

# Spécificités des usages précaires des systèmes de soins : quelques hypothèses

par Georges MENAHEM,  
chercheur au CNRS - CREDES,  
1 rue Paul Cézanne, 75008 Paris

Ce document ne reflète que l'opinion de son auteur et ne saurait engager le CREDES. En effet, il n'a pas suivi les procédures de relecture et de validation en vigueur dans l'institution.

## Résumé

Un matériel de divers entretiens qualitatifs recueillis entre 1990 et 1998 et l'analyse d'une enquête réalisée par l'Institut de l'Humanitaire en 1998 m'ont permis de construire quelques hypothèses concernant la spécificité des usages du système de soins par les personnes fréquentant des centres de soins gratuits. Ces hypothèses suggèrent que, pour comprendre le sens de l'usage des systèmes de soins par les personnes en situation précaire, il faut prendre en compte les stratégies qu'elles mettent en œuvre, par exemple pour s'intégrer aux centres de soins qu'elles fréquentent, afin de lutter contre leur déclassement ou leur disqualification, ou encore en vue de tirer parti des opportunités qu'elles peuvent rencontrer.

## 1. Introduction

Plusieurs dimensions de la précarité ont été mises en relation avec les difficultés de recours aux soins dans différents matériaux d'enquête. Pour les SDF et la précarité vis-à-vis du logement, l'étude des interruptions de traitement de la tuberculose des personnes sans domicile fixe a par exemple été réalisée par Black et alii (1998). Pour les personnes immigrées, des études ont montré l'importance de la précarité à l'égard de la situation administrative en matière de non recours aux soins (cf. Lecomte et Mizrahi, 1998). Des enquêtes du CREDES concernant sept centres de soins gratuits ont mis en évidence les liaisons des spécificités de la morbidité et des recours aux soins des patients précaires avec leurs manques de ressources en matière de revenu, de logement ou de travail, (cf. notamment Cong et alii, 1992). Mais, au-delà de ces liaisons classiques avec l'insuffisance des ressources, nous pouvons nous interroger sur l'existence d'autres déterminants sociologiques des usages des systèmes de santé par les personnes en situation de précarité.

## 2. Deux dispositifs d'enquête

Un matériel d'entretiens qualitatifs recueillis lors de deux enquêtes successives, en 1990-1992 et en 1998, permet de proposer quelques hypothèses concernant la spécificité des usages du système de soins par les personnes en situation de précarité. Ces hypothèses ont été confortées par des régularités statistiques observées lors de l'exploitation de plusieurs enquêtes, d'abord de l'INSEE puis de l'Institut de l'Humanitaire.

### L'enquête de 1990-1992 sur les relations entre problèmes de la jeunesse et troubles de santé à l'âge adulte

Afin de contrôler l'analyse statistique des données de l'enquête INSEE "étude des conditions de vie", un dispositif complexe combinant des réinterrogations et des entretiens d'un échantillon de 26 personnes a été mis au point et réalisé en 1990-1992 grâce à un financement de la MIRE. Des personnes ayant déclaré "avoir rencontré avant 18 ans des problèmes familiaux graves" lors d'une enquête de l'INED ont accepté de répondre à un questionnaire fermé de l'INSEE puis, un an plus

tard, nous ont fait le récit de leur trajectoire familiale de jeunesse et des problèmes de santé qu'elles avaient rencontrés à l'âge adulte. Aux observations issues de l'analyse de ces entretiens correspond des régularités statistiques tirées de notre exploitation de l'enquête INSEE "Conditions de vie 1987", analyses qui établissent très solidement la liaison des troubles de santé avec les trajectoires à problèmes (cf. Menahem & alii, 1994).

