

Septembre 2001

Dynamiques de précarisation, modes d'adaptation identitaire et interactions avec les logiques de santé

Marc COLLET

*Avec les collaborations de Georges MENAHEM et Hervé
PICARD*

Mémoire de DEA de sociologie « Modes De Vie et Politiques Sociales » de Paris 8

Suivi par Jean-François Laé

L'auteur remercie

- L'ensemble de l'équipe du C.R.E.D.E.S. pour m'avoir donné la possibilité de réaliser ce mémoire dans des conditions optimales, et en particulier Valérie Paris, Georges Menahem et Hervé Picard pour les passionnantes discussions sur le sujet, les stimulants échanges d'idées et les travaux menés en commun.
- Jean-François Laé pour sa disponibilité et ses judicieux conseils.
- Dominique Merllié et Michel Joubert pour leurs remarques et l'intérêt porté à cette recherche.
- Et dans le désordre, Cécile, Jean-Baptiste, Julien, Thomas & Thomas, Martine et tant d'autres encore, tout autant pour leur soutien que pour le temps consacré à relire et rendre plus lisible ce mémoire.

Avertissement

Ce mémoire a été rédigé par Marc Collet au terme d'un travail de plus de deux ans. Il exprime les opinions de son auteur et ses contributions originales et s'appuie sur l'exploitation approfondie de deux matériaux d'enquête réunis par le CREDES entre 1999 et 2001.

L'opération collective de recherche ayant abouti à la constitution de ces données et à leur exploitation a mobilisé les capacités de nombreuses personnes, d'abord celles des 590 patients interviewés et les contributions des agents et praticiens des 80 centres de soins gratuits dans lesquels ils ont été interrogés, mais aussi celles de plus d'une quinzaine de chercheurs.

L'enquête statistique a été préparée par une équipe de chercheurs et de médecins du CREDES comprenant au départ Thérèse Lecomte, Philippe Le Fur, Georges Menahem, Valérie Paris, Hervé Picard et Marie-Jo Sourty Le Guellec. Sa réalisation a été mise en oeuvre par Catherine Banchereau et Martine Broïdo. Sa mise en forme a été assurée pour l'essentiel par Marc Collet sous le contrôle de Georges Menahem et Hervé Picard. Son exploitation enfin s'est appuyé sur les ressources informatiques du CREDES et sur les contributions de Marc Collet, Georges Menahem et Hervé Picard. Elle a donné lieu à plusieurs publications du CREDES et au mémoire de DEA de présenté ici.

L'enquête qualitative a permis la réalisation d'interviews sur les histoires individuelles des rapports à la santé et aux soins recueillies auprès d'une quarantaine de consultants dans dix centres de soins gratuits. Les entretiens ont été préparés et réalisés avec le concours de 5 sociologues ou anthropologues n'appartenant pas au CREDES : Julien Damon , Bénédicte Kail, Anne Bénédicte de Montaigne, Françoise Nory-Guilloux et Isabelle Parizot.

Le CREDES n'est pas responsable des calculs, résultats et interprétations contenus dans ce mémoire, qui reflète les choix méthodologiques et l'opinion de son auteur.

Table des matières

<i>Table des matières</i>	6
---------------------------	---

<i>Introduction</i>	13
---------------------	----

<i>Problématique de recherche et méthodologie</i>	20
---	----

Partie I. : La problématique de recherche	211
--	------------

A. Cadre d'étude	211
------------------	-----

1. L'étude « Précarité, précarisation et logiques de recours aux soins »	21
--	----

2. Participation à l'enquête du CREDES	222
--	-----

3. Mémoire de DEA, relations et accords avec le CREDES	233
--	-----

B. Etat de la question	24
------------------------	----

1. L'offre de soins aux personnes démunies	244
--	-----

2. La morbidité et les comportements médicaux des « précaires »	255
---	-----

3. Analyses explicatives des logiques de recours aux soins	266
--	-----

4. Des analyses plus globales	277
-------------------------------	-----

C. Axes de recherche et hypothèses de travail	28
---	----

1. La précarité comme un processus polymorphe (1)	29
---	----

2. L'état de santé des personnes démunies (2)	3030
---	------

3. La spécificité des logiques de recours aux soins des personnes en situation de précarité (3)	30
---	----

4. La genèse des logiques de recours aux soins (4)	31
--	----

Partie II. : Méthodologie d'enquête	33
--	-----------

A. La population cible : enjeux et intérêts.	33
--	----

1. Deux types d'approche	33
--------------------------	----

2. Une enquête ciblée sur les patients de centres de soins gratuits	33
---	----

B. Constitution de la base des centres	344
--	-----

1. Un inventaire réactualisé des centres situés dans le champ d'étude	344
---	-----

2. Le taux de participation des centres et les difficultés rencontrées	366
--	-----

C. La base <i>Précalog</i>	377
----------------------------	-----

1. Un questionnaire en deux volets	377
------------------------------------	-----

2. Caractéristiques des 80 centres d'accueil	38
--	----

3. La qualité des questionnaires	39
----------------------------------	----

3.1. Un questionnaire de taille variable	39
--	----

3.2. L'indicateur de qualité : le taux ou degré de complétude	39
---	----

3.3. Approche des déterminants de la non réponse	40
--	----

4. Des bases de comparaison à disposition	41
---	----

D. Les entretiens réalisés	42
----------------------------	----

1. Conditions de passation des entretiens	42
---	----

2. Le guide d'entretien (<i>annexe 3</i>)	43
---	----

3. Lieux de passation et caractéristiques sociodémographiques des sujets	43
--	----

4. Analyse de contenu des entretiens	44
--------------------------------------	----

Des situations, expériences et degrés de précarité très hétérogènes

47

Partie I. : Profil des patients des centres de soins pour démunis	50
A. Critères objectifs descriptifs : caractéristiques socio-démographiques	51
1. Une population jeune et masculine	51
2. Une forte représentation des étrangers	53
2.1. Régions d'origine des étrangers	53
2.2. Comparaison des structures par âge et sexe des français et des étrangers	54
2.3. Dates d'immigration en France	54
3. Une vie de famille restreinte	55
3.1. Des situations de rupture conjugale et de dénuement affectif	55
3.2. Situation familiale et autres variables socio-démographiques	56
3.3. Relation sentimentale importante et sentiment d'isolement	57
B. Critère subjectif descriptif : une enfance jugée difficile	58
1. Cadre d'analyse et choix interprétatifs	58
2. Les réserves émises quant à la subjectivité des problèmes dans l'enfance	59
2.1. Réserves méthodologiques	59
2.2. Réserves interprétatives	59
3. Importance des problèmes dans l'enfance	61
4. Inégalités des déclarations selon les caractéristiques sociodémographiques	62
4.1. Classe d'âge et sexe	62
4.2. La nationalité	63
4.3. Les facteurs explicatifs de ces différences ?	64
5. Des problèmes liés entre eux	65
C. Les conditions de vie : des déficiences multiples	66
1. Ici, point de travail	66
2. Catégories socioprofessionnelles inférieures et degré de scolarisation limité	68
3. Une grande pauvreté	70
4. Des situations de logement instables	71
5. Des droits inaccessibles ou incarnés	72
5.1. Situation administrative des étrangers	72
5.2. Protection sociale	72
Partie II. : Approche multidimensionnelle de la précarité	74
A. Méthodologie	74
1. Fondement des variables explicatives : des dimensions hétérogènes pour décrire des situations différenciées	74
1.1. Les six dimensions	74
1.2. Indicateurs de précarité pour les dimensions retenues	75
2. Les méthodes statistiques utilisées	77
2.1. Analyses des correspondances multiples	77
2.2. Classification ascendante hiérarchique	78
2.3. Travail a posteriori sur les groupes de précarité	79
B. Hétérogénéité des expériences, types et niveaux de précarité	80
1. Facteurs et mécanismes de précarité	80
1.1. Analyse des correspondances multiples pour les 306 français	80

1.2. Analyse des correspondances multiples pour les 259 étrangers	83
1.3. Synthèse des analyses de données	86
2. Typologie mêlant hétérogénéité des expériences et des niveaux de précarité	88
2.1. La phase de précarité limitée	90
2.2. La phase de fragilisation	91
2.3. La phase d'habitude	92
2.4. La sédentarisation	94

Processus de précarisation et adaptations identitaires⁹⁷

Partie I. : Continuum de situations et processus polymorphes	101
A. Des liens multiformes	101
1. Précarité professionnelle et économique	101
1.1. Emploi à bas revenus	101
1.2. Chômage et inactivité	102
1.3. Une voie médiane très développée	103
2. Précarité du logement et déficiences économique-professionnelles	105
2.1. Des difficultés économiques et des femmes	106
2.2. Le cas des « sans papiers »	106
2.3. Prises en charges institutionnelles	107
2.4. Variabilité des conditions de logement	108
2.5. Instabilité du logement et précarité matérielle	108
3. Précarité matérielle et précarité affective	109
3.1. Séparation conjugale : des conséquences multiples	110
3.2. Rôle stabilisateur de la responsabilité familiale	110
3.3. Des « déserts sentimentaux »...	111
3.4. ...au repli social	111
4. Les barrières administratives	112
B. Des processus différenciés	113
1. Un cadre de précarisation mais des processus différenciés	113
2. Parcours par étapes, descente continue ou instabilité transversale ?	114
3. Réversibilité des processus	114
Partie II. : Des processus mettant en jeu l'identité des individus	115
A. Interactions entre problèmes identitaires et précarisation	116
1. Le poids de l'enfance: facteur d'instabilité ou expression de la détresse?	116
2. Vulnérabilité psychologique : détresse psychique plus que pathologies lourdes	119
3. Comportements à risques et conduites « addictives »	122
3.1. Le rapport socio-médical à l'alcool	122
3.2. Interprétation des résultats et réserves	127
3.3. Une consommation tabagique intense	130
3.4. Les accidents graves: une approche de la prise de risques	132
4. Identité, dévalorisation de soi et comportements à risque	134
4.1. Quête de l'origine et identité	134
4.2. Santé dégradée et altération de l'image de soi	135
4.3. Prises de risque et dévalorisation de soi, une dynamique interactive	136
B. Trajectoires	138
1. Ici, ni référence, ni perspective de travail	138
1.1. Quatre individus qui n'ont encore que peu éprouvé le marché de l'emploi	139

1.2. Les individus qui s'inscrivent dans un parcours professionnel continu	140
1.3. Deux individus pour lesquels l'obtention d'un emploi est une nécessité pour assurer des conditions décentes à leurs proches	142
2. Eloignement du marché du travail	143
2.1. Des personnes qui font entre elles peu état de leur passé	144
2.2. Dans les récits, nous découvrons avant tout un public socialement très éloigné du travail	145
3. Réévaluation des besoins, modification des priorités et « marquage institutionnel »	146
3.1. Dégradation des besoins et réévaluation des priorités	146
3.2. Influence diffuse des institutions	147
C. Substitution du fardeau familial et du corps malade au récit du travail perdu	150
1. Mise en scène des récits	150
1.1. La contextualisation du récit	150
1.2. L'inscription de la biographie dans le temps	151
1.3. L'implication affective ou sens aux mobilisations des individus	152
2. Une histoire familiale centrale	153
2.1. L'enfance fautive	153
2.2. Les ruptures conjugales : entre facteur de fragilisation économique et dérives « addictives »	155
2.3. L'immigration : éloignement fragilisant, sentiment d'injustice et lutte pour ses droits	155
3. La santé : support de la douleur et réceptacle des expériences de précarité	157
3.1. Relativisation et déni des liens entre santé et précarité	157
3.2. Douleur physique et psychique concomitante	157
4. « En souffrant, j'ai appris à vivre »	158
4.1. Le déni d'une identité fondée sur le manque	158
4.2. Abnégation, refus de se plaindre et résistance à la douleur comme valeurs constitutives de l'identité et sens à l'existence	159

Rapport au corps aux soins et à la santé **161**

Partie I. : Les motifs de recours aux soins **164**

A) L'activité des centres de soins gratuits pour personnes en situation de précarité	165
1. Les motifs de recours aux soins des patients précaires	165
2. Des différences nettes par rapport aux motifs de recours en médecine libérale	166
3. Adaptation de l'offre de soins aux besoins des patients	171
B) Comparaison standardisée des motifs de recours aux soins précaires versus non précaires	174
1. Standardiser pour comparer les motifs de recours individuels	174
2. Etude comparée des motifs de recours « précaires » versus population générale	175
2.1. Marginalité des visites de prévention	175
2.2. Sur-représentation des troubles somatiques et toxicomaniaques	175
2.3. Problèmes ophtalmologiques et dermatologiques	176
2.4. Sur-représentation des troubles d'origine relationnelle	177
2.5. Importance de la motricité et de la mobilité physique	177
2.6. Une médecine à deuxième vitesse ?	178

Partie II. : Rapport aux soins et à la maladie **180**

A) Logiques de gestion du corps et de la maladie	181
1. Les logiques de gestion de la maladie	181
1.1. Gestion de la maladie et rapport utilitariste au corps	181
1.2. Impuissance à prendre en charge une maladie angoissante	181
1.3. Psychosomatisme et abattement face à la maladie	182
2. Rapport général au corps	182
2.1. Le corps : expression de la détresse ou réceptacle d'expériences	182
2.2. Résistance à la douleur et moindre écoute du corps	183
B) Les rapports aux soins des précaires	184
1. Modes de réactions à un épisode douloureux	184
1.1. Approche et premiers résultats	184
1.2. Les logiques de réactions à un épisode douloureux	185
1.3. Des modes de réactions différenciés selon le type de douleur	186
2. Observance des prescriptions et propension à l'automédication	189
2.1. Déterminants économiques de l'observance des prescriptions	189
2.2. Déterminants individuels et culturels de l'observance des prescriptions	190
2.3. Automédication	191
C) Rapport aux structures médico-sociales	191
1. Logiques de confiance, méfiance ou défiance à l'égard des soignants	191
1.1. Peur et méfiance à l'égard du médecin comme expression d'une asymétrie d'informations	191
1.2. Méfiance ou défiance liée aux expériences de santé	192
2. Prise en charge, demande affective et sentiment de dévalorisation	194
2.1. Rapport aux personnels soignants	194
2.2. Non-choix et stigmatisation des conditions de vie	195

Partie III. : Les logiques de recours aux soins et leurs déterminants **197**

A) Les logiques de recours aux soins	198
1. Objectifs et méthodologie	198
1.1. Une vision globale des rapports aux soins	198
1.2. Une information multiforme, inégale et hybride	198
1.3. Méthodologie	200
1.4. Restreindre la population pour mieux cerner les logiques	202
2. Logiques d'adhésion, de résistance et de refus des soins	203
2.1. Typologie des rapports combinés aux différentes dimensions des soins	203
2.2. Trois idéal-types et cinq logiques globales de recours aux soins	205
2.3. Pistes interprétatives des logiques de recours aux soins	209
B) Les déterminants des logiques de recours aux soins	211
1. Caractérisation des logiques de recours aux soins	211
1.1. Logiques de recours aux soins et caractéristiques sociodémographiques	211
1.2. Logiques de recours aux soins et expériences de précarité	211
2. Déterminants des logiques de recours aux soins	214
2.1. Méthodologie : recherche des déterminants et de leur poids relatif	214
2.2. Résultats des régressions	215
2.3. Synthèse des résultats	219

Conclusion **221**

Proposition de thèse _____ 225

BIBLIOGRAPHIE _____ 238

Introduction

Introduction

La mise en place de la Couverture Maladie Universelle (CMU) remet, plus que jamais, la question de l'état de santé et les comportements de soins des personnes en situation de précarité au cœur des débats. Dans l'optique d'une évaluation des dispositifs sociaux visant à une meilleure concordance entre les besoins et les ressources mises à disposition des publics les plus défavorisés, les travaux portant sur le thème des inégalités de santé et d'accès aux soins se sont multipliés.

Un premier type d'études, de nature épidémiologique ou quantitative, s'attache à décrire les caractéristiques sociales et la morbidité des personnes en situation de précarité. De telles enquêtes sont menées au sein d'organismes de prise en charge médicale des populations défavorisées (Médecins Du Monde,...) ou encore par des institutions auxquelles l'accès présume de déficiences sociales (Centres d'Hébergement et de Réinsertion Sociale, foyers SONACOTRA, bénéficiaires du RMI...). Ces études affichent un double objectif : d'une part, décrire la spécificité de l'état de santé et des pathologies présentées par les personnes fréquentant ces dispositifs et, d'autre part, analyser leur mode de prise en charge face à des troubles de santé (retard ou renoncement à des soins, respect des prescriptions, comportements d'automédication...). Elles visent à l'élaboration de liens statistiques entre les différents déterminants de la santé et les conditions de vie.

Un deuxième type d'approche, plus sociologique, se réfère davantage à des analyses qualitatives visant à analyser les comportements et réactions des personnes en situation de précarité face à la maladie. De tels travaux ont pour but d'articuler le rapport à la santé – rapports au corps, aux risques, aux conduites addictives, à la maladie et à la douleur ou encore représentations et relations entretenues avec les organismes socio-médicaux – aux bouleversements identitaires qui affectent les individus confrontés à des situations sociales profondément dégradées.

Le CREDES, en réponse à un appel d'offre lancé en 1998 par l'INSERM, a souhaité relier ces deux modes spécifiques d'analyse dans sa recherche afin de mieux comprendre les liens complexes qui peuvent exister entre les situations de précarité, les troubles de santé et la genèse des logiques de recours aux soins. Afin d'explorer cette problématique, l'équipe de recherche a donc choisi de combiner une approche statistique fondée sur l'administration à 590 individus d'un riche questionnaire et une approche qualitative reposant sur le recueil de 24 récits de vie centrés sur le thème de la précarité et de la santé. Le premier problème méthodologique qui s'est posé a été de délimiter une population présentant des conditions de vie fragilisées et sur laquelle on puisse disposer d'informations afin d'approfondir la dimension de la santé. En effet, la statistique classique a souvent du mal à cerner les

populations en situation de précarité : ces populations, beaucoup plus que d'autres, échappent à des enquêtes générales qui ont pour objet la description des structures de l'ensemble de la société et de leur évolution¹. Pour tester ses hypothèses, le CREDES a choisi de mener son enquête (qualitative et quantitative) auprès de personnes venues consulter dans les centres de soins gratuits. De cette manière, nous rencontrons un public dont le recours à des structures stigmatisées témoigne de déficiences – économiques, administratives... – en se gardant bien d'appliquer un critère unique et arbitraire de « *précarité* ».

L'objet du **chapitre 1** de ce mémoire sera donc double. D'une part, il s'agira, après avoir dressé un bref état des lieux de l'avancée actuelle des recherches sur le thème de la santé et de la précarité, de détailler la problématique de recherche. Elle privilégie une approche interactive entre des dynamiques de précarisation, des modes d'adaptations identitaires aux difficultés et des logiques de rapport au corps, aux soins et à la santé très différenciés. D'autre part, je décrirai et comparerai avec d'autres études d'envergure les intérêts et limites de la méthodologie et des outils construits par le CREDES ; outils dont j'ai pu jouir de manière indépendante afin de présenter une nouvelle validation d'hypothèses déjà énoncées et d'explorer de nouvelles pistes de recherches.

Béatrice Appay constate un changement de paradigme des travaux menés sur la précarité, dans le sens où la recherche s'est orientée, ces dernières années, vers l'étude des processus économiques et de leurs implications sociales (i.e. *les causes et mécanismes du processus de précarisation*) plutôt que vers la caractérisation des populations démunies (i.e. *les conséquences de la précarité*)². Une telle démarche – à la fois louable dans le sens où elle s'oriente vers des politiques de prévention et dangereuse car elle s'éloigne des modes d'action et de prise en charge des personnes déjà touchées par des dégradations existentielles – me semble erronée pour deux principales raisons. Elle repose sur une conception de la précarisation en termes de liens de causalité univoques et de mécanismes exogènes. S'il existe indéniablement des « *trajectoires types de dégradation sociale* », elles se déclinent suivant une multitude de modalités et sont fortement liées aux modes et ressources individuels d'adaptation et d'acceptation de cette disqualification. D'autre part, cette approche tend à considérer, à tort, le phénomène de précarité comme relevant d'une dynamique interne et donc indépendante de la biographie **globale** des individus et des modes de reconstruction de leurs difficultés actuelles.

La compréhension des phénomènes de précarisation ne peut être cohérente que si elle prend *simultanément* en compte l'analyse des caractéristiques individuelles – existe-t-il des constantes dans la structure sociodémographique de la population touchée, dans les trajectoires, les difficultés, les comportements, les modes de mobilisation des ressources...? –

¹ *Pauvreté, précarité, exclusion*, 1998, Rapport du CNIS (Conseil National de l'Information Statistique) rendu à l'INSEE.

et une approche globale et empirique – repérer des situations types, des degrés de précarité et des expériences différenciées³.

