondés ont le sentiment de ne pas avoir suffisamment de moyens financiers pour disposer d'une alimentation saine et équilibrée.

Pauvres et riches sont inégaux face au cancer de la prostate. C'est sous ce titre qu'a été présentée, il y a environ un mois, la recherche genevoise, de l'institut de médecine sociale et préventive de l'Université de Genève, qui a recensé tous les cas de cancer invasif de la prostate à Genève entre 1995 et 2005. L'objectif de cette étude était de vérifier s'il y avait inégalité dans une région comme Genève, dotée d'un système de santé considéré comme un des meilleurs au monde. Or, inégalité il y a, et dans une proportion qui a surpris les chercheuses et chercheurs: à Genève, les pauvres ont deux fois plus de risque de mourir d'un cancer de la prostate que les riches. Un écart qui est similaire à celui constaté entre les Noirs et les Blancs aux Etats-Unis.

Dans Le Courrier, les auteures de l'étude genevoise expliquent cette différence du simple au double notamment par un usage inéquitable du système de santé: diagnostic tardif (notamment lié aux franchises de l'assurance-maladie qui incitent à retarder la consultation), moins bonnes recherches et analyses, traitement moins complet.

Pire, sur les 10 ans considérés par cette étude, les chercheurs n'ont pas constaté d'améliorations, au contraire. Et selon eux, avec l'évolution actuelle du système de santé, «*les difficultés pourraient s'aggraver*²».

J'ai choisi ces quelques exemples pour brosser rapidement le contexte: à systèmes sociaux et sanitaires différents, effets similaires. La pauvreté et la maladie forment un cercle vicieux. Plus on est pauvre, plus on est malade; plus on est malade, plus on est pauvre. L'autorité politique le sait. Elle dispose de l'information nécessaire à sa prise de décision et pourtant, elle agit sans tenir compte de ces éléments et ce sera ma seconde démonstration: celle des modifications récentes de l'assurance-maladie, la LAMal, et de l'assurance invalidité, l'AI.

¹ Dépêche de la presse canadienne, 30 novembre 2007

² Le Courrier, 29 septembre 2009

Le premier janvier 2006, il y a donc presque 4 ans, est entré en vigueur l'article 64a LAMal, qui prévoit la possibilité, pour les assureurs-maladie, de suspendre le remboursement des prestations de soins pour les personnes qui n'auraient pas payé leurs primes ou des participations aux coûts. Le même article prévoit en outre l'interdiction de changer d'assurance tant que l'intégralité des montants dus, ainsi que les intérêts moratoires et les frais de poursuite ne sont pas réglés. Cette «possibilité», bien sûr, les assureurs l'ont saisie.

Lors des débats parlementaires de mars 2005 ayant amené à cette modification de la LAMal, il a été beaucoup question de responsabilité individuelle et de lutte contre les abus (schématiquement dit, responsabiliser celles et ceux qui partent en vacances au lieu de payer leurs primes d'assurance-maladie).

Or la réalité a dramatiquement rattrapé l'idéologie: après presque 4 ans de ce régime, 150.000 personnes environ sont aujourd'hui frappées d'une suspension de remboursement des prestations. 150.000 personnes qui sont, de fait, privées d'accès aux soins autres que les urgences dans les hôpitaux publics.

Parmi ces 150.000 personnes, des enfants n'ont pas vu un médecin depuis deux ans et n'ont pas pu recevoir de vaccin contre la rougeole par exemple; des personnes âgées se voient refuser leurs médicaments dans les pharmacies parce qu'elles n'ont pas pu payer une participation aux coûts; parmi ces 150.000 personnes, des malades chroniques, des personnes séropositives, des familles, bref, toute une série de gens juste pas assez pauvres pour émarger à l'aide sociale (qui prend en charge les primes et participations), et juste pas assez riches pour pouvoir payer à coup sûr leurs obligations LAMal.

Il aura pourtant fallu 4 ans, 150.000 personnes de fait sans couverture de soins, pour que le Conseil National accepte enfin, il y a un mois, de supprimer la suspension du remboursement des prestations (premier Conseil).

Dès avril 2006 cependant, trois mois seulement après l'entrée en vigueur de l'art 64a LAMal, les signaux d'alarme ont commencé à fuser: François Longchamp, conseiller d'Etat genevois a été le premier à réagir, lorsque plusieurs personnes, malades chroniques et séropositives se sont vues refuser l'octroi de médicaments vitaux dans des pharmacies genevoises. Il a mis en place une structure d'urgence à la Policlinique des Hôpitaux universitaires genevois (HUG), destinée à remettre les médicaments vitaux aux malades en suspension de remboursement. Les Dr Marti et Wolff, qui ont planché sur ce sujet à la Policlinique des HUG signalaient d'ailleurs que l'art 64a LAMal: «rend aléatoire l'accès aux soins des plus faibles et ouvre une brèche dans le caractère universel de l'assurance maladie³».