### **L'enquête Précar-1998 de l'Institut de l'Humanitaire sur les trajectoires de précarité, les états de santé et l'accès aux soins**

Grâce à un financement de l'INSERM et du FISP (Fonds d'Intervention en Santé Publique), l'Institut de l'Humanitaire a conçu, coordonné et réalisé, sous la direction du docteur Pierre Chauvin, une recherche complexe combinant une enquête qualitative, le recueil de 500 questionnaires auprès de personnes fréquentant cinq centres de soins gratuits de la région parisienne et l'exploitation de nombreux autres matériaux concernant l'accès aux soins des personnes en situation de précarité (cf. Chauvin et alii, 1999). Cette recherche s'appuie en particulier sur une centaine d'entretiens réalisés par Isabelle Parizot auprès de patients consultant dans des centres de soins gratuits, soit de la consultation "précarité" de l'hôpital Saint-Antoine (plus connue sous le nom de dispositif Baudelaire), soit dans des centres de soins de Médecins du Monde à Paris, Marseille et Gennevilliers. Plus de 30 entretiens ont été réalisés auprès de personnes consultant à la consultation Baudelaire et plus de 70 auprès de patients de Médecins du Monde.

Certaines des régularités constatées dans ces entretiens sont soutenues par des relations statistiques que j'ai mises en évidence sur un échantillon de 500 patients interrogés dans cinq centres de soins gratuits de la région parisienne. Les questionnaires correspondants comportaient 121 questions. Ils ont été administrés en 1998 par des enquêteurs auprès de personnes sélectionnées au hasard parmi les patients de chacun de cinq centres de soins gratuits : deux centres de Médecins du Monde (à Paris 11<sup>ème</sup>, avenue Parmentier et à Gennevilliers), deux antennes dites "précarité" de l'Assistance Publique ("Baudelaire" à l'hôpital St Antoine et "Verlaine" à l'hôpital St Louis), et le CHAPSA à Nanterre (qui, comparativement aux autres, accueille une plus grande proportion de SDF et de personnes en grande précarité).

### **3. En quoi le niveau d'intégration au système de soin peut-il expliquer les stratégies des usagers ?**

Il est possible de différencier les usagers en situation précaire des centres de soins gratuits selon leurs divers modes de fréquentation de ces établissements. C'est la conclusion à laquelle parvient Isabelle Parizot à partir de la centaine d'entretiens qu'elle a réalisée. Son analyse de ce matériel lui permet de différencier *"trois grands types de fréquentation"* : *"la fréquentation ponctuelle correspond aux premiers contacts avec la structure"*, *"la fréquentation régulière concerne des patients pris en charge de manière régulière"*, et *"la fréquentation instable n'autorise pas de réelle prise en charge ni de relation stable avec les membres du personnel de la structure"* (cf. la 3<sup>ème</sup> partie qu'elle a rédigée dans Chauvin et alii, 1999). Même si mes exploitations statistiques de l'enquête "Précar 1998" de l'Institut de l'Humanitaire ne m'ont pas permis de retrouver exactement une telle typologie, elles m'ont mis sur la voie d'autres différences dans les modes de participation à la vie des centres dont l'analyse est éclairante. Après avoir analysé la construction de ces indicateurs de l'intégration des usagers, je suggérerai en quoi ils aident à comprendre les différents rapports aux systèmes de santé des personnes en situation précaire.

### **Diverses modalités d'intégration dans les centres de soins différencient les usagers**

Plusieurs questions de l'enquête Précar permettent de différencier les usagers selon les degrés de leurs relations avec le personnel des centres de soins gratuits. Au tout début du questionnaire, d'abord, on demandait aux usagers si, depuis qu'ils fréquentaient ce centre, ils avaient l'impression que leurs relations avec le personnel avaient changé. Sur les patients venus plusieurs fois, 38% ont répondu

que leurs relations se sont améliorées, 3% qu'elles se sont dégradées, et 59% qu'elles sont restées stables.

Une autre question demandait de préciser s'il y avait, dans le centre, des personnes avec lesquelles les relations débordaient du cadre strictement professionnel. 19% des personnes ayant fréquenté l'établissement au moins deux fois ont répondu positivement à cette question et, parmi celles-ci, 9% d'entre elles avaient noué des relations avec au moins deux membres du personnel. En combinant ces différents caractères des relations des usagers avec les personnels des systèmes de soins, il a été possible de construire une échelle de *8 niveaux de relations avec le personnel* permettant de différencier de manière pertinente d'autres caractères de leurs pratiques.