A l'instar de Claude Chasseriaux, c'est la nécessaire complémentarité de ces deux approches qui permettra de cerner « *la réalité du cumul des handicaps et la multiplicité de leur combinaison, les trajectoires de vie qui semblent inexorablement tirer ces individus vers le bas, une forme de marquage social qui confine au bannissement, des sentiments personnels dominés par l'échec et le manque de confiance, la difficulté d'inscrire des actions et des projets dans la durée, l'installation dans des processus dits de « déviance sociale » (drogue, prostitution, alcoolisme, délinquance) et l'éloignement vis à vis des valeurs du monde du travail* »⁴. C'est ce à quoi aspirent les chapitres 2 et 3 qui se complètent, en mêlant analyses quantitatives et qualitatives, et ne sauraient être dissociés l'un de l'autre.

Le **chapitre 2** permettra de rendre visible la grande hétérogénéité, masquée sous la désignation terminologique de « *précaire* », des situations et des perceptions des difficultés rencontrées par cette population. Si notre population ne prétend pas être représentative de la structure des personnes en situation défavorable, elle permet d'analyser finement la diversité des profils sociodémographiques ou encore des niveaux et des formes de déficiences auxquelles les sujets sont confrontés dans leur quotidien. Les figures rencontrées vont de l'homme à la rue sans ressources jusqu'à l'étudiante économiquement et affectivement vulnérabilisée par une soudaine rupture familiale, en passant par la mère de famille vivant en HLM seule avec ses enfants grâce aux aides institutionnelles et familiales, le sans papiers contraint à vivre de l'économie souterraine et à compter sur son réseau socioculturel pour se loger ou encore l'adulte handicapé vivant dans un appartement placé sous curatelle... L'intensité et la (les) source(s) des problèmes rencontrés varient profondément et donnent lieu à des expériences foncièrement différentes. Une analyse multidimensionnelle des conditions de vie – situation professionnelle, ressources économiques, type de logement, situation relationnelle et affective, niveau de protection sociale et régularité administrative pour les étrangers – permettra de mettre en évidence les liens qui peuvent exister entre les multiples déficiences. Une méthode statistique de classification permettra ensuite de former 15 groupes homogènes de situations auxquelles correspondent des conditions de vie, des degrés de précarité et des profils sociodémographiques nettement différenciés.

La précarité est donc bien ce *continuum* de situations allant de la « non précarité » (dans le cas de notre échantillon, de la « précarité limitée ») à la « grande précarité ». En partant d'une telle conception, personne n'est à l'abri d'une *précarisation* de ses conditions de vie. Cependant, selon les ressources initiales dont dispose l'individu, en termes d'éducation, de

² B. Appay, *Précarité, précarisation : réflexions épistémologiques*, 2001, dans « Précarisation, risque et santé », INSERM, pp. 16-27.

³ G. Lamarque, *L'exclusion*, 1998, Que sais-je ? 2^{ème} édition.

⁴ C. Chasseriaux, *La grande exclusion sociale, questions liées à l'insertion et au devenir des publics en grande difficulté sociale*, 1993, rapport au ministre des Affaires Sociales de la Santé et de la Ville, La Documentation Française.

réseau de sociabilité, de ressources affectives..., il réagira différemment à une rupture ou à un glissement professionnel, familial ou sanitaire affectant son existence. Reconsidérer les dynamiques de précarité comme des processus multidimensionnels et interactifs⁵ prenant source et sens dans un contexte plus global de trajectoire de vie sera l'objet du **chapitre 3**. L'étude des formes qui s'incarnent dans les liens entre les diverses dimensions de la précarité (principalement réalisée sur la base des entretiens) met en évidence, non pas un, mais de multiples processus évolutifs. L'analyse des biographies et des modes d'adaptation identitaire et comportementale à des conditions dégradées (dévalorisation de soi, dérives addictives, troubles psychologiques, tendance à l'auto-exclusion ou, au contraire, logique de mobilisation des ressources informelles, construction face aux difficultés...) montre clairement l'interaction entre la dégradation (ou au contraire l'amélioration) des conditions de vie et les modes de définition de soi et de reconstruction de son existence. Parmi les plus démunis, la souffrance et la résistance au mal tendent même à devenir le principal marqueur identitaire et s'exprime par un rapport très dur au corps et aux risques : « en souffrant j'ai appris à vivre ».

On comprendra alors que la santé est profondément liée à la précarité car elle met en jeu le rapport au corps, aux soins et aux institutions *via* deux types de facteurs. Les facteurs *exogènes* correspondent à une fragilisation potentielle de la santé (surexposition à certaines pathologies ou formes aggravées de certains problèmes médicaux) liée à des conditions de vie rendant plus difficiles des comportements d'hygiène ou de prévention, et des conditions économiques contraignant les individus à retarder voire à renoncer à consulter. Les facteurs *endogènes* se réfèrent davantage à une dégradation potentielle de l'état de santé *via* les comportements addictifs ou la psychosomatisation de troubles psychologiques.

Le **chapitre 4** approfondira les spécificités de la population « précaire » en matière de santé – et plus particulièrement en ce qui concerne l'écoute du corps, la gestion de la maladie et les attitudes vis à vis des soins et des structures socio-médicales. Dans un premier temps, l'analyse comparative des motifs de recours aux soins de notre sous-population par rapport à une population générale confirmera la forte sur-représentation des consultations pour des problèmes psychologiques (principalement des troubles anxio-dépressifs et des conduites addictives) et des douleurs affectant leur mobilité physique, laissant entrevoir une perception utilitariste du corps. D'autre part, les entretiens recueillis suggèrent qu'il s'agit souvent de pathologies aggravées par des comportements de retard aux soins. Sous-jacentes aux particularités des rapports au corps et des relations aux structures de soins des précaires, des logiques spécifiques de recours aux soins prennent naissance et se forment selon trois grands

⁵ C'est une telle vision qui sous-tend les concepts de « disqualification sociale » (Serge Paugam), de « désaffiliation » (Robert Castel) ou encore de « désinsertion » (Vincent de Gaulejac).

prismes interdépendants : le rapport aux soins, le rapport à soi et le rapport aux institutions médico-sociales.

Chapitre I

Problématique de recherche et méthodologie.

*Ce chapitre a été réalisé avec l'aide et l'appui méthodologique de
Georges MENAHEM et Hervé PICARD.*

Problématique de recherche et méthodologie

Partie I. : La problématique de recherche

A. Cadre d'étude

1. L'étude « Précarité, précarisation et logiques de recours aux soins »

Parmi les pays industrialisés, la France apparaît, à travers de nombreux indicateurs, comme celui où les inégalités sociales en matière de mortalité et de santé sont les plus fortes. A titre d'exemple, en France, l'espérance de vie des ouvriers à 35 ans est de 6,5 années inférieures à celle des cadres et professions libérales et, entre ces deux extrêmes, les écarts suivent la hiérarchie des catégories socioprofessionnelles⁶. De même une étude européenne a montré que la mortalité des hommes de 45 à 59 ans qui exerçaient une profession manuelle est supérieure de 71% à celle des autres travailleurs alors que cette surmortalité se cantonne dans une fourchette allant de 33 à 53% chez nos voisins européens⁷.

Lorsque l'on compare les états de santé entre chômeurs et travailleurs, les inégalités sont encore plus frappantes. Annie Mesrine, dans l'article intitulé *La surmortalité des chômeurs : un effet catalyseur du chômage ?*⁸, montre que « dans les cinq ans qui suivent l'observation du chômage, le risque annuel de décès d'un homme chômeur est, à chaque âge, environ trois fois celui d'un actif occupé du même âge » (et deux fois supérieur pour les femmes). En gommant l'effet propre des facteurs endogènes du chômage – à savoir statut matrimonial, niveau de diplôme ou encore catégorie socioprofessionnelle défavorables entraînant des inégalités dans l'accès aux soins, l'information médicale et préventive – elle tente de transiger sur le sens des inégalités économiques et des disparités de santé. Est-ce plutôt des problèmes d'invalidité ou de handicap partiel qui sont la cause du chômage (*effet de sélection*) ou bien est-ce davantage le chômage qui agit comme *catalyseur* des problèmes de santé⁹? Sans nier l'importance de *l'effet de sélection*, Annie Mesrine privilégie cette dernière thèse, voyant dans la persistance du chômage un facteur d'isolement et de dégradation de l'image surexposant les individus aux renoncements aux soins et à l'adoption de conduites addictives.

⁶ Voir en particulier l'ouvrage collectif initié par l'INSERM : Les inégalités sociales de santé, de D. Fassin, H. Granjean, M. Kaminski, T. Lang, A. Leclerc, 2000, Editions la Découverte.

⁷ J.P. Mackenbach, AE Kunst, AEJM Cavelaars, F. Groenhof, JJM Geurts, European Working Group on Socio-economic Inequalities in Health, 1997, « Socioeconomic inequalities in morbidity and mortality in western Europe : a comparative study », Editions Lancet.

⁸ A. Mesrine, *La surmortalité des chômeurs : un effet catalyseur du chômage ?*, octobre 2000, Economie et Statistiques n° 334.

⁹ Pour ce faire, A. Mesrine a calculé, à partir de modèles de durée, les risques relatifs de mortalité.

D'autres chercheurs ont approché ces inégalités par un versant plus structurel. Ainsi, Michel Grignon et Dominique Polton ont analysé les inégalités de santé en termes d'accès et de recours aux soins¹⁰. En se fondant sur les modèles économiques classiques, ils ont souligné deux vecteurs d'inégalités d'accès aux soins : d'une part, *un effet d'offre* qui correspond au fait que, anticipant une demande moindre, les médecins sont moins installés dans les quartiers pauvres; d'autre part *un effet prix* qui correspond à la variabilité de la dépense de santé restant à la charge du patient selon la couverture complémentaire dont il dispose.

Les recherches sur ce domaine manquent cependant, afin de mieux comprendre comment se perpétuent et se creusent ces inégalités de santé. C'est pourquoi, en 1998, l'intercommission n°6 de l'INSERM, *Analyse et évaluation des systèmes de soins et de prise en charge, de prévention et de protection sociale*, a souhaité susciter des recherches sur les liens entre la situation sociale et les états de santé. Cet appel d'offre visait deux principaux pans de recherches : la précarité, le processus de précarisation et la santé d'une part, les inégalités sociales en matière de santé, d'autre part. Partant de ces bases, le CREDES (Centre de Recherche d'Etudes et de Documentation en Economie de la Santé) a proposé une étude afin d'approfondir la connaissance des particularités de l'état de santé et des comportements de recours aux soins des personnes en situation de précarité. Dans ce cadre, le CREDES a constitué une équipe pluridisciplinaire : Georges Menahem (sociologue), Hervé Picard (médecin), Valérie Paris (économiste) et moi-même (en tant que statisticien).

2. Participation à l'enquête du CREDES

Durant 9 mois, allant de avril à décembre 2000¹¹, j'ai participé à cette étude placée sous la direction de Georges Menahem, chercheur au CNRS détaché au CREDES. En qualité de statisticien spécialisé en économie de la santé, mon rôle initial consistait principalement à analyser et interpréter les données quantitatives recueillies, à savoir :

- Le nettoyage de la base brute, le recodage des variables mal renseignées ou incohérentes ;
- l'évaluation de la qualité et de la fiabilité des questionnaires ;
- la création de variables synthétiques et de typologies permettant de résumer l'information ;
- enfin, et surtout, l'exploitation statistique à proprement parler, c'est-à-dire la réalisation d'analyses de données, de modélisations ou encore de comparaisons standardisées avec la population générale.

Cependant, à la « faveur » d'un retard dans le rapatriement des données, j'ai été mis à contribution dans les différentes étapes de construction et d'analyse des matériaux qualitatifs :

- Aide à l'analyse critique du guide d'entretien ;

¹⁰ M. Grignon, D. Polton, *Inégalités d'accès et de recours aux soins*, dans Mesurer les inégalités, 2000, Ministère de l'Emploi et de la Solidarité Mission Recherche - DREES, p.188-200.

¹¹ 6 mois en tant que stagiaire, prolongés par 3 mois en contrat à durée déterminée afin de parachever les travaux statistiques.

– exploitation des entretiens, avec, pour principal axe de recherche, la modélisation des rapports au corps, aux soins et aux structures de santé et leur mise en relation avec les parcours de précarisation.

A l'occasion de ces travaux, j'ai réalisé un rapport intermédiaire livrant l'intégralité des explorations, modélisations et interprétations statistiques¹² afin d'appuyer la rédaction finale du rapport « *Précarité, précarisation et santé* ». Co-écrit par G. Menahem, V. Paris, H. Picard et moi-même, il devrait être prochainement rendu à l'INSERM afin d'éclairer les précédentes études sur ce thème – en particulier le récent ouvrage *Précarisation, risque et santé* écrit par P. Chauvin, F. Facy, M. Joubert, et V. Ringa (2001, Editions INSERM, Collection questions en santé publique).

3. Mémoire de DEA, relations et accords avec le CREDES

La population étudiée et certaines pistes d'analyses poursuivies étant issues du travail que j'ai réalisé dans le cadre de cette étude, on comprendra que certains thèmes soient récurrents à ma propre recherche et à celle du CREDES.

En particulier, un certain nombre de résultats et de comparaisons statistiques avec des échantillons en population générale (état de santé, motifs de recours aux soins, réactions à un épisode douloureux...), réalisés en collaboration avec Georges Menahem et Hervé Picard, sont utilisés conjointement dans ce mémoire et dans les rapports CREDES / INSERM à venir. Cependant, si les sources de résultats sont communes, les analyses explicatives et les interprétations ici présentes n'engagent que mon opinion.

Suite à un accord passé avec la direction, le CREDES m'a autorisé à utiliser les données dont il dispose¹³. Aussi ai-je pu développer des thématiques de recherches et des approches qui me sont propres et qui s'écartent des pistes épidémiologiques actuellement poursuivies par le CREDES (état de santé général et bucco-dentaire, analyse des centres de soins gratuits...). Pour ma part, je me suis davantage concentré sur une approche globale de la précarité, des processus de précarisation, d'adaptation identitaire et comportementale afin de mieux appréhender les logiques de recours aux soins.

Cette situation d'interactivité est, *a priori*, porteuse de fruits puisque chacun d'entre nous dispose des possibilités d'explorer ses propres hypothèses et d'en discuter par la suite. C'est pourquoi l'équipe de recherche du CREDES se révèle très attentive aux résultats de ce mémoire, se laissant la possibilité d'intégrer tout ou partie de ce mémoire dans de nouveaux rapports¹⁴.

¹² M. Collet, *Précarité, précarisation et logiques de recours aux soins*, 2000, rapport de stage ENSAI.

¹³ Le protocole d'accord a été placé en **annexe 1**.

¹⁴ L'équipe de recherche « Précarité » au sein de laquelle j'ai été intégré envisage en effet la parution ultérieure de plusieurs rapports thématiques.

B. Etat de la question

Une large part des travaux conjuguant les problématiques de la santé et de la précarité porte sur quatre principaux thèmes :

- L'étude descriptive des structures d'offre de soins prioritairement destinées aux personnes en difficultés et la recherche d'une meilleure adéquation entre l'offre et la demande de santé ;
- l'analyse épidémiologique de l'état de santé des personnes en situation de précarité et la comparaison par rapport à la population générale ;
- la recherche des déterminants caractéristiques de leur état de santé et de la manière de se comporter face à l'occurrence d'un problème de santé (ce que nous désignerons par la suite comme les *logiques de recours aux soins*).
- les analyses plus générales sur le processus de précarisation et leurs implications en termes de santé, de rapport au corps et aux risques ou encore de relations aux structures médico-sociales.

1. L'offre de soins aux personnes démunies

L'approche des comportements de santé par l'offre de soins a fait l'objet de nombreuses études en France comme à l'étranger, la plupart dénonçant un accès médiocre à l'assurance-maladie et des « zones de non-prise médico-sociale ». Au-delà de ces recherches portant sur les droits fondamentaux, certaines études ont eu pour objectif de mieux connaître les circuits de soins utilisés par les démunis et d'évaluer les contributions spécifiques de centres très divers (en termes de taille, de spécialisation, de statut juridique...) ¹⁵. B. Ménoret-Calles a ainsi souligné les carences en matière de prévention et de suivi médical qui exposent les individus en difficultés financières à des problèmes graves de santé (car parvenus à un stade plus aigu) ¹⁶. De même, le professeur Geneviève Barrier a montré l'ampleur des recours tardifs aux services d'urgence des populations les plus démunies alors qu'elles auraient pu être prises en charge plus tôt en soins ambulatoires ¹⁷ tandis que Jacques Lebas déplorait une mauvaise prise en charge (psychologique et administrative) de ces individus par le secteur hospitalier ¹⁸. De là, plusieurs articles se sont interrogés sur l'adéquation entre l'offre de soins et la demande

¹⁵ Voir, par exemple, *Lieux de soins pour les démunis* de M.J. Sourty Le Guellec et V. Paris, dans « Bulletin de l'Académie Nationale de Médecine », Santé et Pauvreté, 1997, volume n° 181, p. 13 à 22.

¹⁶ B. Ménoret-Calles, *L'accès aux soins des personnes démunies*, 1997, Editions L'harmattan.

¹⁷ G. Barrier, *La prise en charge effective des urgences médicales*, 1994, Rapport rendu au Premier Ministre sur la prise en charge préhospitalière des urgences.

¹⁸ J. Lebas, *Accueil des malades démunis à l'Assistance Publique – Hôpitaux de Paris*, 1994, Rapport à la Commission.

des personnes défavorisées¹⁹ en vue de restructurer les services en fonction des besoins et des entraves observés.

2. La morbidité et les comportements médicaux des « précaires »

Depuis quelques années, la santé est au centre des débats sur l'exclusion. Elle est abordée sous trois principales dimensions :

- *L'état de santé général des individus et la surexposition à certains types de pathologies.*

Les travaux récents insistent sur deux points : d'une part, ce ne sont pas tant des pathologies spécifiques que des pathologies aggravées qui affectent ces personnes et, d'autre part, la prévalence des maladies respiratoires, des problèmes bucco-dentaires et des affections psychologiques est particulièrement forte – par exemple, cf. P. Chauvin et J. Lebas, *Précarité et santé*, 1998, aux éditions Flammarion ou encore T. Lecomte, An. Mizrahi, Ar. Mizrahi avec J.M. Firdion et M. Marpsat de l'INED, *Vie et santé des personnes sans domicile, à Paris : enquête INED 1995*, 1998, CREDES.

Bien que l'on ait constaté une résurgence de maladies que l'on croyait éradiquées (tuberculose, saturnisme...)²⁰, les pathologies rencontrées chez les sans-domicile, qui sont la frange la plus extrême de la population précaire, restent donc superposables aux pathologies rencontrées dans la population générale²¹. Néanmoins, elles sont aggravées par ce que les auteurs désignent comme un « décor pathologique » spécifique : les addictions alcoolique, tabagique et toxicomaniaque, la malnutrition, l'absence d'hygiène, le manque de sommeil, la surexposition aux agressions...

- *Des études plus approfondies sur les pathologies sur-représentées.*

Elles sont principalement axées sur l'analyse de l'état psycho-pathologique des personnes en situation de précarité²², sur les comportements addictifs (alcool et psychotropes)²³ et l'exposition aux « nouvelles épidémies » (principalement le VIH et le VHC). Plus marginaux

¹⁹ Cf., par exemple, *L'hôpital et les exclus*, Groupe de travail UHSO, 1994; dans la Revue Hospitalière de France, n°6, p. 524-543.

²⁰ D. Farge, Z. Marjanovic, Y. Poinson, « Maladies infectieuses liées à la pauvreté », 1997 dans D. Farge, D. Jourdain-Meningier, *L'hôpital public : le retour à l'Hôtel Dieu*, Editions Hermès, pp. 99-122.

²¹ Par exemple, P. Declerck, P. Duprat, O. Gaslonde, J. Hassin, J.P. Pichon, *L'état médico-social et psychopathologique des personnes SDF*, 1996, Réseau National de Santé Publique.

²² Par exemple, V.Kovess, C. Mangin-Lazarus *La santé mentale des sans-abris dans la ville de Paris*, 1996, Association l'Elan Retrouvé.

²³ W.R. Breakey, P.J. Fischer, *The epidemiology of alcohol, drug and mental disorders among homeless persons*, 1991, American Psychologist, volume 46, n°11, p.115-1128.

sont les rapports explorant la santé bucco-dentaire ou l'exposition aux maladies respiratoires²⁴.

- *Les comportements médicaux des personnes défavorisées.*

Quelques études dressent un portrait des attitudes à l'égard de la maladie. Elles insistent principalement sur la forte prévalence du renoncement à consulter, sur l'importance des comportements d'automédication²⁵ et sur la propension à privilégier le recours hospitalier²⁶. Partant de ces constats d'inégalités de prise en charge, les pouvoirs publics ont initié maintes recherches sur le niveau de couverture sociale des démunis²⁷. Les résultats alarmants ont abouti à la mise en place de la Couverture Maladie Universelle (CMU).