En 2006 déjà, les premiers cantons romands tentaient de limiter les dégâts en signant des accords avec certaines caisses maladie; accords dont la conformité avec l'ordonnance de l'époque était cependant sujette à discussion.

Au printemps 2007, la Conférence suisse des directrices et directeurs cantonaux de la santé, la CDS annonçait, après enquête auprès des cantons, que 120.000 personnes étaient déjà touchées par une suspension des prestations, soit 1,6% de la population. La CDS réclamait du coup un rapide amendement de la loi, signalant au passage que «l'augmentation significative du nombre d'actes de défaut de biens prouve que l'incapacité de paiement est en forte croissance dans notre société»⁴

³ Revue médicale suisse, Vol 2, N 85 (2006)

⁴ Communiqué de presse CDS, 7 mars 2007

Il aura donc fallu 4 ans, de multiples interventions parlementaires, politiques, médiatiques, scientifiques, 150.000 personnes se retrouvant de fait sans droit aux soins, pour que le Conseil national admette enfin cet automne que les pauvres ne sont pas des tricheurs et que cette carence est inacceptable dans un système d'assurance obligatoire de soins...

Cet exemple illustre cruellement la méconnaissance gigantesque de la réalité par le monde politique, elle illustre surtout qu'on admet de fait, ici et maintenant, la possibilité de mourir de misère.

L'autre angle d'attaque que j'ai choisi est celui de l'assurance invalidité.

L'Office fédéral des assurances sociales (OFAS) a publié cet été une étude intitulée «*Analyse de dossiers d'invalidité pour raisons psychiques*». Dans le cadre du programme pluriannuel de recherche sur l'assurance-invalidité, des chercheurs ont analysé un millier de dossiers AI concernant des rentiers atteints de troubles psychiques, selon le code 646, troubles psychogènes ou en réaction au milieu.

Dans la mesure où le nombre de rentes relevant du code 646 a été multiplié par 9 en 20 ans (1986-2006), les chercheurs souhaitaient dresser une typologie des raisons psychiques et identifier les facteurs de risque jouant un rôle dans l'octroi de ces rentes. Ils ont donc étudié de plus près les caractéristiques des rentiers concernés: biographie et situation sociodémographique, personnalité et comportement en matière de santé, environnement social, parcours professionnel et revenus, maladie et ses conséquences, traitement et réadaptation notamment.

Les résultats éclairent d'une lumière crue la production du cercle vicieux maladie-pauvreté.

On constate que seule une petite partie des personnes mises en invalidité pour raisons psychiques dispose d'une formation scolaire longue, et qu'une petite moitié (40 %) d'entre elles n'a aucune qualification professionnelle. Le parcours biographique de 40% des personnes concernées met en lumière le fait d'avoir grandi dans une famille présentant des antécédents psychiatriques.

Les chercheurs ont trouvé dans les dossiers des négligences sévères et prolongées dans l'enfance dans plus d'un tiers des cas et des maladies somatiques graves des parents dans un autre gros tiers ; ils ont aussi trouvé une proportion significative de violences accentuées, longue séparation d'avec les parents, abus sexuels, séjours en home, séparation des parents, voire décès de l'un des parents.

La moitié des personnes bénéficiant d'une rente AI au sens du code 646 avait déjà souffert elle-même de troubles psychiques durant l'enfance ou à l'adolescence. Une petite moitié (45%) d'entre elles s'était également fait remarquer à l'école par de mauvais résultats ou par des problèmes de comportement.

Pour nombre de ces personnes, les difficultés biographiques ont été suivies d'une réduction de la capacité d'insertion professionnelle. Il est en outre frappant de constater que l'adaptation professionnelle de ces personnes n'était déjà pas très bonne avant la mise en invalidité, puisque leur revenu moyen annuel était trois fois plus bas que la moyenne suisse⁵.

⁵ Analyse de dossiers d'invalidité pour raisons psychiques,
<http://www.news.admin.ch/message/?lang=fr&msg-id=27879>

Ces chiffres illustrent clairement le résultat de lacunes importantes du système de prévention. Ils m'interpellent néanmoins en regard des diverses révisions, récentes ou en cours, de l'assurance invalidité. Parce que ce sont ces personnes-là, atteintes de troubles psychiques, qui ont été visées par la 5^{me} révision de l'assurance invalidité, qui sont ciblées par les révisions 6a et 6b et leur cortège de suppressions de rentes.

J'en veux pour preuve le projet de révision 6a de l'AI, mis en consultation cet été.

J'en veux pour preuve la toute récente motion Cassis (PLR) déposée au Conseil national en septembre, intitulée «*Assainissement de l'AI. Maintenir la pression*» qui demande, dans le cadre de la révision 6b à venir, que les personnes atteintes de troubles du type code 646 reçoivent désormais des mesures de réadaptation, mais en principe pas de rente AI.