Les usagers développent d'autant plus leurs relations avec le personnel qu'ils viennent fréquemment consulter le centre de santé. Première observation évidente, l'indicateur de niveau de relations que j'ai construit augmente en même temps que le nombre moyen de visites au centre de soins gratuits : dans la classe d'usagers ayant le plus de relations avec le personnel du centre, le nombre de visites est supérieur de 37% à la moyenne (cf. tableau 1).

**Tableau 1 : Niveau des relations des usagers avec le personnel des centres de soins, fréquentation des centres et appréciation de leurs services**

Niveau \\ de relations	Moyennes des variables	%	Nb. relations personnelles	Nb. de visites	Nb. appréc.- car. humain	Nb. appréc.- compétences	% hom.	âge moy.
Se dégradant, avec ou sans lien ; ou stable et sans lien		61%	0,1	8,2	5,2	3,6	69%	36
Stable avec liens ; ou s'améliorant sans liens		30%	0,1	10,9	5,7	4,0	71%	37
S'améliorant avec liens		9%	1,1	11,2	6,9	4,3	74%	38
Total		100%	0,2	9,3	5,4	3,8	71%	36,5

### **Des usages différents sont associés aux divers niveaux d'intégration dans les centres de soins**

Les appréciations positives des centres de soins gratuits augmentent avec le niveau d'intégration. Les usagers avaient à donner leur appréciation sur ces caractères de l'accueil, de la qualité des soins, de la compétence des professionnels de santé et des assistants sociaux et de plusieurs de leurs qualités humaines. Ainsi que nous pouvons le constater dans le tableau 1, plus les usagers des centres de soins gratuits ont de relations avec le personnel, plus ils apprécient positivement le centre. Les appréciations des qualités humaines du personnel augmentent en même temps que les relations avec eux (de +33%), alors que les appréciations de leurs compétences professionnelles augmentent moins (de +19%).

Nous retrouvons là une des observations d'Isabelle Parizot. Tout se passe comme si ce qui était recherché dans la plus grande fréquentation des centres de soins gratuits étaient aussi la chaleur humaine et le sentiment d'appartenir à une communauté. Un tel sentiment d'appartenance se construit dans la fréquentation régulière des centres de soins ; avec le temps, il fait passer au second plan les soins de santé par rapport aux bénéfices de la socialisation que les usagers trouvent à l'occasion de leurs passages réguliers dans les centres. Un tel phénomène peut être illustré par les déclarations d'une femme qui, lors de ses premiers contacts avec la consultation "précarité" de Saint-Antoine, prêtait plus attention aux qualités de compétence du personnel, par exemple leur "*conscience professionnelle*" plutôt que leur "*humanisme*", caractère qu'elle percevait pourtant chez d'autres médecins. Pourtant, deux mois après, elle précisait : "*Je ne connaissais pas... Maintenant, je vois que l'accueil est formidable. Ils sont tous gentils, magnifiques !*" (cf. citations de Isabelle Parizot in Chauvin et alii, 1999).

Les relations avec les personnels des centres de santé sont moins fréquentes chez les étrangers sans papiers et chez les SDF de longue durée. Par rapport aux usagers de nationalité française, qui sont 59% dans le niveau de relation minimum, les étrangers dont la situation administrative n'est pas régulière ont moins de relations avec le personnel des centres : ils sont 65% au niveau de relation minimum. En revanche, les étrangers en situation régulière sont plus insérés dans la vie des centres : ils ne sont que 55% au niveau minimum de relations. Cette hiérarchie correspond avec celle des nombres de visites rendues au centre de santé : 10,2 en moyenne pour les étrangers en règle, contre 8,9 pour les personnes françaises et 8,8 pour les étrangers en situation irrégulière. Certains entretiens nous ont montré en effet en quoi l'absence de papiers est un frein à la socialisation.