3. Analyses explicatives des logiques de recours aux soins

A l'étranger, de nombreuses études sur les comportements de soins des personnes sans domicile avancent différents facteurs explicatifs à cette vulnérabilité sanitaire. En particulier, les observations rassemblées par de nombreuses études américaines, anglaises ou allemandes sur les liens avec les situations de précarité, tant dans la mauvaise observance (*poor compliance*) que des retards aux soins (*delayed health care*) suggèrent l'existence de caractères spécifiques des comportements de recours aux soins des personnes en situation de précarité. Afin de mieux comprendre la particularité de leurs logiques de recours aux soins, deux principales approches ont été adoptées : la première insiste sur les conditions matérielles, sanitaires et administratives des démunis (*les facteurs exogènes de la précarité*), alors que la seconde s'intéresse davantage aux transformations psychologiques et identitaires qui mènent à une utilisation restreinte des structures de soins (*les facteurs endogènes à la précarité*).

– Les conditions de vie de la précarité contraignent les logiques de soins, en termes de renoncement à recourir, de moindre qualité des soins ou d'observance des examens et des prescriptions, *via* trois principaux vecteurs : les contraintes financières, la déficience de protection sociale et, de manière plus spécifique aux sans papiers, la menace juridique.

²⁴ Sur les problèmes bucco-dentaires, on pourra consulter *Précarité et santé bucco-dentaire*, de D. Hassoun, 1998, Thèse au sein du CREDES ; et sur les maladies respiratoires *Treating tuberculosis : the essential role of social work* de B.Black et M.E.Bruce, *Social Work Health Care*, Detroit, n°26, p.51-68.

²⁵ Schleret, « Consommation et accès aux soins : la prise en compte des plus démunis », 1993, *Revue des affaires sociales*, volume n° 47, p. 75-91.

²⁶ *Le recours aux soins médicaux des chômeurs en France*, A.Bocognano, 1995, CREDES.

²⁷ On peut citer E. Bichot, E. d'Agostin, M.L. Malpart, B. Martin, R. Ruellan, *Les conditions d'un véritable accès aux soins des personnes défavorisées*, 1997, Centre Nationale d'Etudes Supérieures de Sécurité Sociale.

En termes d'insuffisances financières, on pourra notamment voir l'étude de Gelberg, Gallagher, Andersen et Koegel²⁸ qui ont observé sur un échantillon important la faible observance des traitements de santé par les personnes sans domicile fixe en raison de leurs difficultés à satisfaire leurs besoins élémentaires de subsistance. Enfin, l'exclusion des droits fondamentaux est soulignée dans plusieurs ouvrages et articles qui dénoncent des « zones de non-prise en charge médico-sociale ».

– L'expérience de la précarité contribue à véhiculer des représentations de soi, de son corps, de la santé et des institutions qui favorisent les attitudes de défiance ou de refus des soins. L'existence d'un comportement d'auto-exclusion des soins est suggérée par les observations de multiples praticiens de terrain : certains individus soit se méfient du système sanitaire et social, soit s'estiment stigmatisés par le type de soins auxquels ils doivent avoir recours et diffèrent de ce fait le moment où ils vont se soigner²⁹.

Conjointement, une écoute moindre du corps, un durcissement au mal et une propension forte aux comportements addictifs comme adaptation au « *manque de considération, manque de sécurité, manque de biens assurés et de lieux stables* »³⁰ sont avancés comme une forme de déni de la conservation des ressources physiques (G. Dambuyant-Wargny, *Corps et précarité*, 2001, Ecorev' n°4). Dans ce même registre des causes endogènes, notons également les travaux de Georges Menahem qui établissent des liens entre les problèmes vécus dans l'enfance et une moindre protection de soi³¹.

4. Des analyses plus globales

A la richesse des travaux spécifiquement dévolus aux problèmes de santé viennent s'ajouter pléthore d'ouvrages et d'articles plus généraux traitant des processus de précarisation. De manière simplificatrice, ces ouvrages abordent trois grandes problématiques : *qui* sont les personnes désignées comme précaires, *quelles* sont les *causes* et enfin *quelles* sont les *conséquences* de ces situations ?

– Le premier objectif consiste à cerner la population démunie afin de mieux répondre à ses besoins et mieux cibler les batteries d'aides. L'identification des personnes en difficulté, la

²⁸ Paru en 1997 dans *l'American Journal of public health* et intitulé « Competing priorities as a barrier to medical cares among homeless adults in Los Angeles ».

²⁹ P. Chauvin, M. Guiguet, J. Lebas, G. Menahem, N. Pech, I. Parizot, *Précar : trajectoires de précarité, états de santé et accès aux soins, Rapport final à l'intercommission n°6 de l'INSERM*, 1999, Institut de l'Humanitaire.

³⁰ R. Castel, *Les métamorphoses de la question sociale. Une chronique du salariat*, 1995, Editions Fayard.

³¹ Par exemple, G. Menahem avec la collaboration de P. Bantman et S. Martin, *Quand l'enfance fait mal – Trois approches des relations entre problèmes de jeunesse et troubles de la santé à l'âge adulte*, 1998, Rapport de recherche pour la MIRE ; ou encore G. Menahem, *Spécificités des usages précaires des systèmes de soins : quelques hypothèses*, dans *Les usagers du système de soins* (p.249-262), 2000, Editions ENSP.

mise en évidence de la diversité des expériences et l'ébauche de typologies ont fait l'objet de nombreux travaux méthodologiques³² et/ou empiriques³³.

– Depuis quelques années, nous assistons, tant dans le monde des chercheurs que des pouvoirs publics ou des travailleurs sociaux, à une profonde volonté de connaître les caractéristiques et les déterminants des situations de précarité. Sur ce plan, c'est la thèse de la multi-causalité qui domine aujourd'hui. Ainsi, les concepts de *vulnérabilité sociale* ou de *cumul de handicaps* avancent que la précarisation des individus relève de la combinaison de plusieurs déficiences sociales : travail, famille, santé, sociabilité, droits administratifs... (cf. par exemple, J.M. Firdion et M. Marpsat, *Devenir sans domicile ; ni fatalité, ni hasard* dans le n°313 de « Populations et Sociétés » ou encore T. Lecomte, An. Mizrahi et Ar. Mizrahi, *Précarité sociale : cumul des risques de sociaux et médicaux*, 1996, CREDES).

– Enfin, un pan important de recherches porte sur les modes de vie et les stratégies d'adaptation matérielles et identitaires aux situations de précarité. Il s'agit ici de comprendre comment les individus organisent leur survie et de connaître les représentations et les ressources qu'ils mobilisent. Sur ce thème, un des précurseurs, en France, est Alexandre Vexliard. Dans l'ouvrage *Le clochard, Etude de la psychologie sociale* (1957), il décompose le processus de précarisation en quatre grandes phases : les phases agressive, de repli, de fixation et enfin de résignation. Il décrit les évolutions des relations, des représentations et des comportements qui les caractérisent, et les expliquent comme des mécanismes d'adaptation à l'espace public et à une condition dégradée.

C. Axes de recherche et hypothèses de travail

Dans le cadre de ce mémoire, j'ai choisi d'allier une étude globalisante du processus de précarisation – objective et subjective ou autrement dit matérielle et socio-identitaire – à l'approfondissement spécifique des états et des comportements de santé des personnes démunies. L'objectif soutenu est ainsi de mieux comprendre comment le positionnement et les attitudes face à des situations défavorables se construisent selon les trajectoires individuelles et qu'ils ne sauraient se restreindre à des déficiences économique-administratives. De plus, une telle démarche permet d'appréhender la manière de mobiliser les ressources disponibles face aux difficultés ; la protection de soi *via* la santé physique et mentale apparaissant comme un cadre très pertinent d'étude des réseaux de survie formels et informels.

Le schéma ci-après (*graphique n°1* page 32) reflète les principaux déterminants de l'état de santé (fondés sur les résultats des enquêtes citées auparavant et les pistes de recherches

³² H. Thomas, *La production des exclus*, 1997, PUF.

³³ R. Nasse, *Exclus et exclusion : connaître les populations, comprendre les processus*, 1993, Commissariat Général du Plan, La Documentation Française.

envisagées). Bien que simpliste, il résume les quatre pôles de recherches poursuivis ici et les hypothèses s'y afférant (la numérotation est à mettre en correspondance au schéma) et permet de comprendre comment ils s'articulent.

1. La précarité comme un processus polymorphe (1)

Plutôt que de vouloir amalgamer des situations très diverses sous un même concept, tel que celui de *l'exclusion*, il est préférable de raisonner en termes de trajectoires multidimensionnelles. Une telle démarche permet de dépasser l'idée simpliste d'une société duale qui opposerait les inclus aux exclus. Les processus de précarisation peuvent en effet toucher l'ensemble de la population du fait des multiples dimensions – professionnelles, sociales, médicales, psychologiques et affectives – qu'ils mettent en jeu. C'est tout un *continuum* de situations qui peut ainsi être observé, depuis la personne touchée brutalement par le chômage jusqu'à la personne isolée, sans abri ni ressources. Partant de là, il s'agit d'analyser la précarité non pas comme un état immuable et irréversible mais comme un processus dynamique et polymorphe mettant en jeu les représentations, les perceptions spatio-temporelles de soi et de la société ainsi que les modes de vie.

L'objectif est donc double : comprendre l'hétérogénéité objective – la trajectoire de dégradation des conditions de vie – et subjective – le vécu et les réactions aux expériences de précarité – des situations observées et, conjointement, analyser les interactions entre ces processus polymorphes de précarisation et les dynamiques de maintien ou de dégradation de l'intégrité physique et mentale.

Selon les ressources initiales, l'éducation et les réseaux de sociabilité dont dispose l'individu, il réagira différemment aux phénomènes de rupture ou de glissement professionnel, familial ou sanitaire qui affectent son existence. Il faudra donc éviter de se restreindre à une « trajectoire » ou une « carrière » de précarité indépendante et exogène mais, au contraire, la relier à la trajectoire globale de l'individu. C'est en analysant les parcours globaux – origines, chemins, étapes, rapport à la famille, au travail, aux institutions ou encore contexte d'immigration pour les étrangers... – et le mode de reconstruction de ces trajectoires que nous pourrions réellement comprendre les comportements et stratégies adoptés par tel ou tel, et notamment en matière de santé. Nous comprendrons mieux, d'une part, la polysémie des liens entre les différentes dimensions de la précarité et, d'autre part, les facteurs aggravants (comportements addictifs, laisser-aller...) ou au contraire protecteurs des difficultés. Les reconstructions individuelles du récit de vie et les modes de mobilisation des ressources formelles et informelles disponibles face à une disqualification sociale ne dessinent pas une « trajectoire type de précarité » mais une multitude de processus nettement différenciés ; processus agissant selon des ressorts particuliers et mettant différemment en jeu l'équilibre physique et identitaire. Les formes distinctes prises par les dynamiques de précarisation et les stratégies de survie engagées affectent différemment le rapport au corps et aux risques des

individus – et de manière plus générale, les représentations de soi et de sa destinée – en mettant à jour des fragilités latentes, non manifestes en période de stabilité³⁴.

2. L'état de santé des personnes démunies (2)

Très souvent, les problèmes de santé sont enchevêtrés avec l'histoire de la précarité. La question est de savoir ce qui est masqué derrière ce simple lien. Plusieurs pistes de recherches seront poursuivies et approfondies :

- Mieux connaître la place des incidents de santé dans le parcours de précarisation : agissent-ils comme la cause de la dégradation des conditions, comme la conséquence des manques ou bien encore comme un facteur aggravant de leur situation ?
- La sur-représentation de certaines pathologies relève-t-elle d'une vulnérabilité matérielle ou identitaire ?
- Il s'agira, également, d'analyser le corps comme mode d'expression (par défaut) de la souffrance vécue et comme cristalliseur de l'histoire individuelle. La forte propension observée aux conduites ordaliques, à une prise de risques, peut être paradoxalement perçue comme des mécanismes de défense à des situations traumatiques³⁵, à des canaux d'expression ou « idiomes de détresse »³⁶ qui s'incarnent dans un rapport durci au corps.
- Par ailleurs, nous nous concentrerons sur les logiques de gestion de la maladie. Il s'agira de comprendre comment les individus se comportent et réagissent aux problèmes de santé.

3. La spécificité des logiques de recours aux soins des personnes en situation de précarité (3)

Un grand nombre d'éléments intervient dans la décision de recourir ou non à des soins extérieurs puis, ensuite, dans les décisions d'observer les prescriptions, de les poursuivre ou de les interrompre. L'hypothèse est que, indépendamment de leurs ressources économiques, les individus sont fortement inégaux en matière d'aptitude à recourir à des soins et que cette inégalité est, elle aussi, accentuée par les processus de précarisation – et ce, de manière différenciée selon la trajectoire de précarité. L'éloignement du dispositif de soins par rapport à la sphère de sociabilité correspond généralement à une faible connaissance sinon à l'ignorance des modalités de son fonctionnement ; l'imagination suppléant à la connaissance,

³⁴ A. Lazarus, H. Strohl, *Ville, santé mentale, précarité et exclusion sociale. Une souffrance qu'on ne peut plus cacher*, 1995, Rapport DIRMI, DIV, DASS, DGS.

³⁵ J. Furtos, « Contexte de précarité et souffrance psychique : quelques particularités de la clinique psychosociale », Septembre 1999, Revue Soins.

³⁶ Selon les travaux de R. Massé, *Culture et santé publique. Les contributions de l'anthropologie à la prévention et à la promotion de la santé*, 1995, Editions Gaëtan Morin, ces idiomes peuvent être regroupés en quatre grands pôles ; l'auto-dévalorisation (ou dépréciation de soi) / la démoralisation (pessimisme à l'égard du futur) / l'angoisse et le stress / les retrait, repli sur soi et l'isolement social. Il faut ajouter que ces signes d'expression de la détresse se différencient selon les cultures et qu'ils doivent donc être appréhendés « comme un langage avec des syntaxes spécifiques » (RESSCOM et DIV, *Séminaire ville, violences et santé mentale*, avril 2001, Bulletin n°1).

cet éloignement et cette absence de familiarité sont souvent associés à des sentiments de menaces multiformes, ce qui induit par exemple la peur à l'idée de passer devant les « blouses blanches ».

En dehors de toute considération de précarité, on suppose ainsi que les personnes qui hésitent à avoir recours aux différentes structures de soins agissent selon une « logique de défiance » : elles considèrent *a priori* que tout recours à ce système de santé qu'elles connaissent mal est menaçant, soit parce qu'elles ont peur d'y apprendre l'existence d'une maladie, soit parce que leur ignorance pouvant être dévoilée, elles risquent à cette occasion d'être méprisées, voire d'être sanctionnées et privées de certaines de leurs ressources. A l'autre extrême, les personnes qui ont recours sans difficultés aux différentes structures de soins agissent selon une « logique de confiance » : elles considèrent *a priori* qu'elles n'ont pas à se méfier de leur visite de santé, que les interventions qui peuvent leur être alors prodiguées seront effectuées pour leur bien et qu'elles ne risquent à cette occasion ni d'être méprisées, ni de se voir agressées ou indûment taxées.

Si une telle conception des logiques de recours aux soins est pertinente, on peut supposer alors que les degrés les plus importants de l'apprentissage de l'usage des structures de soins correspondent à une plus grande emprise des « logiques de confiance »; et qu'inversement, plus la personne est étrangère au symbolisme et aux pratiques des professionnels de santé, plus ses comportements obéissent à une « logique de défiance ». La détention d'un niveau important de ressources économiques, professionnelles et culturelles correspondrait plus fréquemment avec les logiques de confiance alors qu'être dans une situation de précarité de ces ressources tant financières que de sociabilité induirait une fragilité de ses repères qui voisinerait souvent avec les logiques de défiance. On suppose que l'importance de la méfiance à l'égard du système de soins ne trouve pas son origine principale dans la faiblesse du niveau des droits ou l'insuffisante protection sociale de l'intéressé. Mais, d'un autre côté, on constate qu'elle est notablement renforcée dans les situations de précarité des droits ou des ressources financières. Réciproquement, la défiance à l'égard du système de soins engendre des retards de prise en charge des maladies qui, à leur tour, accentuent la gravité des troubles de santé et, de ce fait, concourent à la précarisation de la personne.

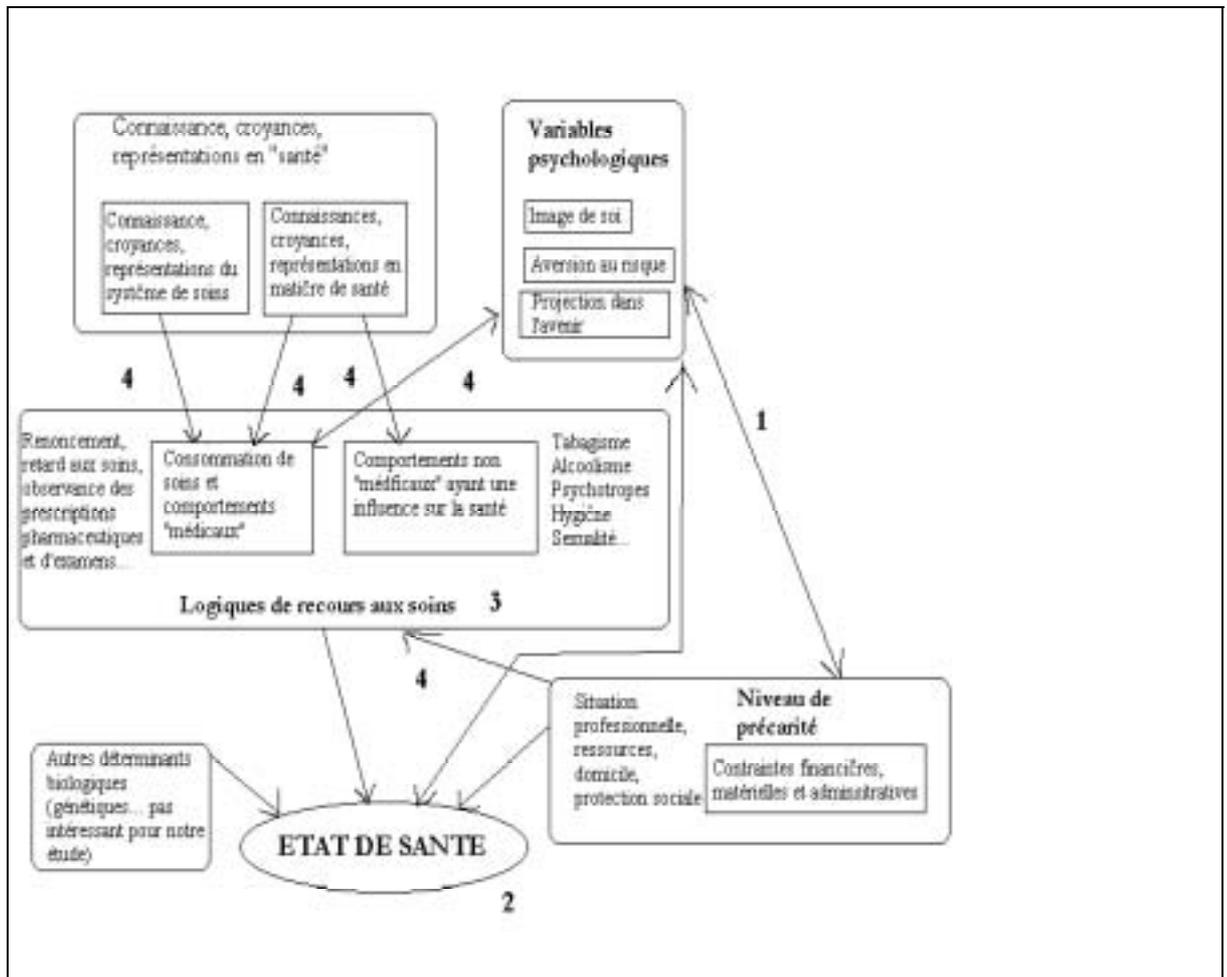
4. La genèse des logiques de recours aux soins (4)

Un même ensemble de phénomènes concourt à la genèse des logiques de défiance à l'égard des recours aux soins et au développement des processus de précarisation, d'où la plus fréquente simultanéité de leurs manifestations. Ainsi, d'un côté, la faiblesse des ressources initiales, économiques, culturelles, sociales, dont dispose une personne freine notablement son acquisition de positions stables, pour l'emploi, le logement et en matière d'installation familiale, statuts qui font barrage à la précarisation ; alors que, de l'autre côté, la faiblesse des moyens culturels et sociaux d'apprentissage du fonctionnement et des usages du système de

santé maintient dans une situation d'ignorance et de sujétion favorisant l'emprise d'une logique de défiance à l'égard du recours aux soins.

On peut supposer que si des personnes psychologiquement vulnérables se trouvent dans des situations angoissantes qui les mettent en jeu, soit à travers l'image de leur corps, soit pour ce qui est des conséquences aléatoires sur leur santé, leurs comportements tendront alors davantage à se référer à une logique de défiance que de confiance à l'égard des structures de soins.

Graphique n°1 : Schéma simplifié des principaux déterminants de l'état de santé des précaires



Partie II. : Méthodologie d'enquête

Afin d'éclairer ces thèmes de recherches et de tester les différentes hypothèses, j'ai pu jouir de l'ensemble des matériaux constitués par le CREDES dans le cadre de l'étude pré-citée.