En clair, cela signifie qu'on est prêt à admettre, ici et maintenant, que la maladie, et singulièrement la maladie psychique, rendent pauvres les personnes qui en sont atteintes.

Le cercle vicieux est parfaitement bouclé: si je reprends les données du rapport québécois que j'ai mentionné en début d'exposé, les enfants pauvres ont 3 à 4 fois plus de retards scolaires et trois fois plus de troubles graves du comportement. Ils courent donc beaucoup plus de risques d'être atteints de troubles psychiques du type code 646 (troubles de la personnalité, troubles dépressifs à répétition, troubles somatoformes douloureux, maladies somatiques, principalement de l'appareil locomoteur (problèmes de dos, etc.). Lesquels troubles donnent de moins en moins droit à un travail et de moins en moins droit à une rente...

Au final, les enfants pauvres ont beaucoup plus de risques d'être des adultes malades, et les adultes malades sont de plus en plus souvent destinés à être pauvres et sans travail. Et parents d'enfants pauvres qui ont beaucoup plus de risques d'être malades... etc....

Comment en est-on arrivés là?

Pour ma part, je partage les thèses des spécialistes de l'Observatoire de la finance⁶. Ils relèvent que la place de la finance n'a cessé d'augmenter depuis plus de 30 ans, c'est-à-dire depuis la fin des Trente Glorieuses, non seulement dans l'économie, mais dans les comportements de tous les acteurs, politiques, économiques et sociaux.

Le rapport de l'Observatoire de la finance montre comment la «*financiarisation*» (c'est-à-dire les pratiques, les techniques, les valeurs liées à la finance) a transformé l'économie, mais comment elle a aussi transformé la société tout entière, en les organisant autour de l'efficacité financière. Efficacité financière, aujourd'hui poussée à l'extrême, et qui met en danger les valeurs fondamentales de la responsabilité, de la liberté de jugement et de la solidarité, qui sont constitutives du bien commun et d'une société libre et humaine. Selon les spécialistes de l'Observatoire, le principe de l'efficacité a eu raison de la plupart des résistances morales et s'est imposé comme le critère ultime de jugement.

Je fais là une brève parenthèse pour illustrer le propos: il y a environ un an, Sécurité sociale, la brochure de l'OFAS, consacrait un numéro à l'approche économique des questions sociales. On peut y lire, notamment «*la recherche économique au secours de la politique sociale*», ou encore, «*en matière de politique sociale, les décideurs sont confrontés à des choix toujours plus difficiles, et cette tendance devrait les conduire à consulter davantage ceux qui font profession d'efficacité et d'efficience: les économistes*».

⁶ www.obsfin.ch, notamment manifeste pour une finance au service du bien commun

Et voilà comment, d'une société dont le contrat social était basé sur la solidarité de tous envers chacun, nous sommes en train de passer à une société basée sur une solidarité

quasiment entrepreneuriale... et comment, d'une société de contrat social... nous avons glissé à une société de contrat d'entreprise.

Et c'est là, Mesdames et Messieurs, c'est là qu'est le fond du problème.

Il faut certes amener des propositions concrètes pour casser le cercle vicieux entre pauvreté et santé. Caritas par exemple le fait fort bien avec *«la pauvreté rend malade»* publié tout récemment. Le professeur Bonoli le fait fort bien avec ses travaux sur l'investissement social⁷.

Mais il nous revient, à vous comme chrétiens engagés, à nous tous comme citoyennes et citoyens, de rappeler que, depuis 1848, le préambule de notre Constitution, de toutes nos constitutions qui se sont succédées depuis, que ce préambule mentionne que *« seul est libre celui qui use de sa liberté et que la force de la communauté se mesure au bien-être du plus faible de ses membres »*.....

Le bien-être du plus faible de ses membres....

C'est ça la base de notre contrat social. Celui que nous avons voulu, celui que nous portons. Nous ne devons pas accepter de laisser se faire ce glissement pernicieux vers une solidarité de responsabilité...

Nous devons lutter pied à pied pour ne pas nous laisser dépouiller de ce qui fonde une démocratie et un modèle social auquel nous tenons: une solidarité de ressemblance humaine et d'organisation sociale.

Aux discours populistes, simplificateurs voire simplistes, à la théorie des abus... et à l'air du temps qui veut voir un tricheur ou un fainquant derrière chaque chômeur, chaque malade et chaque pauvre... à ces discours, à la vision purement financière de l'efficacité, nous devons opposer systématiquement l'enracinement philosophique et historique des valeurs qui fondent ce que nous sommes... Et ce que, je le crois, nous voulons rester... Une démocratie digne, juste, libre, solidaire et responsable.

Je vous remercie

Martine Kurth / nov09

⁷ Notamment *«une stratégie d'investissement social ciblé sur les enfants»*, dossier du mois d'avril 2008, www.artias.ch