Il est de plus intéressant de constater que la capacité à être accueillie dans un centre de soins peut être perçue comme une ressource supplémentaire. C'est du moins l'hypothèse que nous pouvons formuler quand nous constatons que le nombre d'appréciations du caractère humain des centres par les étrangers est supérieur de 15% à celui des français, et un peu plus quand ils n'ont pas de papiers (+16%) que quand ils sont dans une situation régulière (+14%).

#### **4. Les rapports aux centres de soins gratuits prolongent les trajectoires des sujets**

L'enquête "Précar 1998" de l'Institut de l'Humanaire informe sur certains caractères des trajectoires familiales des personnes interrogées. Dans l'échantillon, respectivement 25%, 28% et 17% des personnes ont répondu avoir connu avant leur 18 ans un, deux, et au moins trois des 9 problèmes familiaux graves cités dans le questionnaire (conflit entre les parents ou avec eux, manque affectif, maladie grave du père ou de la mère, absence des deux parents, etc.). Nous allons examiner en quoi ces caractères contribuent à expliquer certaines particularités des relations et des attitudes des individus fréquentant les centres de soins gratuits.

#### **Le niveau des relations avec le personnel des centres de soins est influencé par le vécu de l'enfance**

J'ai constaté d'abord que les représentations difficiles de l'enfance contribuent à déterminer les relations avec les systèmes de soins. Si nous réalisons des régressions multilinéaires des niveaux de relations avec le personnel (niveaux que nous avons distingués précédemment, du nombre de liens ou du nombre d'appréciations positives), nous constatons que les problèmes affectifs vécus dans l'enfance sont les seules variables à avoir un effet significatif (non nul avec une probabilité d'erreur inférieure à 10%, quand sont pris en compte les effets de la situation par rapport au logement, à l'emploi, à la nationalité et à la couverture sociale, cf. PROC GLM de SAS). La probabilité de développer avec le personnel des relations non limitées aux soins est augmentée respectivement de +13% et de +17% quand la personne a cité un seul, ou deux seulement, des problèmes affectifs durant son enfance, par rapport au cas où elle n'en a déclaré aucun.

#### **Le sentiment de gêne à utiliser les systèmes de soins est déterminé par les problèmes de l'enfance et par le niveau de précarité**

Par ailleurs, j'ai constaté que les représentations d'une enfance à problèmes contribuent encore plus nettement à déterminer le niveau de gêne des usagers, soit à être soigné gratuitement, soit à être considéré par le personnel comme étant dans le besoin. De telles impressions de gêne sont très importantes dans la mesure où elles contribuent bien souvent à générer des réticences à consulter, et donc des retards sinon des renoncements aux soins, ce qui entraîne une aggravation des maladies.

Le sentiment de gêne à être soigné gratuitement est d'autant plus important que l'on a une position sociale relativement moins défavorisée : Lorsque nous dénombrons le nombre d'opinions exprimant "une gêne à être soigné gratuitement" ou "une gêne à faire appel à un(e) assistante social(e)", à penser que le personnel "fait sentir que je ne paye pas" ou "que je suis dans le besoin", nous constatons qu'une minorité importante des patients (45%) est concernée par au moins une de ces

impressions. Si nous régressons le nombre de ces "propensions à être gêné" par une dizaine de variables (d'âge, de sexe, de nationalité et de position administrative, de niveau de revenu, de situation à l'égard du logement, de l'emploi), nous constatons alors que les relations statistiquement significatives ne concernent que quatre variables : le fait d'avoir une vie maritale augmente la propension à ressentir de la gêne de 38% par rapport à la situation des personnes seules, être SDF depuis moins d'un an l'accroît de 55% par rapport à la situation de SDF depuis plus longtemps, et être étranger en règle l'augmente de 55% par rapport au statut d'étranger sans papier.

La liaison est différente pour les usagers disposant d'au moins une aide : leur propension à être gêné est inférieure de 43% par rapport à ceux qui ne sont pas aidés. Nous pouvons supposer que la position d'assisté est moins difficile à vivre pour ceux qui ont déjà l'expérience de cette situation dans un autre domaine. Dans le même sens, nous constatons que les personnes ayant plus de relations avec le personnel du centre sont moins enclines à être "gênées" (-34%) que celles qui sont au niveau minimum de relations.