A. La population cible : enjeux et intérêts.

1. Deux types d'approche

Afin de mieux comprendre et d'analyser la spécificité de la précarité en matière de comportements de soins et de rapport au corps, le CREDES avait choisi de se concentrer sur la population mal connue des individus ayant recours à des centres de soins gratuits. Initialement, une alternative se présentait :

- Réaliser une étude à partir d'un échantillon de la population générale et étudier les comportements de soins en fonction des facteurs de précarité auxquels chacun des individus est exposé.

C'est le parti qui a été pris par de nombreuses enquêtes. Cependant, elles posent deux problèmes fondamentaux :

- Les individus étant interrogés à partir de la possession d'un logement fixe, d'une protection sociale (...), les plus précaires d'entre eux échappent à de tels questionnements.
- D'autre part, le caractère très général de ces enquêtes couvre mal la spécificité des situations des plus démunis. En particulier, il ne comprend qu'un nombre fort limité de questions portant sur leurs rapports aux risques et à la santé.
- Se centrer sur les personnes consultant dans des centres spécifiquement destinés aux populations les plus défavorisées.

2. Une enquête ciblée sur les patients de centres de soins gratuits

C'est cette deuxième branche de l'alternative qui est apparue comme la plus judicieuse. Il nous a semblé, que, en plus d'éviter les écueils inhérents aux enquêtes générales, elle réglait le problème délicat de la délimitation de la population d'intérêt. En effet les outils destinés à transiger sur *qui* peut être qualifié de personne en situation de précarité sont nombreux, fondamentalement différents et plus ou moins arbitraires (pauvretés monétaires absolue et relative, recours à des aides stigmatisantes, concepts de vulnérabilité sociale ou de cumuls des handicaps, visions fondées sur l'insalubrité des logements...). Ici, nous rencontrons les individus qui se jugent « *suffisamment démunis* » pour prétendre accéder à des soins gratuits, que leur situation soit temporairement précaire ou durablement ancrée dans la pauvreté. C'est ce critère de *définition subjective de la précarité* qui délimite la population d'étude. Un tel

critère trouve une forte légitimité à la lecture des entretiens : en effet, ces derniers montrent clairement pour la grande majorité des individus que, s'ils avaient eu le choix, ils auraient été se faire soigner dans un autre type de structures (moins stigmatisées).

Il faut néanmoins être conscient qu'un tel choix méthodologique introduit une limite : nous n'observons pas les personnes qui ne viennent pas consulter dans ces structures, soit parce qu'elles ignorent leur existence – le « biais de connaissance » –, soit parce qu'elles parviennent à se soigner ailleurs, soit parce qu'elles jugent inutiles de se soigner, soit encore parce qu'elles refusent toute relation avec des professionnels de santé – le « biais de défiance ». La probabilité d'interroger les précaires les plus défiants vis à vis des soins demeure donc assez faible³⁷.

B. Constitution de la base des centres

1. Un inventaire réactualisé des centres situés dans le champ d'étude

Lors d'une précédente enquête menée par le CREDES en 1996-1997, 121 centres de soins spécialisés dans la délivrance de soins aux personnes démunies et 48 centres internes à des structures d'hébergement ont répondu à des questions concernant leur activité et les moyens dont ils disposaient³⁸. Nous avons cherché à solliciter à nouveau ces 169 centres initiaux parmi lesquels seuls 126 ont été joints.

- 39 centres rattachés à des organismes humanitaires tels que Médecins du Monde, Médecins sans Frontières, le secours catholique, le secours populaire, l'armée du salut ... ;
- 4 centres Emmaüs ;
- 58 centres relevant d'associations indépendantes (bien que, souvent, financées par les mairies) ;
- 7 centres de type Centre Communal d'Action Sociale (CCAS), Centre Médico-Social (CMS), Centre d'Accueil pour Demandeurs d'Asile et réfugiés (CADA) ;
- 15 Centres d'Hébergement et de Réadaptation Sociale (CHRS) ;
- 3 antennes précarité hospitalières.

Par la suite, nous avons cherché à compléter cet inventaire. A partir de multiples sources telles que l'annuaire de la FNARS³⁹, les données fournies par les organismes d'action sociale (DRASS, DDASS), de sécurité sociale (CRAM, CPAM), par les différents Observatoires Régionaux de Santé (ORS) ou encore par le guide « L'hôpital pour tous - Les permanences d'accès aux soins de santé » nous avons recensé les centres nouvellement créés.

³⁷ Cependant, nous pouvons supposer que la difficulté à saisir l'ensemble de la population précaire n'est pas propre à cette enquête mais à l'ensemble des questionnements administratifs. Il est même possible que les attitudes d'évitement soient ici réduites du fait du bénévolat des travailleurs et des relations de confiance qui se tissent souvent entre le personnel et les patients (cf. entretiens).

³⁸ Voir M.J. Sourty - Le Guellec et V. Paris, *Lieux de soins pour démunis*, 1997, Bulletins de l'Académie Nationale des Médecine, volume 181 n°8, p. 13-22.

108 nouvelles références ont ainsi été répertoriées :

- 26 centres rattachés à des organismes humanitaires ;
- 31 centres relevant d'associations indépendantes ;
- 8 centres de type Centre Communal d'Action Sociale (CCAS, CMS, CADA) ;
- 1 CHRS ;
- 42 antennes précarité hospitalières.

Au total, 234 dispositifs de soins gratuits ainsi recensés représentent une large part de l'offre disponible en France pour les personnes sans ressources, même s'il existe probablement certains centres qui ont échappé à l'inventaire⁴⁰. Toutefois, il a fallu restreindre quelque peu la dimension de cette base potentielle.

D'une part, 13 dispositifs n'ont pu être joints, et ce en dépit de nombreuses relances postales et téléphoniques, soit qu'ils aient changé d'adresse, soit qu'ils aient temporairement interrompu leur activité. D'autre part, nous avions dans l'idée de faire administrer une partie du questionnaire par un médecin et de poser des questions à propos de la consultation du patient. Après un examen plus approfondi, il s'est révélé que 49 autres structures étaient « hors champ » pour des raisons diverses (voir le tableau 1, page suivante) :

--> Bien que fournissant des services aux personnes sans ressources, 29 centres ne donnaient pas, ou plus, de soins de santé ou encore ne fournissaient qu'une assistance psychologique ou sociale.

--> 6 dispositifs se sont avérés trop spécialisés (2 dans les soins de protection maternelle et infantile et 4 dans la prise en charge des toxicomanes) et ne permettaient pas de juger de la globalité de la santé des personnes venant consulter.

--> 5 centres ne fournissaient que des soins infirmiers et ne bénéficiaient d'aucune collaboration régulière d'un médecin.

--> 9 hôpitaux n'offraient pas encore d'accueil spécialisé pour les personnes démunies.

³⁹ Fédération Nationale des Associations d'accueil et de Réinsertion Sociale.

⁴⁰ Il est à noter que ce recensement fournit un premier ordre de grandeur de l'offre de soins spécifiquement dirigée vers les personnes en difficultés. Il est possible d'avancer l'estimation d'un nombre d'environ 800 médecins travaillant à temps plein ou à temps partiel dans ces structures (hors psychiatres et pédiatres). Nous pouvons comparer cette estimation avec les autres chiffres de médecine sociale : environ 1600 médecins de PMI en 1997, 1900 médecins scolaires et 4600 médecins du travail et de santé publique, fin 1998.

Tableau n°1 : Offre de soins gratuits selon le type de structure :

Type de centres	Total centres	non joignables	pas de soins	plus de soins	slmt soins infirmiers	substitut toxico méthdne	slmt soins mère et enfants	pas d'accueil spécialisé	Hors champ	% hors champ	Total dans le champ
asso	89	7	9	2	5	3	0	0	26	29%	63
ccas	15	1	0	0	0	0	1	0	2	13%	13
chrs	16	0	2	0	0	0	0	0	2	13%	14
emmaus	4	0	0	0	0	0	0	0	0	0%	4
hopitaux	45	2	0	0	0	0	0	9	11	24%	34
humanitai	65	3	10	6	0	1	1	0	21	32%	44
Total	234	13	21	8	5	4	2	9	62	26%	172

Source : Enquête Préalogue du CREDES.

Aussi la base potentielle d'investigation s'est-elle réduite à 172 centres. Remarquons que le quart des antennes hospitalières se révèlent en réalité « hors champ » bien qu'affichant un service de « médecine sociale ». D'autre part, un tiers des structures humanitaires relève pour l'essentiel de spécialisation dans l'aide psychologique et la réinsertion sociale et professionnelle.

2. Le taux de participation des centres et les difficultés rencontrées

Une fois établie la liste des 172 centres, nous les avons contactés afin de savoir s'ils étaient disposés à participer à cette enquête. L'importance de l'abstentionnisme donne une première idée des résistances liées au manque de temps ou à des problèmes administratifs, et ce même pour le motif louable de l'avancement de la connaissance des publics en difficultés. Le tableau 2 résume, pour chacun des six grands types de structures, les taux de participation des centres et les raisons invoquées de non-participation.

Tableau n°2 : Collaboration et motifs de non participation à l'enquête :

Type de centre	Total dans le champ	refus des médecins	"pas le temps	impossible avec l'organisation	structure existe mais pas de patients	D'accord mais n'envoie rien	contact mais pas de réponse	Total refus ou non envoi	% refus ou non envoi	collabore enquête	% collabore
asso	63	4	5	2	0	16	0	27	43%	36	57%
ccas	13	0	0	0	0	5	0	5	38%	8	62%
chrs	14	0	1	0	0	5	0	6	43%	8	57%
emmaus	4	0	0	0	0	4	0	4	100%	0	0%
hopitaux	34	1	4	1	1	15	3	25	74%	9	26%
humanitai	44	11	7	1	0	6	0	25	57%	19	43%
Total	172	16	17	4	1	51	3	92	53%	80	47%

Source : Enquête Préalogue du CREDES.

La meilleure participation des structures associatives et communales est manifeste : respectivement 57% et 62% des centres contactés ont participé à l'enquête contre seulement 26% pour les antennes hospitalières. La plus difficile collaboration de ces dernières peut être

mise sur le compte du poids des structures hiérarchiques. De même, si la participation plus restreinte des organismes humanitaires se réfère également à leur forte surcharge de travail, une insuffisante maîtrise des déterminismes hiérarchiques a pu nous priver de plusieurs collaborations potentielles. Cet effet « d'allers-retours » dans les autorisations contribue à expliquer l'importance des « accords non suivis de participation » (55% des 92 refus finalement enregistrés).

En fin de compte, le taux de participation s'élève à 47%, soit 80 centres auxquels nous avons pu administrer le protocole d'enquête ; protocole constitué de deux principaux outils complémentaires :

- Une enquête quantitative sur les usagers des centres de soins gratuits, administrée sous la forme d'un questionnaire riche de deux volets : le premier sur les conditions de vie des individus, le second sur leurs comportements médicaux. Cet outil a été soumis à l'ensemble des 80 centres et les informations obtenues sont rassemblées dans la base *Précalog* (décrite au point C de ce chapitre).
- Une enquête qualitative, sous forme d'entretiens semi-directifs, a été parallèlement réalisée dans 8 de ces centres. Elle a donné lieu au recueil de 24 récits de vie (voir point D de ce chapitre).

C. La base *Précalog*

1. Un questionnaire en deux volets

Les 80 centres, situés dans la France entière, ont accepté d'administrer un questionnaire aux trois premiers patients que chaque médecin du centre a rencontré au début d'une semaine. 590 questionnaires ont ainsi pu être recueillis. Ils se décomposent en deux volets :

- Un premier volet dit « social » proposé par les permanents d'accueil informant sur :
 - les caractéristiques sociodémographiques standards (âge, sexe, nationalité, situation matrimoniale...);
 - les conditions de vie des individus (logement, type de ressources, emploi, vie affective; situation administrative...) et la pérennité de ces situations ;
 - le rapport entretenu avec les institutions de santé et les soins : mode de protection sociale, réticence et crainte inspirées par les structures ou le personnel médical, réaction à des prescriptions médicales... ;
 - des questions permettant d'évaluer leur prise de risque quotidienne : alcool, tabac, accidents.
- Un second volet « médical », rempli par le médecin lors de la consultation, comportant :
 - une description sommaire du (ou des) motif(s) de recours aux soins ;
 - une description des symptômes ou des syndromes dont se plaint le patient ;

- un historique des attitudes face à deux pathologies « traceuses »: les problèmes ORL et les problèmes de peau ;
- une description détaillée de l'état de santé bucco-dentaire ;
- des questions portant sur l'estimation subjective de l'état de santé.

Le questionnaire complet peut être consulté en *annexe 2*.

2. Caractéristiques des 80 centres d'accueil

La diversité des 80 centres qui ont accepté de nous renvoyer des questionnaires sur leurs patients est très grande et ressemble sensiblement à la répartition de la base potentielle de départ. Si nous l'apprécions selon quatre principales caractéristiques, nous constatons plusieurs tendances :

- Les centres ayant participé à l'enquête sont plutôt de petite taille : 49% comportent moins de 3 médecins exerçant régulièrement, 27% de 3 à 9 médecins et 24% en ont dix ou plus.
- 45% d'entre eux sont organisés sous une forme associative, 24% relèvent d'organisations humanitaires, 24% sont des structures communales ou des CHRS alors que 11% seulement sont des antennes précarité hospitalières.
- Ces centres de soins gratuits sont plus souvent implantés dans de grandes agglomérations (66% dans des villes de plus de 80 000 habitants).
- Ils sont le plus souvent localisés au nord de la région parisienne (pour 44% d'entre eux contre 39% au sud et 17% implantés en région parisienne).

Cependant, la répartition, non plus en termes de centres mais en termes de patients, est différente du fait des pondérations différentes qui favorisent les structures les plus munies en personnel médical. En effet, la méthodologie consistant à faire remplir 3 questionnaires par médecin, un grand centre, disposant d'un plus important personnel soignant, fournira davantage de questionnaires qu'un petit centre.

- Ainsi les patients ayant consulté dans des centres de petite taille sont finalement nettement moins nombreux (32%) que ceux relevant de structures ayant plus de 10 médecins (45%).
- Néanmoins, les personnes démunies interrogées dans notre enquête consultent en majorité (51%) dans des centres organisées sous une forme associative contre seulement 13% dans les antennes hospitalières.
- Les patients ont en général effectué leur consultation dans une ville de plus de 80000 habitants (71%).
- La répartition géographique en termes de centres et en termes de patients est sensiblement identique (46% dans le nord de la région parisienne, 39% dans le sud et 15% en région

parisienne), ce qui indique du reste que la taille des centres est indépendante de leur zone géographique⁴¹.

3. La qualité des questionnaires

3.1. Un questionnaire de taille variable

L'individu était censé répondre à 49 questions « directes ». De plus, 28 questions « filtrées » – c'est à dire des questions subordonnées à la réponse à une autre question – lui étaient posées.

D'autre part, le médecin avait, quant à lui, pour charge de cocher le ou les diagnostics correspondant à la consultation parmi les 53 proposés. En outre, il renseignait 6 questions directes et 18 questions à un ou plusieurs filtres sur des pathologies dites « traceuses ». Ainsi, ce questionnaire divisible en un volet médical et un volet « individuel » posait au minimum 111 questions ou diagnostics et au maximum 154 questions.

3.2. L'indicateur de qualité : le taux ou degré de complétude

L'enjeu est ici d'évaluer la qualité des questionnaires, *a priori* fortement hétérogène. Les individus avaient à répondre, en moyenne, à 125 questions. Nous comprenons aisément que, devant l'étendue des questions filtrées, il y ait un écart certain entre les individus.

Le tableau 3 donne, de plus, le pourcentage de réponses claires, précises et cohérentes ; ce que nous désignerons comme le degré de complétude⁴² d'un questionnaire. Il s'élève en moyenne à 92%. C'est là un résultat très satisfaisant sachant que les enquêteurs étaient bénévoles et la population étudiée *a priori* plus rétive à des questionnaires administratifs.

Tableau n°3 : Etude du degré de complétude et des sources de non réponse :

	Moyenne	Ecart-type	Minimum	Maximum
Nombre de questions posées	125,34	6,35	111	145
Degré de complétude	91,93%	5,09	70,27%	99,25%
Non réponse/ incohérence/ imprécision	7,65%	5,13	0%	29,72%
Questions non posées ⁴³	0,42%	1,32	0%	6,35%

⁴¹ Résultat confirmé par le test du Chi-Deux d'indépendance réalisé entre la taille du centre et sa situation géographique.

⁴² C'est le quotient ayant pour numérateur le nombre de questions auxquelles l'individu a répondu et pour dénominateur le nombre de questions auxquelles il était soumis.

⁴³ Certaines questions n'ont pas été posées ou ont été formulées différemment pour un nombre restreint d'individus. En effet, afin de valider la compréhension et l'intérêt du formulaire, nous avons préalablement réalisé un questionnaire pilote sur 59 individus. Le dépouillement de ces réponses a abouti à des modifications ou des suppressions de questions auxquelles correspondent la catégorie « questions non posées ».

Pour la distribution du degré de complétude, l'indicateur de Skewness⁴⁴ est fortement négatif (-1,60), ce qui indique que la distribution du degré de complétude est étalée vers la gauche. La variance est donc davantage imputable à de très faibles niveaux de complétude.

3.3. Approche des déterminants de la non-réponse

Les études classiques montrent, en général, une profonde discrimination de la non-réponse par les critères sociodémographiques tels que l'âge, le sexe ou la nationalité. L'importance de cette variabilité dépend souvent du thème et des questions soulevées. Par exemple, les enquêtes menées par l'INED sur les comportements sexuels des français ont buté sur un taux de non-réponse particulièrement fort parmi les tranches d'âge plus élevées (phénomène de censure).

Ici, nous traitons de la population particulière des précaires et il est intéressant d'étudier leurs comportements face à un questionnement administratif.

– Les variables classiquement discriminantes de la non-réponse se révèlent très peu explicatives des écarts enregistrés entre les degrés de complétude. En cela, la population précaire se démarque d'une population générale : ni l'âge, ni le sexe, ni la situation matrimoniale ne se révèle significativement lié au taux de complétude. Seule la nationalité distingue légèrement la qualité des questionnaires (un point de plus pour les français).

– D'autre part, les précarités, qu'elles soient économique ou professionnelle, n'opèrent qu'un faible phénomène de retenue par rapport aux questions posées – qui seraient l'expression d'un sentiment exacerbé de honte et d'humiliation. Le caractère illégal de certaines situations (travail au noir ou encore situation de « sans papiers ») n'entraîne pas non plus une multiplication de la non-réponse.

– En revanche, la trajectoire de l'enfance a un impact net sur le degré de complétude : en effet, que l'on considère les problèmes généraux déclarés pendant l'enfance ou plus spécifiquement les problèmes affectifs, nous retrouvons ce surprenant résultat selon lequel la qualité des questionnaires des individus déclarant des problèmes est de 3 à 4 points supérieure. Il est alors à envisager que ces individus marqués affectivement trouvent dans ces questionnaires un moyen d'expression à leur douleur. Ce résultat est consolidé par l'analyse de contenu des entretiens semi-directifs : les individus dévoilant une enfance difficile et douloureuse sont le plus souvent en attente d'écoute et de prise en charge.

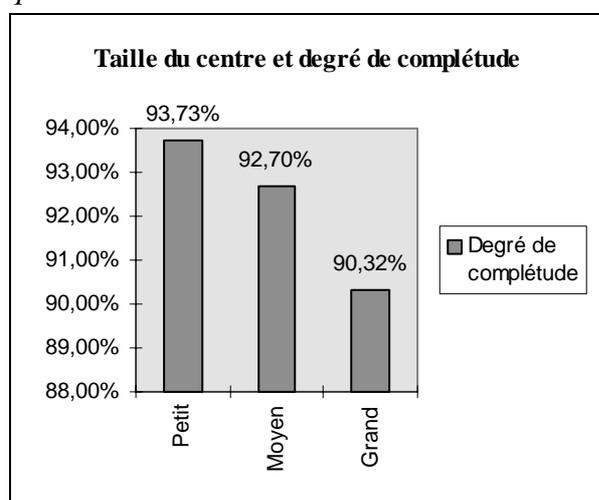
⁴⁴ On rappelle que l'indicateur de Skewness, ou coefficient d'asymétrie, décrit la forme de la fonction de répartition d'une variable aléatoire.

$$\text{Il vaut : } \gamma_1 = \frac{\mu_3}{\sigma^3} \text{ avec } \mu_3 = E(X - EX)^3 \text{ et } \sigma \text{ étant l'écart-type.}$$

Pour les distributions unimodales étalées vers la gauche (respectivement vers la droite), γ_1 est négatif (respectivement positif).

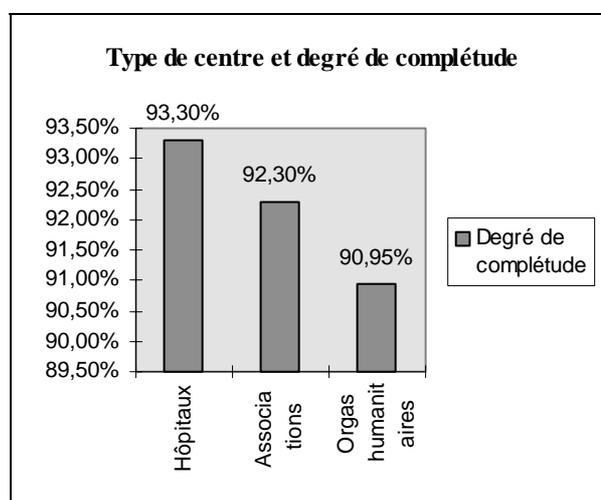
– En fait, plus que toutes les caractéristiques individuelles c’est le lieu de passation du questionnaire qui discrimine le plus la non-réponse, à savoir la taille et le type de centre fréquenté. Les centres de petite et moyenne taille enregistrent des questionnaires d’une bien meilleure qualité que les grandes structures (graphique 2). Ceci provient probablement de différences d’attention accordée et de temps passé à assister l’enquêté. Les hôpitaux enregistrent une très bonne qualité de réponse, alors que les organismes humanitaires – souvent débordés par la demande – présentent des degrés de complétude nettement inférieurs à la moyenne générale (graphique 3).

Graphique n°2 : Taille du centre et qualité



Source : Enquête Précalog du CREDES.

Graphique n°3 : Type de centre et qualité



Source : Enquête Précalog du CREDES.

– Enfin, n’oublions pas de citer la profonde influence exercée par la longueur du questionnaire. Le coefficient de corrélation de 0,425 entre nombre de questions posées et degré de complétude (significatif à plus de 99,99%) indique bien que plus un individu est soumis à un petit nombre de questions et mieux il y répondra. Ce résultat confirme qu’un questionnaire aussi complet que celui proposé, s’il est une mine d’informations, induit aussi une plus importante non-réponse imputable au grand nombre de questions.

4. Des bases de comparaison à disposition

L’un des enjeux de ce mémoire étant d’analyser les spécificités de l’état de santé et des logiques de recours aux soins des personnes en situation de précarité et d’en comprendre les déterminants, disposer de bases de comparaison portant sur la population générale est un

précieux atout dont jouit le CREDES. Nous avons principalement fait appel à trois bases afin d'opérer des comparaisons brutes et standardisées par l'âge et le sexe⁴⁵.

– L'échantillon de l'institut IMS France – IMS Health-eppm (étude permanente de la prescription médicale), cumul mobil annuel de 1997 – portant sur des consultations médicales en population générale a permis d'étudier la spécificité des motifs médicaux de recours aux soins⁴⁶ des personnes en situation de précarité.

– Enfin, une des hypothèses de cette recherche est que les personnes en situation de précarité sont particulièrement susceptibles d'adopter, du fait de leur mode de vie et de leur trajectoire, des comportements « plus durs à la douleur » et moins attentifs aux symptômes de souffrance de leur corps que la population générale. Afin de tester cette hypothèse, il était essentiel de pouvoir comparer les comportements à l'égard de la douleur des patients des centres de soins gratuits à ceux de la population générale. C'est grâce au Baromètre Santé du Centre Français d'Education pour la Santé (CFES, données 2000) que cette hypothèse a pu être explorée.

D. Les entretiens réalisés

Parallèlement, et afin de mieux comprendre les mécanismes intervenant dans la genèse des comportements de soins, l'équipe de recherche du CREDES a choisi de réaliser vingt-quatre entretiens semi-directifs.

Cette double approche quantitative et qualitative se complète et doit donner lieu à un traitement simultané. D'une part, le matériau qualitatif peut être à l'origine de l'émergence d'hypothèses testées ultérieurement sur les données quantitatives. D'autre part, les liens et les résultats obtenus lors des analyses statistiques pourront être étayés par les biographies afin de mieux comprendre comment ces mécanismes s'incarnent et puisent leur dynamique individuellement. C'est cette approche de co-utilisation des matériaux qualitatifs et quantitatifs qui sera ici privilégiée.

1. Conditions de passation des entretiens

Afin de conduire ces entretiens, il était indispensable de disposer d'un lieu isolé et calme et d'un accueil au moins favorable des personnes chargées de l'accueil. Ces ressources ne sont pas également disponibles dans les différentes structures de soins gratuits. La sélection s'est donc appuyée sur un certain nombre de critères subjectifs : la qualité de l'accueil, la sympathie des interactions avec le personnel et l'intérêt suscité par l'enquête. Ainsi, nous

⁴⁵ Les méthodes de standardisation utilisées seront décrites par la suite. Nous nous contenterons, à ce stade, de préciser que nous avons aussi bien usé de standardisation dite « directe » que de méthodes « indirectes ».

⁴⁶ Par « motifs médicaux de recours aux soins », nous entendons l'ensemble des diagnostics posés à l'issue de l'ensemble des consultations. C'est ce que le patient « donne à voir » et ce que le médecin « cherche à voir ». Le nombre total de motifs médicaux peut donc être supérieur au nombre total de consultations car plusieurs diagnostics différents sont fréquemment posés lors d'une même consultation.

avons opéré à 24 entretiens dans 6 centres différents, tout en prenant soin de conserver une diversité minimum en ce qui concerne le type d'organismes, la taille des établissements et la situation géographique.

La procédure de contact avec les individus interrogés est restée globalement la même. Dans tous les cas, nous leur avons demandé s'ils acceptaient un entretien libre sur leur vie et leur santé (à noter que, dans de rares cas, la demande d'entretiens a émané des interrogés eux-mêmes pour « parler », les « aider », les « soulager »). Seules les modalités de contacts ont changé selon qu'ils ont été pris dans la salle d'attente, à l'issue de la consultation avec le médecin, au café ou encore lors d'une distribution de colis repas.

2. Le guide d'entretien (annexe 3)

Les entretiens avaient pour objectif le recueil d'informations biographiques centrées sur les thèmes des rapports au corps et à la santé (leur fondement, leur évolution, les liens entretenus avec la situation de précarité...). De manière plus détaillée, il s'agissait des éléments suivants :

- l'histoire familiale des conceptions de la santé dont la personne a hérité au cours de son enfance et de sa jeunesse, et en particulier, des relations de la famille avec les systèmes de soins ;
- parallèlement, l'histoire des fondements de l'instabilité de sa position dans la société ;
- l'histoire des mises en couple, des arrivées d'enfants et, éventuellement, des ruptures (familiales, professionnelles ou géographiques) et des liens de ces événements avec les transformations de l'image de soi, des rapports au corps et des pratiques de soins ;
- l'histoire des incidents et problèmes de santé marquants (pour soi et dans sa famille proche), des relations qui en découlent avec le système de soins (médecin de famille, dispensaire, hôpital...) et avec les médecines alternatives (guérisseurs, magnétiseurs...) et des transformations associées des pratiques de soins et des modes de vie (hygiène, comportements de boisson, d'alimentation, de tabagie...).

Chacun de ces entretiens a duré entre une et deux heures selon la richesse de la trajectoire individuelle, la loquacité et le temps mis à disposition par l'interviewé.

3. Lieux de passation et caractéristiques sociodémographiques des sujets

- *Caractéristiques sociodémographiques par centre :*

Les 24 entretiens réalisés dans les 6 différents centres se décomposent comme suit :

Alès, Croix-Rouge : 3 entretiens

--> 1 homme, 2 femmes / 2 français, 1 étrangère / 45, 45 et 52 ans.

Brest, Point H : 4 entretiens

--> 4 hommes / 4 français / 21, 30, 39 et 48 ans.

Le Mans, SAU de l'hôpital : 3 entretiens

--> 3 hommes / 2 français, 1 étranger / 30, 45 et 53 ans.

Lille, MSL : 5 entretiens

--> 2 hommes, 3 femmes / 4 français, 1 étranger / 19, 23, 23, 24 et 28 ans.

Nîmes, Croix-Rouge : 4 entretiens

--> 3 hommes, 1 femme / 2 étrangers, 2 français / 23, 26, 36 et 68 ans.

Tours, « Portes Ouvertes » : 5 entretiens

--> 4 hommes, 1 femme / 5 français / 21, 34, 41, 43 et 56 ans.

- *Caractéristiques sociodémographiques des individus :*

Dans l'ensemble, la population interviewée est caractérisée comme suit :

- 17 hommes et 7 femmes soit 71% d'hommes.
- 19 français, 5 étrangers soit 79% de français.
- La moyenne d'âge est de 36 ans et les classes d'âge ainsi réparties:

Tableau n°4 : Classe d'âge des individus interviewés

Classe d'âge	Effectifs	Pourcentage
Moins de 25 ans	7	29%
25 à 29 ans	2	8%
30 à 39 ans	5	21%
40 à 49 ans	6	25%
Plus de 50 ans	4	17%
Total	24	100%

Source : Enquête Précalog du CREDES.

4. Analyse de contenu des entretiens

L'analyse des récits de vie s'est effectuée en deux temps. Dans un premier temps, il s'est agi de regrouper, pour chaque personne interviewée, les différents blocs d'entretiens concernant :

- sa trajectoire biographique et, en particulier, la genèse de sa situation de précarité ;
- sa situation sociale actuelle et en particulier la dépendance à l'égard des secours extérieurs ;
- ses expériences de santé dont, bien entendu, ses troubles actuels ayant motivé une consultation ;
- ses rapports au temps et à la destinée ;
- ses rapports au corps et à la maladie, en particulier les conduites ordaliques et les modes de gestion de troubles de santé ;
- ses relations de confiance ou de défiance à l'égard du système de soins, des thérapeutes et des prescriptions ;
- ses relations au risque et à la douleur, et les propensions associées à se soigner et à se prendre en charge ou, au contraire, à se négliger et à retarder les soins.

Dans un deuxième temps, les méthodes classiques d'analyse de contenu ont été mobilisées afin de répondre à plusieurs objectifs :

- Comprendre les parcours de précarité et les implications affectives, identitaires et comportementales associées.
- Il s'est agi aussi d'observer la répétition des associations entre certains caractères des rapports aux soins et à la santé des personnes en situation de précarité, régularités dont nous pensons qu'elles permettent de différencier des logiques différentes de recours aux soins.
- Dans le même temps, il a fallu mettre en évidence les régularités des associations entre le type de recours aux soins et les types d'histoires de problèmes de santé et de rapport aux institutions.
- Enfin, il nous a été utile de mettre en relation des typologies de recours aux soins et des modes de construction du rapport à la santé, avec les histoires familiales de ruptures et de précarisation ayant abouti à la précarité des situations individuelles.

Chapitre II

Des situations, expériences et degrés de précarité très hétérogènes.

Pour ce chapitre, j'ai pu bénéficier de l'appui méthodologique et des réflexions interprétatives de Georges MENAHEM et Hervé PICARD.

Des situations, expériences et degrés de précarité très hétérogènes

Les questions de la *précarité et de l'exclusion* devenant centrales dans la mise en oeuvre des politiques sociales, de multiples instruments destinés à classer les situations sont venus compléter les assises théoriques : indicateurs de pauvreté monétaire relatif et absolu¹ proposés par l'INSEE, indicateur de « conditions de vie »² ou encore indicateur de « pauvreté administrative »³ – une description analytique de ces indicateurs et de leur évolution dans le temps peut être consultée dans l'ouvrage de Hélène Thomas, *La production des exclus*, 1997, PUF. L'emploi de ces instruments renvoie clairement à une distinction manichéenne entre individus « précaires, prisonniers de l'exclusion » et individus « non précaires, bien intégrés dans la société » qui se fonde essentiellement sur des critères économiques. Ces frontières arbitraires n'ont réellement de sens (d'utilité) que pour les pouvoirs publics puisqu'elles permettent avant tout de transiger sur l'attribution ou non d'aides stigmatisantes (RMI...). En tant que tels, ces outils renvoient à des concepts simplificateurs, gommant toute visibilité quant à la diversité des situations et des expériences vécues.

Choisir comme champ d'étude la population des consultants des centres de soins gratuits permet d'approcher une population en difficultés sans pour autant se limiter à un critère unique. Une telle méthodologie – assez proche de celle du « tout venant » – ne prétend nullement être représentative de la population précaire⁴. Cependant, elle permet d'éviter de présager *a priori* des formes de précarité et ainsi de rendre visible l'hétérogénéité des profils individuels ainsi que la diversité du niveau et des formes de déficiences que les sujets rencontrent au quotidien (**partie I.**)⁵.

¹ Ces indicateurs s'appliquent aussi bien en termes d'individu qu'au niveau du ménage. Le seuil relatif correspond à un niveau de ressources déclarées de moitié moindre au niveau médian (soit, en 2000, environ 3650 francs par mois selon les estimations de l'INSEE). Le seuil absolu, pour sa part, fluctue autour de 2000 francs par mois.

² Fondé sur 28 indicateurs élémentaires de conditions de vie. Ils sont très principalement d'ordre économique et matériel : difficultés budgétaires, retard de paiement, restriction des consommations, logement et niveau d'équipement...

³ Ce critère, au nom peu approprié, désigne comme *précaire* l'ensemble des individus qui recourent aux minima sociaux.

⁴ Il est à noter que cette question de la représentativité des populations précaires est à ce jour insoluble. Si certaines études peuvent prétendre être représentative, elles ne le sont que par rapport à une sous-population des précaires (RMIstes, demandeurs d'emplois affiliés à l'ANPE...).

⁵ En particulier, une telle méthodologie permet de saisir la sous-population des sans papiers dont les conditions sont assez mal connues car elles échappent, par nécessité, aux enquêtes classiques.

Sous l'impulsion de la vague de conceptualisations psycho-sociologiques du processus de précarisation – *exclusion, marginalisation, fragilisation, vulnérabilité, désaffiliation...* –, de nouveaux indicateurs ont eu pour but de se démarquer de l'hégémonie des critères économique-professionnels en intégrant de nouvelles dimensions telles que l'instabilité des conditions de logement, l'état de santé, le niveau de protection sociale ou encore l'existence et l'efficacité d'un réseau social mobilisable. La construction d'échelles telles que le « score de précarité »⁶ ou « le cumul des handicaps » s'inscrit dans cette veine de travaux visant à mieux refléter le *continuum* qu'est la précarité. Si de telles approches – fondées sur une quantification des difficultés et donc posant l'éternel problème de l'arbitraire des pondérations affectées aux différentes déficiences – saisissent bien les degrés de précarité, elles tendent à opérer une homogénéisation artificielle des situations en étapes distinctes liées de manière univoque. Pour cette raison, il a semblé plus judicieux de raisonner en termes de combinaison et d'articulation des difficultés observées plutôt qu'en termes de cumul des manques. Pour ce faire, j'ai eu recours à des analyses statistiques multidimensionnelles, explicitées dans la **partie II**. La mise en oeuvre d'une telle méthodologie permettra, dans un premier temps de dé-couvrir la diversité des liens entretenus par les dimensions de la précarité (et en particulier la forte différenciation de ces liens selon la nationalité) ; puis dans un second temps, de constituer des groupes d'individus homogènes rendant visible la large palette des modalités et des degrés de précarisation ainsi que les inégalités latentes dans la mobilisation de ressources formelles et informelles.

⁶ Echelle proposée par P. Chauvin, M. Guignet, J. Lebas, G. Menahem, I. Parizot, N. Pech dans *Trajectoires de précarité, état de santé et accès aux soins*, 1999, Institut de l'Humanitaire.

Partie I. : Profils des patients des centres de soins pour démunis

La base statistique contient 590 individus ayant eu recours à un centre de soins gratuits ; elle nous donne de précieuses indications quant à la structure et les caractéristiques des populations démunies. Cependant en aucun cas, une extrapolation n'est envisageable. A cela deux raisons :

- La population des centres de soins gratuits recoupe imparfaitement la population que l'on peut considérer comme précaire. Comme cela a été souligné auparavant⁷, les plus défiantes à l'égard des soins ont moins de chances de figurer dans notre base de données. De plus, les différences individuelles et culturelles de logiques de recours aux soins peuvent potentiellement induire de profonds biais de représentativité. En effet, les structures de soins étudiées se rapprochent davantage des dispensaires existants en Afrique ou au Maghreb que des cabinets médicaux français. Ceci tendrait à donner un poids plus important aux étrangers, et en particulier aux « sans papiers », et à inclure un certain nombre d'individus qui consultent dans ces centres par choix personnel et non par contrainte économique. Cependant, les entretiens recueillis nuancent fortement ce dernier propos puisque, bien que valorisant les multiples qualités de ces centres, l'unanimité des patients aurait choisi une structure médicale moins stigmatisée, si elle avait eu le choix.
- Qui plus est, les individus interrogés ne sauraient pas même constituer un échantillon représentatif des patients des centres pour démunis. En effet, si nous disposons des taux de refus des centres sollicités⁸, nous ne connaissons en revanche ni les refus des médecins pratiquant dans les structures, ni les refus des patients. A défaut de ces deux informations, toute considération de représentativité de l'échantillon est à exclure.

Pour autant, il semble que cet inconvénient – quasiment incontournable tant la délimitation de la population précaire demeure à ce jour un problème insoluble – ne nous empêche pas d'étudier et les processus de précarisation et les logiques de recours aux soins des personnes interrogées. Dès lors que nous ne prétendons pas être exhaustifs, les relations et mécanismes observés reflètent des réalités significatives qui peuvent être exploitées.

⁷ Voir dans le II.A de la partie 1. du présent mémoire.

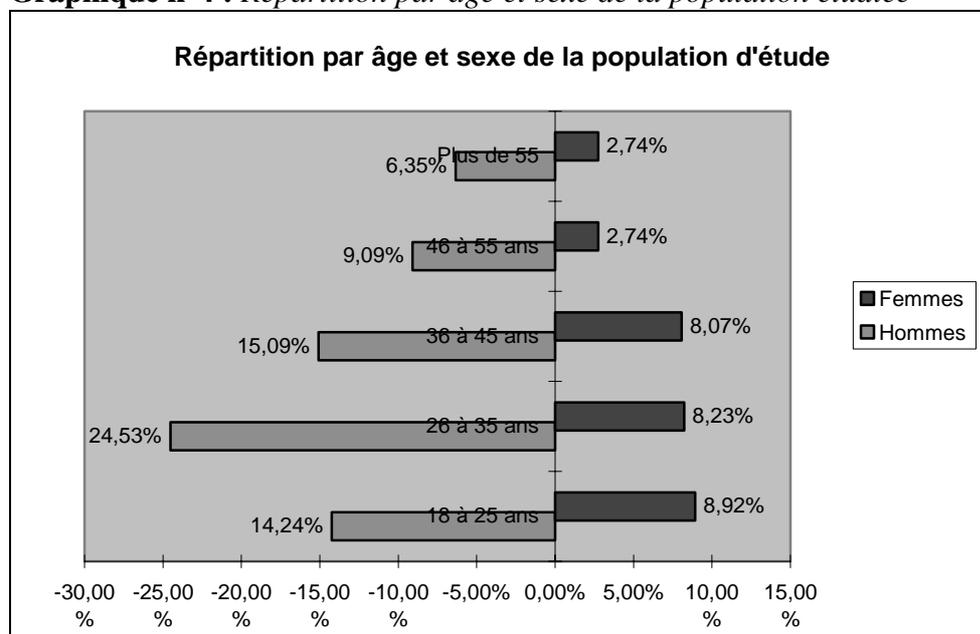
⁸ Voir tableau n°2 page 36 du présent mémoire.

A. Critères objectifs descriptifs : caractéristiques socio-démographiques

1. Une population jeune et masculine

La population interrogée est masculine à 70%. Ce sont des individus jeunes puisque la moyenne d'âge (sensiblement similaire pour les hommes et les femmes) se situe autour de 36 ans. La pyramide des âges, présentée ci-dessous, (*graphique 4*) permet d'affiner la structure par âge et sexe.

Graphique n°4 : Répartition par âge et sexe de la population étudiée



Source : Enquête Précalog du CREDES.

- Force est de constater la très forte représentation des hommes de 26 à 35 ans puisque, à eux seuls, ils constituent près de 25% de notre échantillon.
- Les jeunes tout juste entrés dans l'âge adulte – 18 à 25 ans –, sont également sur-représentés, tant chez les hommes (20,5% de la sous-population masculine) que chez les femmes (29% de la sous-population féminine)⁹.
- Par ailleurs, même si la structure globale par âge des femmes et des hommes est assez proche, des différences n'en sont pas moins flagrantes¹⁰. En particulier, la tranche d'âge

⁹ point 1 de l'annexe 4

¹⁰ Ibid.

des 36-45 ans est davantage représentée parmi les femmes (26,1% contre 21,8% parmi les hommes).