Le sentiment de gêne à être considéré dans le besoin est d'autant plus important que l'on a déclaré plus de problèmes affectifs graves à propos de son enfance : Si nous régressons le nombre des "sentiments de gêne" avec cette variable explicative supplémentaire, nous constatons que la plupart des relations significatives sont conservées, mais avec une plus faible magnitude, et que, surtout, la propension à être gêné est augmentée de 90% si l'usager a déclaré deux problèmes affectifs graves lors de son enfance, et de 116% s'il en a déclaré trois ou plus. D'où, peut-on le supposer, des incitations bien plus importantes pour ces personnes à différer leurs consultations, sinon à y renoncer. Tout se passe ainsi comme si les personnes en situation précaire avaient d'autant plus de difficultés à entrer en relations avec le système de soins et, en particulier, avec son personnel, qu'elles avaient vécu des relations plus problématiques avec leur famille durant leur enfance.

## **5. Les trajectoires familiales des personnes impriment aussi leur marque sur leurs représentations de la maladie**

Notre analyse en population générale des relations entre les représentations de la maladie et les trajectoires familiales nous a montré que les conceptions de la maladie portent la marque du type de famille dans lequel la personne a vécu. Cette relation n'est pas sans conséquence sur le type d'usage des soins.

### **Avoir une maladie ordinaire ou une maladie destinée**

L'analyse des entretiens qualitatifs de contrôle réalisés pour la MIRE en 1990-1992 nous a permis de comprendre en quoi certaines maladies prennent leur signification dans une identification familiale : elles s'héritent et par là inscrivent l'enfant dans sa lignée. Ces "maladies" peuvent être alors vécues dans une identification positive à la lignée : il s'agit alors non pas de maladies mais bien plus de traits spécifiques distinctifs, au même titre que d'autres traits physiques. Une classification des représentations de la maladie en quatre groupes découle de la combinaison de ces divers éléments d'appréciation.

#### La maladie ordinaire

Selon Laplantine (1956), les "maladies ordinaires" sont à la fois conçues comme d'origine ontologique et exogène : *"c'est à l'intérieur de moi, quelque chose de localisé contre lequel je ne peux rien et je n'y suis pour rien"* écrit-il pour décrire ce type de souffrance. Pourtant le patient s'identifie avec la maladie dont il est porteur : il s'agit de "son cancer" ou de "son diabète" ou encore "de son palu".

La maladie ordinaire peut même permettre une identification si elle est la marque distinctive d'une appartenance familiale. Elle est alors véhiculée à travers la transmission statutaire de substance contre lequel le narrateur ne peut rien, qu'il accepte : *"le caractère nerveux"* pour madame J, ou le diabète familial pour madame N. Cette perspective permet une complète déculpabilisation du patient face à cette maladie à laquelle on ne peut échapper. Ainsi madame N parle de son diabète

"héréditaire" comme quelque chose de fatal puisque toute la famille de sa mère est diabétique. C'est d'ailleurs le seul rapprochement entre mère et fille qu'elle invoque puisqu'elle déclare avoir été abandonnée par sa mère et n'avoir jamais connu d'amour filial. S'il n'y a pas culpabilité, la personne malade pourra alors recourir au système de soins sans limitation autre que celle du temps disponible.

Cette vision de la maladie permet aussi sa dénégation. *"Problème de circulation de sang qu'on a dans la famille du côté de ma mère. C'est familial, c'est rien"* nous a dit madame C. En fait, nous trouvons ici un groupe qui se désigne comme allant bien, qui se soigne, ou qui ne se considère pas vraiment malade, quand il énonce certains symptômes : *"ce ne sont pas des maladies"* dit madame J. Le caractère exogène permet de mettre l'accent sur l'intérêt pour la malade d'avoir une attitude positive face à cet état de fait : *"le moral, c'est 80 % de la guérison"* déclare madame N.

### La maladie-destinée

Ces maladies qui transmettent un héritage prennent une valeur supplémentaire de contamination, de perturbation, de souffrance individuelle lorsqu'elle permettent l'expression de la perturbation des relations familiales : elles incarnent alors le destin personnel. Madame F, souffre ainsi de pityriasis, maladie de peau survenue nous dit-elle à la suite de diverses difficultés familiales et professionnelles. Or, son père souffre d'un psoriasis lié à son métier. *"Je me souviens, raconte-t-elle, qu'une fois j'ai balancé à mon père, ... parce qu'il a eu son psoriasis une année, un an avant moi, donc je lui ai balancé, je lui ai dit : c'est de ta faute ! C'est toi qui m'a refilé ça. Mais en plaisantant. Sinon, non [...] c'est à dire que je lui ai fait comprendre qu'étant donné que j'étais sa fille, il m'avait donné un germe qu'était mauvais, quoi, un truc de ce genre."* Madame F précise néanmoins une différence : elle définit explicitement son pityriasis comme une maladie *"juste en dessous"* du psoriasis.

Il s'agit là d'un exemple de ce que nous avons convenu d'appeler la maladie-destinée. À la fois conçue comme d'origine ontologique et endogène, c'est une entité localisée dans le corps du malade. Mais cette fois, elle engage l'identité du malade. Ces maladies sont vécues comme la conséquence de la place particulière réservée à l'enfant dans la constellation familiale. L'écart entre la norme d'égalité d'accès à l'attention parentale et le vécu de la préférence ou du rejet parental par l'enfant peut alors donner sens aux maladies qui vont l'affecter. La maladie dont il souffre devient finalement l'expression incarnée de cette place singulière qu'il occupe dans la constellation familiale. C'est par exemple le cas de monsieur I, le *"plus mauvais des enfants, le plus grincheux"*, celui qui est *"rejeté et indésiré"* et de plus, marqué dès sa venue au monde par des problèmes de santé qu'il est seul à devoir porter comme une marque de naissance face à ces frères tous *"costauds"*. Dans d'autres cas, comme celui de monsieur A, nous trouvons à l'origine de ses troubles de santé ses tentatives toujours vouées à l'échec pour susciter un amour parental défaillant en se conformant à des valeurs familiales dont il se sait pourtant exclu. C'est une réalité souvent handicapante et irréversible : malformation, handicap, ou encore maladie chronique telle les rhumatismes, l'hypertension ou encore l'immuno-dépression, laquelle fragilise l'individu face à tous les germes et virus qui l'environnent.

L'attitude du malade est ici celle d'une victime, victime de l'intrusion dans son corps d'un objet étranger. Mais cette intrusion fait aussi partie de lui. Sa réaction sera alors souvent de tenter d'approprier le mal, car seule l'atténuation de la souffrance est possible, pas la guérison. Il lui faut essayer de "vivre avec", de composer, avant de finalement en mourir. Son attitude à l'égard des soins est dans ces cas plus empreinte de fatalisme et beaucoup moins active que celles des "malades ordinaires". Nous retrouvons fréquemment de telles attitudes chez les personnes qui s'estiment condamnées par le sort à des situations précaires dont ils s'estiment incapables de sortir. Tout semble les accabler et l'absence de tout choix possible face à un destin dans lequel elles se sentent enfermées les incite à différer des soins, voire à y renoncer.

### **Être malade du fait d'un événement ou en raison d'une sanction**

Dans d'autres modes d'expression de la souffrance, les patients présentent la maladie comme un état : "on est malade". Cette conception énergétique de la santé et de la maladie vue comme une déficience ne permet pas de disculpation complète de l'individu puisque son être se trouve affecté