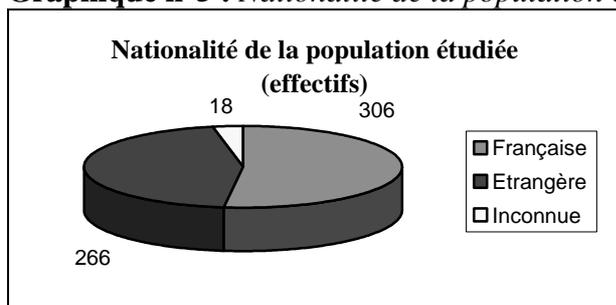
- Enfin, il faut remarquer que les tranches d'âge les plus élevées sont particulièrement peu présentes parmi les patients précaires. Trois raisons peuvent être avancées pour expliquer cette sous-représentation :
 - D'une part, les personnes aujourd'hui âgées de plus de 65 ans, ont souvent travaillé la majeure partie de leur existence. Il est probable que les progrès des systèmes de retraites, cumulés aux aides ciblées dont ils bénéficient, permettent à cette classe d'âge, sinon d'assurer un bon niveau de vie, tout au moins de subvenir à leurs besoins primaires. De plus, la législation sur le divorce étant récente (1975 en France), cette sous-population a été davantage à l'abri des ruptures soudaines de ressources liées aux séparations. Elle est évidemment davantage touchée par le veuvage, cependant ces événements sont en général mieux compensés financièrement et économiquement *via* les aides institutionnelles et les assurances-vie.
 - D'autre part, de nouvelles solutions institutionnelles telles que le recours aux maisons de retraite sont profondément ancrées, tant dans les logiques sociétales que dans les mentalités individuelles, afin de traiter les difficultés de cette population.
 - Enfin, la faible proportion des personnes âgées peut également s'expliquer par la mortalité précoce des individus, ayant subi des conditions de vie difficiles. Ainsi, selon Rubin et Wright¹¹, l'âge moyen au décès pour les sans-domicile américains serait de l'ordre de 50 ans.

¹¹ D.A. Rubin et J.D. Wright, *Les sans-domicile aux Etats-Unis, leçons tirées de quinze années de recherches*, 1998, Sociétés Contemporaines n°30.

2. Une forte représentation des étrangers

La population de notre échantillon est caractérisée par une très forte représentation des étrangers – près d'un individu sur deux¹².

Graphique n°5 : Nationalité de la population étudiée (effectifs)



Source : Enquête Précalog du CREDES.

Une telle sur-représentation provient très vraisemblablement de deux facteurs, le premier exogène à notre champ d'étude et le second endogène :

- C'est un fait avéré que les étrangers sont particulièrement exposés aux situations de précarité, précarité elle-même renforcée par les difficultés concernant leur autorisation de séjour sur le sol français.
- D'autre part, les centres de soins gratuits se rapprochent, ainsi qu'il l'a été mentionné plus haut, davantage des structures de soins existantes dans leurs pays d'origine (type dispensaire, PMI...). De plus, beaucoup de ces étrangers ne disposant d'aucune protection sociale – on pense en particulier aux « sans papiers » très nettement représentés dans notre base (41% des étrangers soit 18,5% de l'échantillon total) – s'orientent stratégiquement vers ces centres où ils peuvent conserver leur anonymat et bénéficier de soins sans justifier d'une quelconque protection sociale.

2.1. Régions d'origine des étrangers¹³

Les étrangers proviennent majoritairement des pays du Maghreb (59 algériens, 26 marocains, 16 tunisiens) et de l'Afrique noire (19 congolais, 15 ivoiriens, 10 sénégalais...). Les européens sont, quant à eux, plus fréquemment originaires de pays limitrophes (Espagne, Belgique, Suisse, Italie...), et plus rarement des pays de l'est (Pologne, Bulgarie, Roumanie...).

¹² Alors que la part des résidents étrangers en France était d'environ 5,6% au dernier recensement de l'INSEE.

¹³ annexe 4 point 2

2.2. Comparaison des structures par âge et sexe des français et des étrangers

Les structures par âge et sexe des français et des étrangers diffèrent très sensiblement. En premier lieu, la population étrangère est nettement plus féminisée (35% contre 27% parmi les français). En second lieu, les étrangers comptent moins de très jeunes en difficulté (18% de 25 ans et moins contre 29% parmi les français) mais massivement plus d'individus de 26 à 35 ans (38% contre 27%).

De tels éléments ne peuvent se comprendre qu'à travers l'analyse des mouvements migratoires de la sous-population étrangère.

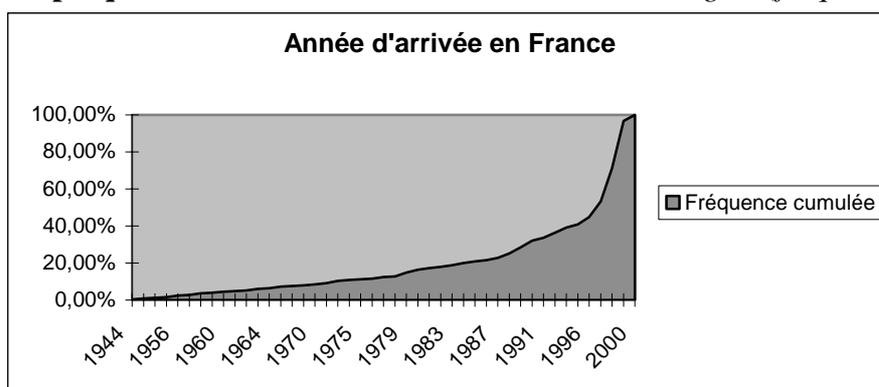
2.3. Dates d'immigration en France

(Voir le graphique 6 ci-dessous).

Les étrangers démunis sont, le plus souvent, issus de vagues d'immigration¹⁴ récentes. Seuls 16,4% d'entre eux sont arrivés avant 1980 et 15% entre 1980 et 1990. Il s'agit donc très minoritairement d'individus provenant des vagues « d'immigrations de main d'oeuvre » organisées par l'état français jusque dans les années 80 ou des « immigrations de regroupement familial » qui les ont suivies¹⁵. En effet, bien que souvent d'origine modeste, ces familles ont pu bénéficier d'un contexte économique favorable.

En revanche, 50% des étrangers rencontrés sont arrivés en France à partir de 1997 – dont 18% en 1998 et 26% en 1999. Il s'agit d'étrangers nouvellement immigrés du continent africain, particulièrement jeunes (58% ont moins de 35 ans).

Graphique n°6 : Année d'arrivée en France des étrangers (fréquences cumulées)



Source : Enquête Préalogue du CREDES.

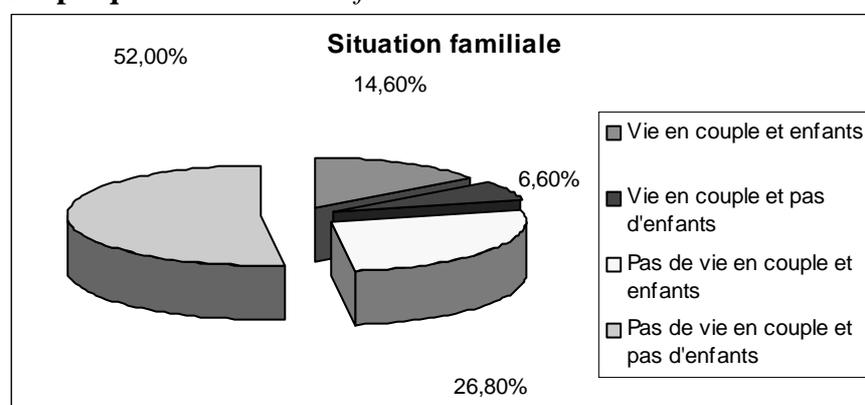
¹⁴ On rappelle que, par convention, les immigrés sont les personnes résidant en France et nées étrangères dans un pays étranger.

Remarque : Les entretiens permettent d'apporter quelques précisions sur le contexte de cette immigration : cette dernière semble relever davantage de la migration contrainte – problèmes politiques et/ou fort taux de chômage et de misère – que réellement choisie. Dans ces conditions, on comprendra la fragilité de cette population, confrontée au déracinement, aux difficultés d'adaptation et ce, d'autant plus qu'ils se retrouvent souvent dans des situations administratives illégales ou temporaires (*voir plus loin*).

3. Une vie de famille restreinte

3.1. Des situations de rupture conjugale et de dénuement affectif

Graphique n°7 : Situation familiale déclarée.



Source : Enquête Précalog du CREDES.

79 % des personnes interrogées vivent sans conjoint, 27% alors même qu'ils ont des enfants¹⁶ – ce qui semble indiquer le vécu d'une ou plusieurs ruptures conjugales – et 52% sans enfant. A la forte prépondérance des séparations conjugales se mêle l'hypothèse d'un dénuement affectif durable, assertion confirmée par l'étude temporelle de la situation familiale¹⁷. Parmi les individus sans conjoint ni enfant, 40% le sont depuis plus de 3 ans et 20% depuis plus de 10 ans¹⁸. Le phénomène est encore plus marqué pour les personnes vivant actuellement sans conjoint mais ayant des enfants. Après leur rupture, elles éprouvent des difficultés ou ne désirent pas redémarrer une nouvelle vie conjugale.

¹⁵ Selon le schéma classique des courants migratoires, décrit en particulier dans *La population immigrée*, de F. Daguet et S. Thave, INSEE Première n°458, 1999.

¹⁶ Il est à noter qu'on ignore si ces enfants sont encore à la charge des parents ou si ils vivent avec la personne interrogée.

¹⁷ Annexe 4 point 3

¹⁸ Les non réponses (environ 40%) sur la question de la durée de la situation familiale ont été exclues des calculs de fréquence. Nous faisons l'hypothèse que ce choix tend davantage à sous-estimer la durée du dénuement conjugal qu'à le surestimer. En effet, aux vues de la répartition globale de la non réponse, l'absence de réponse à cette question relèverait davantage d'un oubli rétrospectif que d'un comportement de censure ; ce qui induirait que les non réponses correspondent à des durées si longues qu'elles en deviennent difficilement déterminables.

Par ailleurs, l'étude de la pérennité des vies de couple¹⁹ (qui concerne 20% des individus) tend à relativiser leur stabilité : 55% des personnes sans enfant cohabitent avec leur conjoint depuis moins d'un an (et plus de 80% depuis moins de 3 ans). Nous nous devons cependant de nuancer ce propos. Ici, la forte non réponse (20%) semble aller dans le sens d'une sous-estimation des durées réelles de vie en couple.

3.2. Situation familiale et autres variables socio-démographiques²⁰

Si l'étude de la situation familiale selon l'âge, le sexe et la nationalité est primordiale, c'est qu'elle n'a ni le même sens ni les mêmes implications dans les trajectoires individuelles. Être célibataire à 50 ans ne fait pas appel aux mêmes schèmes de représentations individuelles et collectives que lorsqu'on l'est à 20 ans. De même, il est clair que femmes et hommes n'adoptent pas les mêmes comportements et ne sont pas confrontés aux mêmes problèmes face à une rupture conjugale.

Pour notre échantillon, plusieurs remarques peuvent être faites :

- Les structures familiales se différencient peu selon la nationalité : 20% des français vivent actuellement en couple contre 22% pour les étrangers ; et 39% des français déclarent avoir des enfants contre 42% des étrangers. Cependant, il faut remarquer que les étrangers ont plus d'enfants que les français (3,1 contre 2,2 en moyenne). Les familles étrangères, souvent originaires du Maghreb, doivent donc supporter une charge familiale plus lourde (lorsqu'ils en portent une) que les français.
- Les femmes rencontrées se trouvent plus souvent insérées dans un cadre familial classique : 25% vivent en couple contre 19% des hommes et 47% ont des enfants pour seulement 38% des hommes.
- En particulier, les femmes entre 36 et 45 ans et entre 46 et 55 ans sont respectivement 36% et 50% à vivre avec leur conjoint. Mais c'est aussi parmi ces classes d'âge que l'on retrouve les plus forts taux de femmes seules ayant des enfants (respectivement 34% et 44%). Le développement important des procédures de divorce explique, en partie, l'émergence des femmes seules et des familles monoparentales en difficultés. En effet, un nombre important de femmes ont abandonné prématurément leurs études et/ou ont peu expérimenté le marché du travail, du fait de la répartition sexuée des rôles entre hommes et femmes. De ce fait, une rupture conjugale plonge irrémédiablement les femmes au foyer ou exerçant des emplois à temps partiel dans des situations difficiles. Un tel processus est visible tant au niveau quantitatif qu'au niveau qualitatif. D'une part, lorsque l'on étudie le « métier actuel ou le dernier métier exercé » et « l'âge de fin d'études »²¹ de ces femmes,

¹⁹ Etude excluant les non réponses.

²⁰ Point 3 de l'annexe 4.

²¹ Ce qui correspond aux questions 10.1 et 10.2 du questionnaire dont on peut trouver le formulaire en *annexe 1*.

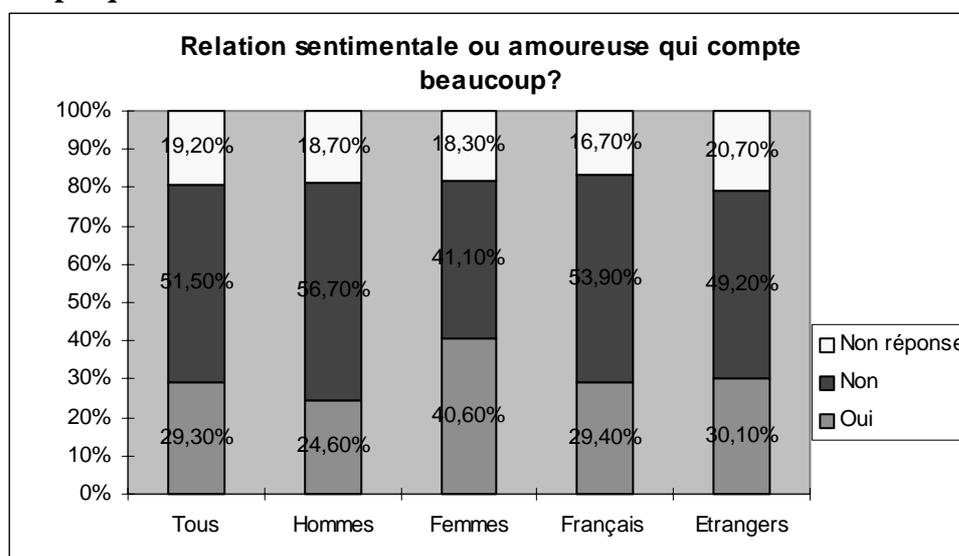
on s’aperçoit que 22% sont incapables de citer un emploi stable, 24% sont ouvrières et 28% employées – emplois où le temps partiel est particulièrement développé parmi les femmes – et parmi les femmes de 36 à 55 ans, une sur trois a arrêté ses études avant 16 ans. D’autre part, la déstabilisation induite par la séparation du conjoint chez les femmes au foyer est latente dans plusieurs entretiens (**Fabienne...**).

3.3. Relation sentimentale importante et sentiment d’isolement

Certes les vies en couple sont rares dans notre échantillon, cependant cela ne signifie pas que les individus ne vivent aucune relation sentimentale ; et vice-versa, vivre en couple n’induit pas nécessairement de vivre une relation sentimentale. Aussi, dans la construction du questionnaire *Précalog*, avons-nous fait le choix d’ajouter cette question : *Avez-vous une relation sentimentale ou amoureuse qui compte beaucoup pour vous ?*

Là encore, on ne peut que constater à quel point le vide sentimental est répandu. Sur l’ensemble de l’échantillon, seuls 29% des individus déclarent vivre une relation sentimentale ou amoureuse. Ce sont, et de loin, les hommes qui sont le plus touchés par ce vide sentimental (au moins 57% d’entre eux contre 41% parmi les femmes).

Graphique n°8 : Relation sentimentale selon le sexe et la nationalité



Source : Enquête Précalog du CREDES.

Si l’installation en couple est souvent perçue comme l’aboutissement d’une relation amoureuse partagée, elle ne saurait constituer un indicateur réellement fiable de la vie sentimentale des individus.

Bien que vie en couple et vécu d’une relation sentimentale importante sont statistiquement profondément liés²², de nombreuses exceptions subsistent. Beaucoup d’individus vivant avec

²² Le test du Chi-deux, rejette l’indépendance de ces deux variables, avec un niveau de significativité supérieur à 99,999%.

leur conjoint ne se prononcent pas sur l'importance de leur relation sentimentale (45%). Un tel cas de figure tend à indiquer une forme de fragilité dans ces couples. D'autre part, près d'un individu sur quatre, s'ils vivent sans leur conjoint, déclarent pour autant une relation affective importante.

B. Critère subjectif descriptif : une enfance jugée difficile

1. Cadre d'analyse et choix interprétatifs

Plusieurs travaux, tant en France qu'à l'étranger, ont fait état de la sur-représentation des événements négatifs vécus avant 18 ans par les personnes en situation de précarité. Ainsi, l'étude des sans-domicile fixe à Paris²³, a montré que la vulnérabilité de leurs conditions de vie remonte souvent à l'adolescence : « un sur quatre ne vivait à 16 ans ni avec son père, ni avec sa mère et un sur six avait à cet âge un père inconnu ou décédé, un sur dix une mère inconnue ou décédée ». L'étude s'est ici restreinte aux événements objectifs de jeunesse, à savoir les abandons, décès de proches et autres placements en institutions. D'autres enquêtes ont proposé de prendre en compte des événements de jeunesse plus subjectifs qui relèvent du registre du sentiment et, en tant que tels, restent relatifs et difficilement vérifiables. Aux Etats-Unis, plusieurs chercheurs se sont intéressés à la perception du passé familial des sans-domicile et ont mis en évidence le fait que la plupart d'entre eux, soit considèrent avoir été élevée dans des familles démunies et/ou difficiles²⁴, soit était issue de l'assistance publique et de l'aide sociale à l'enfance²⁵. En France, Georges Menahem s'est intéressé dans différents ouvrages, aux liens qui peuvent exister entre la déclaration des problèmes juvéniles et les représentations et pratiques des individus à l'âge adulte. Ses travaux les plus intéressants pour notre étude portent sur les thèmes de la précarité²⁶ et de la santé²⁷.

²³ M. Marpsat et J-M. Firdion, *Les personnes sans domicile à Paris : caractéristiques, trajectoires et modes de vie*, 2000, dans *La rue et le foyer : une recherche sur les sans-domicile et les mal-logés dans les années 1990, Travaux et documents de l'INED*, PUF, p.257-285.

²⁴ En particulier, l'importance des violences physiques et des abus sexuels a été mise en évidence dans E.S. Susser, S.P. Lin, S.A. Conover, E.L. Struening., *Childhood Antecedents of Homelessness in Psychiatric Patients*, 1991, *American Journal of Psychiatry* n°148, p.1026-1030.

²⁵ On pourrait, en particulier, consulter P. Koegel, E. Melamid, A. Burnam, *Childhood risk factors for homelessness among homeless adults*, 1995, *American Journal of Public Health* n°12.

²⁶ G. Menahem avec la collaboration de P.Bantman et S.Martin, *Événements de la jeunesse, trajectoires de vie et troubles de l'existence à l'âge adulte*, 1994, dans *Trajectoires sociales et inégalités*, Editions Erès.

²⁷ G. Menahem, *Spécificités des usages précaires des systèmes de soins : quelques hypothèses*, 2000, dans *Les usagers du système de soins*, Rennes, Editions ENSP, p.249-262.

2. Les réserves émises quant à la subjectivité des problèmes dans l'enfance

Si les difficultés éprouvées pendant l'enfance s'avèrent être un facteur de vulnérabilité important parmi les populations démunies, une minorité de sociologues français accorde un véritable crédit à de telles variables. A cela, plusieurs raisons peuvent être avancées, méthodologiques d'une part, interprétatives d'autre part.

2.1. Réserves méthodologiques

Contrairement aux chocs objectifs tels que les décès ou les divorces, le regard porté sur les conflits familiaux, les conditions économiques, sa santé ou celle des proches, revêt un caractère éminemment subjectif. Il dépend profondément de phénomènes d'introspection et de « rétrospection » qui ne sauraient être neutres. Il existe une forte variabilité des capacités de mémoire et des modes de restitution se référant à des situations et des intérêts inégaux à se remémorer et à faire état de souvenirs déplaisants. La reconstruction et la perception du passé sont donc fonctions des conditions de vie actuelles et de la place occupée dans la société. Confrontés aux difficultés, les individus auront certainement tendance à noircir la représentation de leur enfance, soit comme expression d'une fragilité psychologique, soit comme mode de légitimation de leur parcours – tendance à se victimiser, à se déresponsabiliser d'une déchéance sociale. Au contraire, les individus en situation favorable auront davantage tendance à relativiser leurs problèmes et n'éprouveront pas le besoin de notifier les problèmes passés rencontrés (*oubli préféré*). Il existe donc un biais déclaratif fortement lié au mode de reconstruction des trajectoires individuelles. A ce problème de *relativité individuelle*, se superpose un biais déclaratif lié au contexte socioculturel. Il est probable que la notion de « problèmes dans l'enfance » soit sensiblement affectée par l'époque – donc l'âge des individus –, le contexte culturel et le milieu socioprofessionnel d'origine. On comprendra qu'un jeune adulte algérien immigré dans une cité de transit n'aura pas la même perception et les mêmes critères de gravité de son enfance – ni les mêmes revendications implicites – qu'une personne de 50 ans ayant toujours vécu dans un milieu privilégié français. Pour ces raisons, les analyses statistiques des problèmes de l'enfance déclarés se doivent d'être manipulées avec minutie et nuances, et en particulier pour notre objet de recherche : les comparaisons entre précaires et non précaires.