par l'état dans lequel il est engagé. Il s'estime responsable de son état de santé. Il tombe ou est rendu malade. Dans cette conception, l'état de malade est le révélateur de la fragilité de la personne. Mais, quand la causalité est exogène, elle permet un certain retrait de responsabilité. L'agent causal, qu'il s'agisse d'une contamination extérieure ou de ses conditions de vie, est conçu comme extérieur au sujet lui-même : il le subit et y réagit. Il est rendu malade par un événement traumatique qui lui est extérieur. En revanche, quand la causalité est endogène, une caractéristique de la personne est considérée comme étant à l'origine de ses maux : son caractère, son comportement, son mode de vie. La culpabilité ne peut être atténuée qu'en évoquant une cause ultime : la genèse de la personne. La fragilité particulière de l'individu peut alors être invoquée comme cause de ses maux, mais elle peut aussi être considérée comme la conséquence d'un environnement déficient : l'incapacité relationnelle des parents, le manque d'amour, le manque d'intérêt pour l'enfant, etc. Nous avons appelé maladie-sanction ce type de conception de la maladie qui exprime toujours une culpabilité du malade.

#### La maladie-événement : le problème

La maladie-événement est conçue comme étant relationnelle et exogène : le narrateur se met en scène en tant que victime innocente d'une agression extérieure, qu'il s'agisse d'une contamination extérieure, ou encore d'événements traumatiques, de conditions de vie ou de travail qui ont fini par l'affaiblir et le "rendre malade". La guérison est tributaire d'une possibilité de transformation des conditions de vie, ou encore d'un traitement médical bien mené, d'une identification des causes de la maladie. C'est une vision de la maladie qui met en avant son caractère accidentel et temporaire. Ce sont des "pépins de santé", des "problèmes" mais le malade a réussi à préserver son être et il conserve toutes les chances de se sortir de ce mauvais pas. Ainsi madame M nous explique que l'effort qu'elle doit fournir pour rendre "normalement" visite à Noël à sa mère provoque chez elle des troubles "psychosomatiques [...] tellement cela l'agace de devoir parler". Ce qui la rend malade est son propre effort pour entretenir des relations sociales "normales", ce qu'elle estime nécessaire pour l'équilibre de ses propres enfants. Mais la cause n'est pas en elle-même, elle réside plus dans le "caractère" insupportable de sa mère qu'elle pense être jalouse de son propre bien-être. Elle estime par ailleurs être en bonne santé, malgré des symptômes de troubles digestifs, de migraine et d'hypertension, qu'elle attribue à une certaine nervosité provoquée notamment par les problèmes de santé de sa fille. Elle se soigne donc, fait des analyses, des radiographies et tout ce qui lui semble nécessaire pour finalement ne pas en souffrir.

#### La maladie sanction : le manque, le vide.

Monsieur B trouve une signification à sa maladie en la considérant comme une des conséquences sur son développement de l'incapacité de ses parents à l'aimer. Le manque d'affection, la solitude le désintérêt parental dont a souffert monsieur B se sont traduits, nous a-t-il dit, par un défaut de motivation, par une propension à "laisser tomber" dès que surgit une difficulté, et également par le manque d'attention qu'il accorde à son hygiène, aux soins du corps et, plus généralement, à sa santé. Nous pouvons voir là l'illustration de ce que nous avons convenu d'appeler une maladie-sanction : elle est à la fois conçue comme relationnelle, car mettant en avant une conception énergétique des déficiences, accidents et pépins de santé inhérents à la personne et comme endogène, liée à la difficulté d'être et aux comportements de la personne qui en est atteinte.

Elle est l'expression d'une sanction contre des comportements qui mettent en péril l'équilibre, la santé de la personne qui, alors "tombe malade". Le malade est alors désigné comme le responsable, malgré tout, de son état de santé. Quand elle est ressentie comme le résultat d'une enfance perturbée, d'un manque relationnel, elle est le signe d'une caractéristique individuelle de la personne. Quand elle a pour origine un événement familial ou personnel désigné par le narrateur comme déclenchant, la mort d'un proche par exemple ou une difficulté professionnelle ou encore familiale, cet événement se trouve être le révélateur, d'une déficience, d'une fragilité de la personne : c'est "*la goutte d'eau qui a fait déborder le vase ou encore fait péter les plombs*" nous dit monsieur B. Son vocabulaire est celui du manque, manque de force, d'intérêt pour la vie, de calcium, d'anticorps, ou de dépression chronique qui singularise l'individu. Se soigner, dans un tel cas, n'a guère de sens pour

l'individu. Pourquoi s'intéresserait-il à son corps, semble-t-il nous expliquer, quand personne ne s'intéresse ou ne s'est intéressé à lui.