2.2. Réserves interprétatives

De plus, si la sociologie actuelle est aussi réticente à donner à l'enfance un poids important sur les trajectoires individuelles, c'est qu'elle a souvent peur d'aboutir à une étude clinique jugée trop « psychologisante ». Il est vrai que la veine d'études reposant sur la psychologie qui a porté sur les « errants » et « les clochards » dans la première partie du 20^{ème} siècle n'a rien d'engageante : de l'eugénétique prônée en vertu d'une faiblesse psychologique innée et

transmissible, aux déterminants psychiatriques multiformes de l'errance – *neurasthénie, dromomanie, schizophrénie, perversion...* – en passant par d'hypothétiques stratégies de vie fondées sur l'*immaturité* ou la *paresse*. Dans ces conditions, s'intéresser aux liaisons entre événements négatifs juvéniles et échecs sociaux ne manque pas de faire resurgir le fantôme d'une restriction psycho-pathologique de la précarité.

C'est là une limitation dommageable que sous-tend la lutte entre sciences humaines pour la monopolisation des champs d'étude et des approches d'investigation. Comme Piaget l'a montré, il faut dépasser l'opposition, opérée par Durkheim, entre approche psychologique et approche sociologique pour aborder la question de la socialisation et de l'impact de l'enfance sur la construction sociale de l'identité²⁸. Le phénomène de socialisation primaire ne saurait se résumer à un conditionnement, à l'inculcation de règles, normes et valeurs par des institutions à des individus passifs. Mais le milieu dans lequel l'enfant évolue « *n'est pas non plus une chose amorphe sur quoi il projetterait librement des structures cognitives préétablies* »²⁹. Il est le fruit d'une interaction permanente entre le sujet et le milieu social, interaction non linéaire marquée par des ruptures, reconstructions et restructurations d'équilibres toujours provisoires. Cependant, Piaget semble considérer que la structuration de la personnalité est quasiment acquise au moment de l'entrée sur le marché du travail. L'individu serait donc hyper-socialisé et les représentations du réel hyper-déterminées au sortir de l'enfance. Ce modèle simplificateur est fortement invalidé lorsqu'il s'agit d'expliquer les comportements et pratiques adaptatives des individus aux changements de leur existence. Aussi, pour traiter des implications des problèmes de l'enfance sur les trajectoires biographiques, il faut à la fois considérer les mécanismes d'intériorisation des conditions objectives et les mécanismes d'extériorisation des dispositions subjectives³⁰. C'est seulement en confrontant l'identité subjective (*identité pour soi*) et l'identité objective – ou objectivée – (*identité pour autrui*) que l'on peut comprendre la structuration des représentations et la genèse des pratiques.

Dans un tel cadre d'analyse, le caractère subjectif des déclarations ne saurait alors poser problème. La perception de l'enfance peut être comparée au processus de développement photographique : bien qu'elle tente de saisir une réalité objective, une photographie ne saurait être neutre, tant dans le choix de l'objet, l'angle de vue que le mode de développement. De même, l'image de l'enfance est « révélée » en fonction de la situation présente et le « négatif » agit comme « fixateur » des représentations et, en tant que tel, influe fortement sur les pratiques individuelles. Autrement dit, ce n'est donc pas tant les négatifs qui importent que la manière dont l'individu développe la pellicule de son enfance.

²⁸ J. Piaget, *La psychologie de l'enfant*, 1971, PUF 4ème édition.

²⁹ Danset, *Eléments de la psychologie du développement : introduction et aspects cognitifs*, 1983, Paris Colin.

³⁰ P. Bourdieu (avec L. J. D. Wacquant), *Réponses*, 1992, Editions du Seuil.

Une telle approche est particulièrement pertinente pour les personnes en situation de précarité. En effet, si comme l'indiquait Lagache, « *ce sont les situations conflictuelles, dissociatives qui indiquent le moment où l'homme doit trouver un mode nouveau d'adaptation* »³¹, la prise en compte des problèmes déclarés dans l'enfance apporte des éclaircissements certains sur les processus de précarisation des individus, tant dans l'étude des conduites ordaliques, que de l'impact psychosocial des déficiences affectives et financières du réseau familial.

3. Importance des problèmes dans l'enfance

Le tableau 5 indique pour chaque type de problèmes, le pourcentage d'individus l'ayant déclaré. Il révèle l'importance des événements négatifs et chocs émotionnels vécus par cette population (en moyenne, 1,9 problèmes juvéniles sont déclarés).

Tableau n°5: Fréquence des problèmes déclarés pendant l'enfance

Fréquence des types de problèmes déclarés pendant l'enfance selon la nationalité	Fréquence pour l'ensemble de l'échantillon	Fréquence pour les français	Fréquence pour les étrangers
Mort du père	17,63%	17,65%	17,67%
Mort de la mère	11,02%	13,73%	7,89%
Maladie du père	7,97%	10,13%	6,02%
Maladie de la mère	5,76%	7,19%	4,51%
Séparation/divorce des parents	15,59%	22,55%	7,14%
Mésentente avec les parents	17,63%	27,45%	7,14%
Conflits avec les parents	18,64%	28,43%	7,89%
Grand manque d'affection	24,41%	35,62%	12,41%
Situation matérielle difficile	28,47%	31,70%	25,56%
Événements graves liés à la guerre	11,19%	5,23%	18,80%
Problème de santé	14,58%	20,26%	8,27%
Autres événements	16,78%	19,93%	13,16%
Total	189,67	239,87	136,46

Source : Enquête Préalogue du CREDES.

La ligne « total » correspond au nombre total de problèmes déclarés pendant l'enfance pour une population de 100 individus. Ainsi, en moyenne un individu déclare 1,89 problèmes dans son enfance.

De manière simplifiée, nous pouvons scinder ces événements en trois types – liés entre eux, comme nous le verrons par la suite – que sont les problèmes de santé des proches, le cadre relationnel et économique de la cellule familiale et le contexte national dans lequel est inscrite cette vie de famille.

- La mort d'un ou des deux parents jalonne souvent leur existence, puisque 17,5% des individus ont connu le décès de leur père et 11% celui de leur mère, avant leur 18 ans. Ces

³¹ D. Lagache, *Éléments de psychologie médicale*, 1955, repris dans *Oeuvres*, 1979, PUF.

cassures biographiques induisent souvent, en sus d'une vulnérabilité affective et identitaire, manques économiques, placements en institutions et surexposition aux troubles comportementaux et aux conduites toxicomaniaques (cf. entretiens).

- Fréquemment, ils ont vécu entourés par la maladie, que ce soit leurs proches qui aient été touchés – 8% déclare une maladie grave du père et 5,75% pour la mère – ou que ce soit eux-mêmes qui aient connu des troubles prématurés de santé (14,6% d'entre eux). Là encore, de telles expériences juvéniles sont facteurs de vulnérabilité et de troubles durables. Elles sont également susceptibles de conditionner leur rapport au corps et à la santé en général.
- La perception du milieu familial est profondément négative. D'une part, 28% des personnes interrogées déplorent des conditions matérielles difficiles. D'autre part, le poids des troubles relationnels entre les membres de la famille y est flagrant. Objectivement, près d'un individu sur six a connu la séparation ou le divorce des deux conjoints. D'une manière plus subjective, 18% des personnes déclarent des mésententes et relations conflictuelles avec leurs parents et un individu sur quatre avoir souffert d'un profond manque affectif. Les entretiens tendent à réfuter la thèse d'une aggravation des problèmes relationnels réellement vécus et d'une propension à la plainte généralisée. L'exploration des récits de vie montre que les déficiences affectives sont profondément ancrées et qu'elles se sont généralement matérialisées par des mises à la porte, des violences voire même des abus sexuels.
- Enfin, il faut souligner que plus d'un individu sur dix déclare avoir été confronté à des problèmes liés à la guerre. Comme on pouvait s'y attendre, de tels phénomènes sont particulièrement récurrents parmi les étrangers (19% d'entre eux) et renseignent, pour partie, sur les conditions difficiles d'immigration.

4. Inégalités des déclarations selon les caractéristiques sociodémographiques

4.1. Classe d'âge et sexe³²

Dans notre échantillon, hommes et femmes déclarent, en moyenne, le même nombre de problèmes dans l'enfance, avec néanmoins de légères différences : une sur-représentation des problèmes affectifs parmi les femmes, compensée par une sous-représentation des deuils.

La tendance générale des troubles juvéniles déclarés en fonction de l'âge est sensiblement la même pour les hommes et pour les femmes :

³² voir annexe 4 point 4

- L'occurrence des deuils parentaux prématurés augmente en fonction de l'âge de l'individu, ce qui reflète l'amélioration de l'espérance de vie au cours du 20^{ème} siècle.
- Femmes et hommes de plus de 55 ans ont été plus marqués, pendant leur enfance, par les guerres et conflits (ce sont les seuls de notre échantillon à avoir connu la deuxième guerre mondiale ou à avoir été en âge de participer aux guerres d'Algérie et d'Indochine).
- Ce sont les plus jeunes qui se plaignent le plus fréquemment de problèmes affectifs. Les hommes de moins de 25 ans déclarent en moyenne 1 défaillance affective et les femmes de moins de 25 ans 1,48.

4.2. La nationalité

Bien plus que la structure par âge et sexe, c'est la nationalité des individus qui discrimine le plus les déclarations sur l'enfance. Le tableau 6 (ci-dessous) montre l'ampleur des différences qui existent entre français et étrangers dans la perception de leur enfance. Les patients français déclarent presque deux fois plus d'événements juvéniles négatifs que les étrangers (en moyenne 2,4 contre 1,35).

Tableau n°6 : Nombre moyen de problèmes type selon la nationalité :

Type de problèmes	Français	Etrangers
Deuil des parents	0,31	0,26
Vécu maladies ³³	0,38	0,19
Problèmes affectifs ³⁴	1,14	0,35
Problèmes économiques	0,32	0,26
Autres problèmes ³⁵	0,25	0,32
Total	2,40	1,36

Source : Enquête Précalog du CREDES.

L'écart enregistré n'est pas du tout réparti également selon le type de problèmes. Les différences ne sont réellement significatives – au sens statistique du terme – que pour deux grands ensembles de problèmes :

- Il y a sur-représentation des problèmes de santé déclarés, et en particulier de ses propres problèmes de santé (cf. tableau 5 page 61) : 20% des français déclarent avoir été personnellement touchés par un problème de santé pour seulement 8% des étrangers.

³³ Par *Vécu de maladies*, on entend l'ensemble des problèmes de santé connus par l'individu, qu'il en soit lui-même la victime ou que ce soit ses parents.

³⁴ Dans ce groupe de problèmes sont regroupés les problèmes relationnels intra-familiaux : séparation, divorce des parents, mésentente et conflit avec les parents, manque affectif.

³⁵ Il s'agit ici des problèmes liés à la guerre et des autres problèmes non identifiés.

- Surtout, le poids des troubles relationnels est trois fois plus important parmi les français. En moyenne, ces derniers déclarent 1,14 problèmes affectifs contre seulement 0,35 dans la sous-population étrangère. Le tableau 5 (page 61) indique que ces différences concernent tant les événements familiaux objectifs – séparation et divorce – que la perception des relations entre parents et enfants – mésentente, conflit et manque d'affection.

4.3. Les facteurs explicatifs de ces différences ?

Au-delà de ces constats, il s'agit de comprendre les mécanismes qui sous-tendent des différences si flagrantes. Deux hypothèses explicatives peuvent être soulevées :

- La première repose sur les différences socioculturelles. Séparations et divorces sont moins développés sur le continent africain, pour des raisons législatives ou de moindre acceptation sociale. De même pour les français, les lois sur le divorce n'ayant été promulguées que dans les années 70, le contexte familial est profondément différent selon leur âge. Parallèlement, la déclaration subjective de problèmes familiaux est fortement dépendante de ce que l'individu perçoit comme « un problème ». Il se réfère donc à des modèles de « normalité sociale » qui diffèrent profondément selon la société d'appartenance. Qui plus est, la délimitation du noyau familial est souvent moins restreinte chez les étrangers si bien qu'un manque affectif ou des relations conflictuelles avec les parents peuvent être lissés et compensés par des liens plus forts avec d'autres membres de la famille (oncles, tantes...). L'effet des différences culturelles dans la structuration et la perception de la vie familiale est indéniable. Néanmoins, il est difficilement quantifiable.
- La seconde hypothèse postule que les individus touchés par la précarité ont des profils différenciés selon leur nationalité, leur âge et leur sexe. Par exemple, sous cette hypothèse, l'enfance difficile se révélerait un facteur primaire d'exposition à la précarité plus prégnant chez les français alors que les risques de vulnérabilité reposeraient davantage sur d'autres composantes pour les étrangers (la précarité administrative, la relégation dans des quartiers défavorisés...). Cette hypothèse soulève donc le problème de l'hétérogénéité des situations de précarité et des expériences ressenties et sera analysée par la suite.

5. Des problèmes liés entre eux³⁶

Il est évident que les problèmes de jeunesse déclarés par les individus ne sauraient être disjoints et indépendants les uns des autres. L'étude des corrélations deux à deux des événements négatifs déclarés³⁷ met en évidence certains liens. Cependant, comme toute étude de corrélation, nous ne connaissons ni le sens ni la teneur de ces liens. Aussi, me suis-je appuyé sur les entretiens afin de mieux expliciter ces mécanismes.

Nous pouvons ici résumer les co-déclarations les plus intéressantes :

- Les problèmes de santé dans l'enfance sont très significativement co-déclarés avec mécontentement et conflits familiaux ou encore avec un grand manque affectif. Les entretiens permettent de mieux comprendre ce résultat, en mettant en évidence deux principaux mécanismes. Des relations conflictuelles avec la famille peuvent se matérialiser par de graves troubles psychosomatiques. D'autre part, de sérieux problèmes de santé tendent à désocialiser l'enfant, par contrainte de suivi médical et interruption scolaire ou encore par un sentiment de différence. Une telle situation est particulièrement source de conflits dans les familles en difficultés financières, l'enfant ayant le sentiment d'être une charge.
- En effet, lorsque les individus déclarent avoir connu des conditions matérielles difficiles, le plus souvent ils font état de relations houleuses avec les parents et/ou d'une grande déficience affective. Là encore, les entretiens révèlent deux pistes de compréhension. Les difficultés financières des parents induisent des rapports plus durs et de moindre écoute aux enfants. Les préoccupations économiques, le manque de temps et la taille souvent importante de la fratrie peuvent être responsables d'un sentiment d'isolement et de mal-être chez l'enfant. Dans le sens contraire, les difficultés financières et les manques affectifs peuvent être le résultat de conflits durs ayant entraîné coupure des vivres, mise à la porte ou départ prématuré de l'adolescent.
- Enfin, lorsque l'on s'intéresse aux implications des décès et maladies familiales sur le vécu de l'enfance, on constate de profondes différences dans les corrélations selon le parent touché. Si la mort et la maladie de la mère sont significativement co-déclarées au manque affectif (respectivement, des corrélations très significatives de 0,22 et 0,16), c'est nettement moins le cas lorsque le décès ou la maladie concerne le père (respectivement, corrélation de 0,13 significative à 1% d'erreur et aucune corrélation significative).

³⁶ voir annexe 4.4

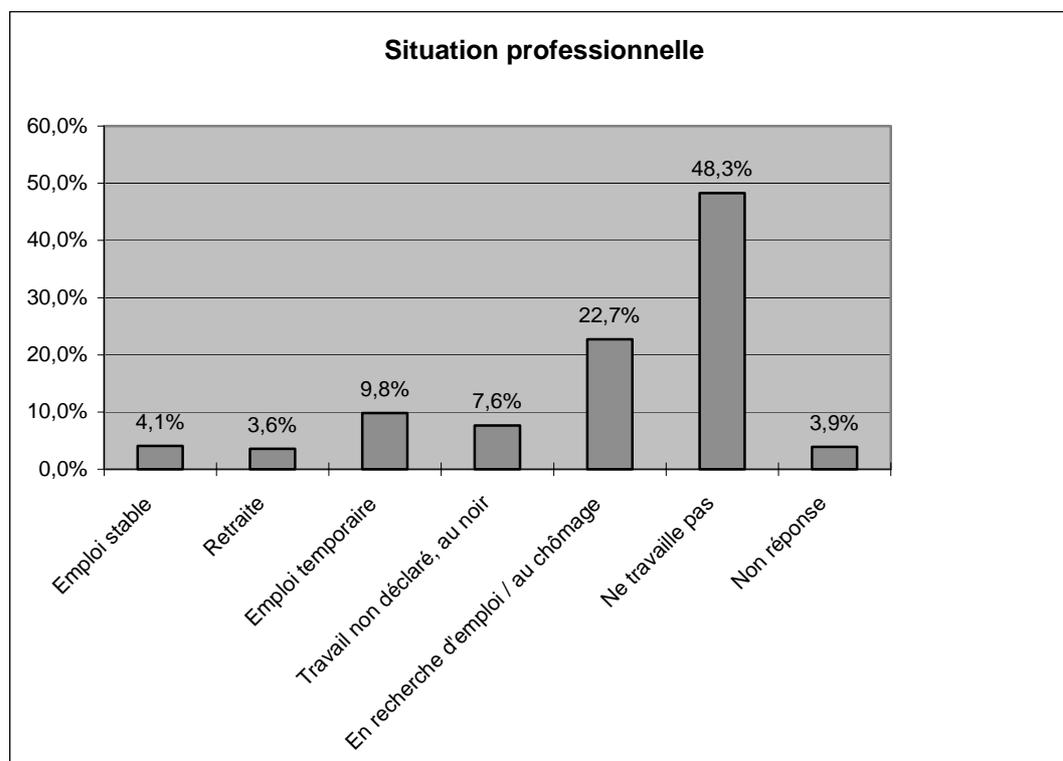
³⁷ Ibid.

C. Les conditions de vie : des déficiences multiples

1. Ici, point de travail

Les individus fréquentant les centres de soins gratuits sont avant tout frappés par le manque d'emploi.

Graphique n°9 : Situation professionnelle déclarée des individus.



Source : Enquête Précalog du CREDES.

- Seul 1 individu sur 25 déclare un emploi stable et 1 sur 30 a pris une retraite non anticipée.
- 17,5% des individus de l'échantillon occupent des emplois très instables et généralement peu rémunérateurs (emplois temporaires et travail non déclaré). Les français sont plus nombreux que les étrangers à se diriger vers des emplois temporaires (13,1% contre 5,6%³⁸), alors que ces derniers vont davantage vers les emplois non déclarés (12,8% contre 3,3% parmi les français). C'est l'importance des sans papiers parmi la sous-population étrangère (voir point 5 de cette partie) qui explique essentiellement ces différences.

³⁸ Voir annexe 5 point 1.

C'est donc principalement l'absence d'emploi qui caractérise notre échantillon. Ils sont plus de 80% dans ce cas. D'autre part, il est frappant de voir que moins du tiers de ces « sans emploi » déclare en chercher un. Si ce phénomène est particulièrement développé chez les mères de famille, il ne se circonscrit pas à cette sous-population. Les individus rencontrés sont donc très éloignés du marché du travail ; soit par pérennité du chômage qui tend à rendre les inemployés « inemployables » aux yeux des entreprises, soit par contraintes administratives (seuls 13% des étrangers recherchent actuellement un emploi déclaré³⁹).

L'analyse des durées de ces situations professionnelles, bien qu'altérée par une forte non-réponse (de l'ordre de 25%), apporte plusieurs précisions intéressantes⁴⁰:

- Lorsque les individus déclarent des emplois stables, il s'agit souvent d'un travail très récemment obtenu (moins d'un an pour près de la moitié d'entre eux) et donc de situations qui, si elles semblent plus favorables, demeurent fragiles et réversibles.
- La comparaison des durées des emplois temporaires (principalement déclarés par des hommes français ayant moins de 45 ans) et du travail au noir (exercé majoritairement par des étrangers sans papiers) confirme la présence d'une économie souterraine efficace. Alors que la carrière dans les emplois temporaires est réellement intermittente – seul un individu sur quatre exerce ce type d'emploi depuis plus d'un an –, les étrangers trouvent dans l'emploi au noir une forme de stabilité professionnelle, puisque 24% seulement des emplois non déclarés sont exercés depuis moins d'un an et 27% depuis plus de 5 ans. Certes cette paradoxale stabilité est contrainte pour les « sans papiers » puisqu'ils n'ont pas d'autre choix, et elle trouve son pendant dans des entraves administratives moins contournables dans les domaines du logement et/ou de la protection sociale (comme nous le verrons plus loin).
- L'analyse des durées « de non emploi » tend à noircir encore davantage la situation des « sans emploi ». Le profil de « chômeur longue durée » est fortement représenté puisque 43% des chômeurs recherchent un emploi depuis plus d'un an et près de 25% depuis plus de 2 ans. Or, plus le temps de recherches infructueuses est long et plus les chances de se réinsérer dans la sphère professionnelle s'amenuisent. De même, les personnes qui ne travaillent pas et ne semblent pas chercher d'emplois sont confrontées à une telle situation depuis longtemps (5% seulement depuis moins d'un an⁴¹).

³⁹ Idem : voir annexe 5 point 1.

⁴⁰ Ibid.