Si nous combinons les deux dimensions du vécu et de l'origine de la maladie présentes dans les récits, nous aboutissons au tableau 2 qui met en correspondance les quatre représentations de la genèse de la maladie que nous venons de caractériser.

**Tableau 2 : Schéma des logiques de représentation de l'origine et du vécu des maladies**

Origine \ définition	ÊTRE MALADE	AVOIR UNE MALADIE
	MALADIE RELATIONNELLE	MALADIE ONTOLOGIQUE
ORIGINE ENDOGÈNE	Maladie sanction Liée à des difficultés d'être et à des comportements dont on est en partie responsable. Propension à culpabiliser les soins et à prendre sur soi.	Maladie destinée Localisée dans le corps et conséquence de la place particulière réservée à l'enfant. Fatalisme à l'égard des soins et des interventions des soignants.
ORIGINE EXOGÈNE	Maladie événement <i>"Pépin de santé"</i> accidentel et <i>"problème"</i> temporaire fonction d'événements traumatiques, de conditions de vie ou de travail. Recours pragmatique aux systèmes de soins.	Maladie ordinaire Quelque chose de localisé à l'intérieur de soi, pour lequel on n'est pour rien et contre lequel on ne peut rien. Pragmatisme à l'égard des systèmes de soins.

Les entretiens que nous avons menés montrent en quoi les rapports construits durant l'enfance contribuent à générer telle ou telle de ces quatre représentations de la maladie et, de ce fait, conditionnent l'adoption des représentations des rapports aux soins correspondants. De même, nous pouvons faire l'hypothèse que les trajectoires familiales vécues par les personnes en situation précaire contribuent à déterminer leur vision des pathologies et aussi leur rapport aux systèmes de soins. De telles relations permettraient de rendre compte des relations précédemment mises en évidence entre niveau des relations, sentiment de gêne et importance des problèmes vécus comme difficiles durant leur enfance. Afin d'explorer la réalité de ces liaisons hypothétiques, nous sommes, au moment de la rédaction de cette communication, en train de recueillir des entretiens d'autres patients fréquentant des centres de soins gratuits. Ainsi nous espérons pouvoir relever les mots à travers lesquels les personnes mettent en relation leurs vécus de la maladie, leurs rapports aux soins et les logiques de recours au système de santé qui organisent leurs pratiques.

### Références bibliographiques citées

- Black B., Bruce M.E. (1998), « Treating tuberculosis: the essential rôle of social work », *Social Work Health Care*, Detroit, USA, n° 26(3) : 51-68.
- Chauvin, P., Parizot, I., Menahem, G., Guiget, M., Pech, N., Lebas, J. (1999), *Précar : trajectoires de précarité, états de santé et accès aux soins, Rapport Final à l'Inter Commission n°6 de l'INSERM*, Institut de l'Humanitaire, Paris.  
  
Cong H.Q., Lecomte T., Mizrahi An, Mizrahi Ar, Luciolli E., Rauna P., Dupas P., Jacob A. (1992), *Recours aux soins et morbidité des défavorisés 1988 - 1989 - 1990 : l'expérience de 6 centres associatifs de soins gratuits*, C.R.E.D.E.S.
- Lecomte T., Mizrahi An., Mizrahi Ar. (1998), « Démographie et Groupes Vulnérables ». In *Encyclopédie Médico-Chirurgicale*, Editions Elsevier, pp. 1-4.
- Laplantine, F. (1956), *Anthropologie de la maladie*, Éditions Payot.
- Menahem, G., Bantman, P., Martin, S. (1994), "Événements de la jeunesse, trajectoires de vie et troubles de l'existence à l'âge adulte", in *Trajectoires sociales et inégalités*, sous la direction de Bouchayer F., Éditions Erès, Toulouse, pp.63-90.