⁴¹ Il faut, pour ce groupe, souligner le très fort taux de non réponse : 38,1%. Une analyse secondaire de cette non réponse (situation matrimoniale, niveau de PCS...) va davantage dans le sens d'une aggravation que d'une surestimation des problèmes professionnels. Si les individus ne répondent pas à cette question, c'est en général parce qu'une telle situation date depuis très longtemps (difficulté de rétropection précise) ou encore parce que cela a toujours été ainsi (« depuis toujours »).

2. Catégories socioprofessionnelles inférieures et degré de scolarisation limité

Cette vulnérabilité marquée dans le domaine de l'emploi est naturellement à relier à un manque de qualifications et à un bas niveau d'accomplissement scolaire. Ces deux facteurs agissent dans les deux sens du processus de précarité : à l'entrée, comme facteur de vulnérabilité économique et de fragilité professionnelle puisque ce sont généralement les premiers sur les listes de licenciement ; à la sortie, comme obstacle à une réinsertion sociale et professionnelle.

Le tableau 7 (ci-dessous) estime la catégorie socioprofessionnelle d'appartenance des individus. Il est question ici d'estimation puisque, à la vue des forts taux de « sans emploi », la PCS ne peut être réellement approchée que par le dernier métier exercé par l'individu. En reprenant les termes de Erving Goffman, on parlera davantage de PCS *virtuelle*⁴² que de PCS objective.

Tableau n°7 : « Quel est votre métier actuel ou le dernier métier exercé ? »

Dernier métier exercé	Pourcentage sur l'échantillon
Jamais travaillé ou non réponse	17,8%
Exploitants agricoles	1,5%
Artisans, commerçants, chefs d'entreprise	3,6%
Cadres et professions intellectuelles supérieures	2,2%
Professions intermédiaires	10,9%
Employés	14,9%
Ouvriers qualifiés	28,8%
Ouvriers non qualifiés	17,0%
Etudiants, mère de famille	3,4%
Total	100,0%

Source : Enquête Précalog du CREDES.

Comme on pouvait s'y attendre, les consultants des centres de soins pour démunis présentent des profils socioprofessionnels très déclassés. Ils sont massivement d'origine ouvrière (46% d'entre eux décomposé en 29% d'ouvriers professionnels et 17% d'ouvriers spécialisés). Les autres emplois exercés le sont principalement dans le domaine des services (15% d'employés) et dans les professions intermédiaires (11%). Par ailleurs, 18% des individus ont explicitement ou implicitement⁴³ déclaré n'avoir jamais exercé d'emploi. Le plus souvent, il s'agit de jeunes personnes n'ayant pas encore expérimenté le marché du travail (42%) ou de mères de famille qui se sont toujours occupées de leurs enfants (20%).

⁴² Je me fonde ici sur les propos avancés par E. Goffman dans *Stigmate, les usages sociaux des handicaps*, 1975, aux Editions de Minuit : « ... le caractère attribué à l'individu, nous le lui imputons de façon potentiellement rétrospective, c'est à dire par une caractérisation en puissance, qui compose une identité sociale virtuelle ».

⁴³ Une non réponse à cette question peut, en effet, être assimilée à l'absence d'emploi passé.

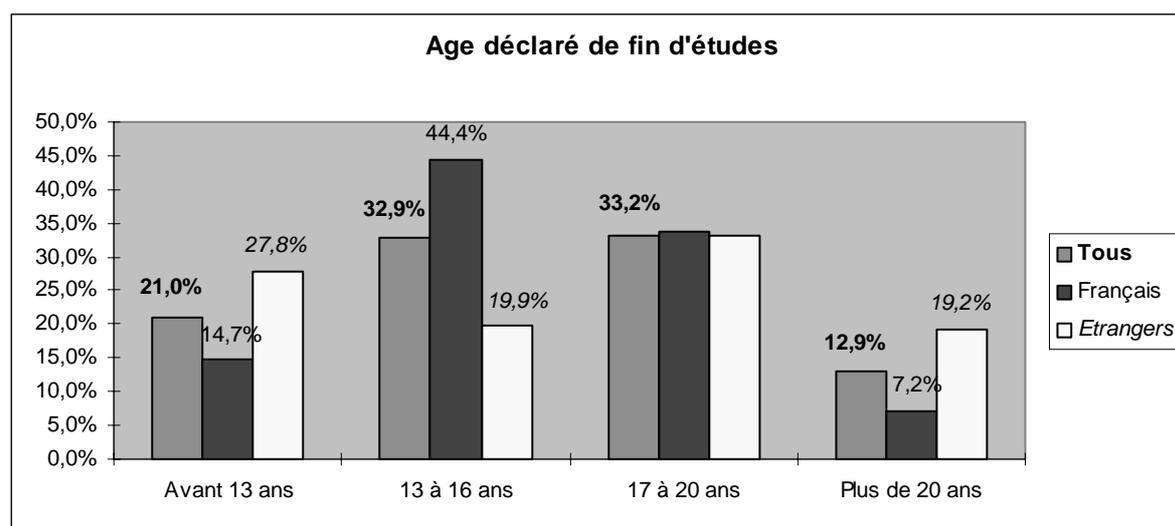
Pour analyser les niveaux de scolarisation, le CREDES a choisi de raisonner en termes d'âge d'interruption d'études plutôt qu'en termes de diplôme ou de niveau de diplôme. Un tel choix trouve une double légitimité : d'une part, les profondes transformations du système éducatif (en particulier la floraison de nouveaux types de diplômes) rendent peu interprétables les comparaisons entre générations différentes ; d'autre part, il n'existe pas de grilles d'équivalence entre diplômes français et étrangers. En ne prenant en considération que l'âge d'interruption des études, on gomme partiellement ces biais de comparaisons tout en conservant une idée du niveau de diplôme acquis.

Avant tout, il faut souligner que la catégorie socioprofessionnelle inférée des individus est fortement liée à l'âge d'arrêt de leurs études⁴⁴, validant d'une certaine façon la prise en compte de cette variable comme substitut au degré d'études atteint.

Le graphique 10 (ci-dessous) met en évidence deux principales caractéristiques de notre population :

- Nos patients présentent un faible niveau de scolarisation : plus d'un individu sur deux s'est arrêté avant ses 16 ans révolus et seul un individu sur 8 a poursuivi sa scolarité après ses 20 ans.
- Les parcours scolaires des étrangers et des français sont sensiblement différents. Si les français ont très majoritairement arrêté leurs études entre 13 et 16 ans, ce sont parmi les étrangers qu'on retrouve à la fois les moins scolarisés (28% n'étaient plus à l'école à 13 ans contre 15% parmi les français) et les plus scolarisés (19% après 20 ans contre seulement 7% parmi les français).

Graphique n°10 : Âge déclaré de fin d'études



Source : Enquête Préalogue du CREDES.

⁴⁴ Le test du Chi-Deux rejette l'indépendance de ces deux dimensions (risque d'erreur inférieur à 0,0001%).

3. Une grande pauvreté

A la vue du « désert professionnel », nous ne serons pas surpris par la faible proportion des individus déclarant des ressources relativement stables (13%) – voir tableau 8 –. Un individu sur trois touche des aides institutionnelles directement liées à l'absence et/ou l'incapacité au travail (Allocations chômage, Assedic, RMI, Allocation Adulte Handicapé).

30% des patients rencontrés ne déclarent aucune ressources, si ce n'est la manche.

Tableau n°8 : Principales ressources déclarées :

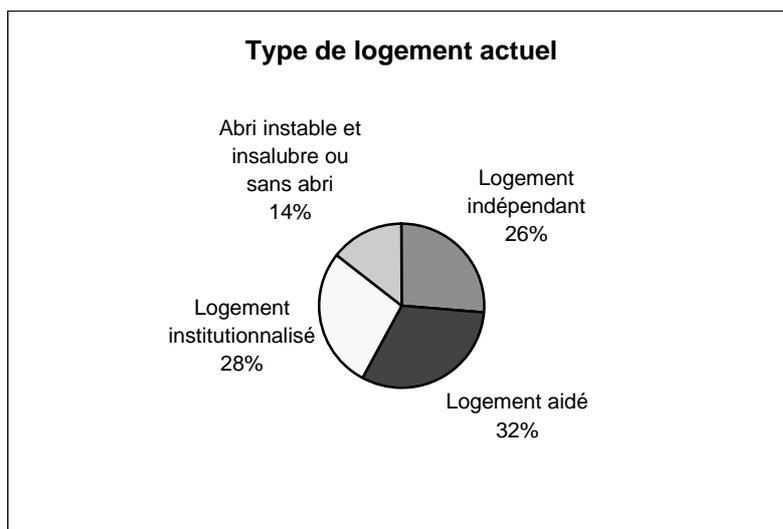
Principale ressource déclarée	Fréquence
Salaire, retraite ou revenu déclaré	12,9%
Petits boulots, travail au noir	12,4%
Allocations chômage, ASSEDIC	11,4%
RMI, AAH, pension	20,3%
Autres allocations (familiales, logement...)	4,8%
Aide de la famille ou des proches	8,5%
Fait la manche	2,5%
Aucune ressources déclarées	27,3%
Total	100,0%

Source : Enquête Précalog du CREDES.

4. Des situations de logement instables

La situation au regard du logement s'avère plus hétérogène.

Graphique n°11 : Logement actuel



Source : Enquête Préalogue du CREDES.

Logement indépendant = logement propre (locataire ou propriétaire)

Logement aidé = chez des amis ou dans sa famille

Logement institutionnalisé = foyer, centres d'accueil

Abri instable et insalubre ou sans abri = squat, tente, rue et hôtel souvent insalubre et très temporaire.

Seule une personne sur quatre présente une situation de logement stable et indépendante alors qu'un individu sur sept est contraint à dormir dans des squats ou dans la rue. Les 60% d'individus restant s'appuient, pour leur part, sur l'aide de proches, de la famille ou d'institutions de solidarité. Les réseaux informels d'entraide sont particulièrement développés dans les cultures étrangères (*annexe 5 point 4*) : 45% des étrangers sont hébergés chez des amis ou dans leur famille – en particulier, 60% des sans papiers – contre seulement 19% parmi les français. Ces derniers, lorsqu'ils ne disposent pas de leur propre logement, semblent moins aptes à mobiliser ces ressources informelles : 29% vaquent dans les différents centres d'hébergement et 17% vivent sans intimité dans des conditions insalubres.

De telles différences existent également selon le sexe (*voir la même annexe*). Bien que plus souvent sans ressources propres, les femmes trouvent souvent d'autres alternatives à la vie dans la rue. Elles bénéficient davantage de la solidarité familiale et amicale (42% des femmes rencontrées contre 26,5% parmi les hommes) et « supporteraient peut-être plus longtemps des situations de crise familiale ou de mauvais traitements »⁴⁵ plutôt que de se retrouver à la rue.

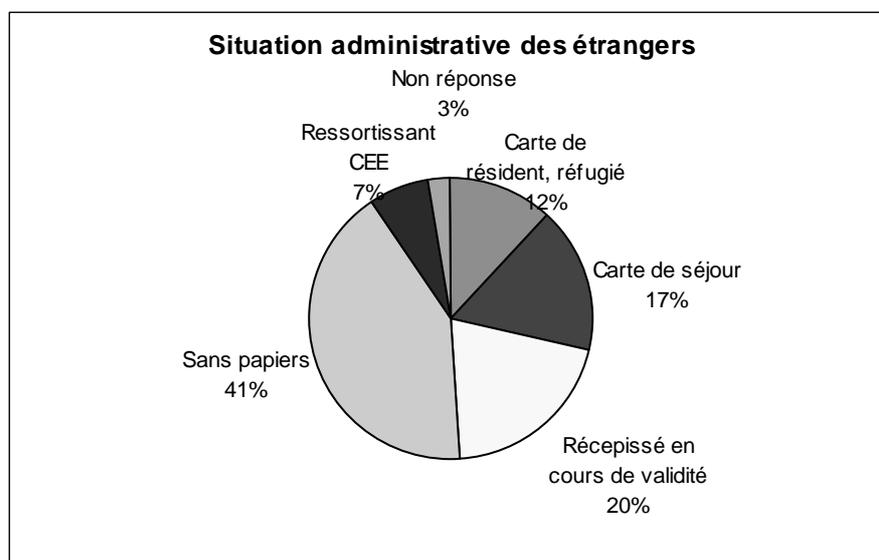
⁴⁵ Idée suggérée par J-M. Firdion et M.Marpsat dans *Les personnes sans domicile à Paris : caractéristiques, trajectoires et modes de vie*, dans *La rue et le foyer : une recherche sur les sans-domicile fixe et les mal-logé dans les années 90, 2000*, Travaux et documents de l'INED, PUF diffusion, p.257-285.

5. Des droits inaccessibles ou incarnés

5.1. Situation administrative des étrangers

Les étrangers de l'échantillon des consultants des centres de soins gratuits sont nombreux à n'avoir pas (ou pu) régularisé leur situation.

Graphique n°12 : Situation administrative des étrangers



Source : Enquête Précalog du CREDES

41% ne sont pas autorisés à résider sur le territoire et 20% sont actuellement en attente de régularisation. Ces deux groupes d'individus sont de manière générale plus jeunes que les résidents étrangers et sont issus de vagues d'immigrations plus récentes.

5.2. Protection sociale

Enfin, lorsque l'on s'intéresse à la protection sociale, on s'aperçoit que près d'un individu sur deux n'est pas protégé contre le risque de maladie. Par ailleurs un individu sur 10 a recours à une protection sociale spécifique. Le tableau 9 permet d'apporter deux précisions : les hommes sont mieux couverts que les femmes et, même en faisant abstraction des sans papiers, les étrangers accèdent plus difficilement à une protection sociale (37% parmi les résidents étrangers contre 65% parmi les français).

Tableau n°9: Niveau de protection sociale et caractéristiques sociodémographiques

Protection sociale	Echantillon	Hommes	Femmes	Français	Etrangers résidents	Etrangers sans papier
Bénéficiaire de la Sécurité sociale	44,8%	47,8%	37,8%	65,0%	36,8%	0,9%
Aide médicale, carte Paris santé...	9,2%	9,4%	8,9%	10,1%	11,0%	2,7%
Sans protection sociale	40,3%	37,2%	47,2%	18,3%	47,7%	92,8%
Ne sait pas	5,8%	5,6%	6,1%	6,6%	4,5%	3,6%
Total	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Source : Enquête Préalogue du CREDES

Ces profonds écarts trouvent deux explications potentielles : d'une part, les étrangers sont davantage enclins à pratiquer des emplois non déclarés ce qui tend à les confiner dans des positions de non-droit ; d'autre part, étrangers et femmes se trouvent peut-être davantage privés de droits auxquels ils pourraient accéder par une connaissance plus grande des rouages administratifs.

Les entretiens recueillis semblent aller dans le sens de ces deux assertions.

Partie II. : Approche multidimensionnelle de la précarité

A. Méthodologie

1. Fondement des variables explicatives : des dimensions hétérogènes pour décrire des situations différenciées

A partir du questionnaire, nous avons pu brosser un portrait fin des caractéristiques sociodémographiques et des difficultés générales auxquelles sont confrontés les patients des centres de soins pour démunis. Il s'agit, à présent, de raisonner en termes de situations individuelles. Afin de rendre compte au mieux de l'hétérogénéité des situations et des degrés de précarité, six principales dimensions ont été intégrées dans cette analyse :

1.1. Les six dimensions

- Les trois dimensions classiques que sont la *précarité professionnelle* (travail stable, temporaire, non déclaré, chômage ou encore sans emploi), la *précarité économique* (type et niveau estimé de ressources) et la *précarité du logement* (nature du logement, conditions sanitaires, stabilité, indépendance).
- La dimension administrative des individus : il est primordial de prendre en compte la régularité de la situation des étrangers sur le sol français tant elle a une influence prépondérante sur l'insertion sociale et les comportements des étrangers. C'est ce que nous désignerons comme la *précarité administrative* qui trouve son fondement dans le code de la nationalité. Il nous faut également considérer l'accès des individus à une couverture sociale : *la précarité par rapport à l'accès aux soins*.
- Une dimension plus originale est apparue, à la lecture des entretiens, comme importante dans le vécu de la précarité. C'est ce que nous pouvons résumer par le concept de *précarité affective* : c'est à dire le fait de vivre ou non dans un cadre familial – au sens élargi du terme, *i.e.* en prenant en compte le concubinage – ou en communauté ainsi que le sentiment d'isolement exprimé par les individus. Cette dimension composite est assez proche des concepts de précarité sociale ou de potentiel de solidarité morale et/ou financière. Il est en effet primordial de ne pas se laisser tromper par une association stricte, ambiguë et floue entre vie conjugale et isolement affectif (comme beaucoup d'études ont eu tendance à le faire). En intégrant les relations sentimentales actuelles, les cohabitations avec d'autres personnes et le sentiment subjectif d'isolement, nous pouvons juger plus exactement de la solitude et du dénuement affectif et social réels des individus.

En particulier, une telle variable synthétique permet de mieux distinguer ceux qui vivent seuls mais revendiquent cette autonomie et indépendance et ceux qui, au contraire, subissent cette solitude. Il demeure cependant l'écueil des relations « extra-logement » que relativise Claude Martin par ces mots⁴⁶ :

« S'il ne faut pas se laisser aveugler par ce phénomène de l'isolement dans le logement, car le tissu de l'entraide ne se réduit pas à l'espace que l'on habite, il est indéniable qu'un certain nombre de personnes seules dans leur ménage vivent la solitude, voire des situations de précarité ».

Le degré de scolarisation et le niveau de PCS⁴⁷ n'ont pas été intégrés directement pour juger du niveau de précarité des individus. En réalité, ils n'interviennent dans le quotidien des individus qu'en tant qu'*indicateur de ressources sociales*.

1.2. Indicateurs de précarité pour les dimensions retenues

Nous nous sommes alors attachés à schématiser ces six grandes dimensions en six indicateurs propres à représenter les variations des expériences de précarité. En se fondant sur des critères pluridisciplinaires (aspect pénal, sociologique ou encore psychologique), des typologies simples (trimodales⁴⁸) ont été constituées, décrivant précisément et de manière robuste les situations individuelles. Sur chacune des six dimensions, une personne est estimée :

1. Pas ou peu précaire,
2. En situation de précarité intermédiaire,
3. Très précaire.

Afin de mieux comprendre le mode de construction de ces typologies, nous pouvons prendre l'exemple de la situation de précarité au regard du logement. Les critères de différenciation des niveaux de précarité reposent sur le croisement de trois informations :

⁴⁶ C. Martin, *Famille et précarité : la protection rapprochée*, 2001, dans *Précarisation, risque et santé*, INSERM, pp.29-45.

⁴⁷ Le niveau de PCS est évalué par le biais de la question : « Quel est votre métier actuel ou le dernier métier exercé ? ». Pour les individus sans emploi, il représente davantage un niveau de PCS *virtuel* (au sens de Goffman).

⁴⁸ A l'exception de la dimension *Précarité d'accès aux soins* qui est binaire. L'individu est jugé *non précaire* s'il dispose de droits ouverts. Le cas échéant, il est jugé *précaire*.

- Le type de logement : appartement, centre d'accueil, foyer, hôtel, squat, tente, caravane... ;
- l'indépendance du logement : nous distinguerons quatre types à cet égard : logement propre et indépendant, logement aidé (amis, famille), logement de solidarité (Sonacotra, CHRS...) ou logement de fortune, impersonnel et sans réelle intimité (tente, squat, rue...) ;
- la pérennité de cette situation de logement.

En fonction de ces critères, l'ensemble des situations de logement recensées a été classifié, tout en conservant la richesse des informations recueillies :

Tableau n°10 : Degré de précarité au regard du logement :

<p>1) <u>Pas ou peu précaires</u> :</p> <p>a) Logement propre de long terme (plus de 6 mois),</p> <p>b) Logement aidé de long terme (plus de 6 mois),</p> <p>c) Logement de solidarité de long terme (plus de 6 mois).</p> <p>2) <u>Précarité intermédiaire</u> :</p> <p>a) Logement propre depuis moins de 6 mois,</p> <p>b) Logement « aidé » depuis moins de 6 mois.</p> <p>3) <u>Précaires</u> :</p> <p>a) Conditions de logement instables et souvent insalubres,</p> <p>b) Logement de « solidarité » instable (moins de 6 mois).</p>

La même logique a été utilisée pour les cinq autres dimensions. La description précise de l'ensemble de ces indicateurs et la répartition des individus sont détaillées en *annexe 6*.

2. Les méthodes statistiques utilisées

La question est de savoir comment rendre compte de l'hétérogénéité des situations de précarité à partir de ces six indicateurs synthétiques. La recherche d'un « score individuel de précarité »⁴⁹ – méthode consistant à faire la somme des vulnérabilités sur l'ensemble des dimensions – reflète bien le caractère graduel de la précarité. Cependant, deux écueils demeurent : d'une part, elle postule que les différentes formes de vulnérabilité ont le même poids sur les conditions de vie des individus (pondérations uniformes). D'autre part, un tel instrument ne décrit pas les nombreuses modalités que peuvent prendre la précarité. Or, il est à peu près certain que les comportements et pratiques se modulent en fonction de la situation vécue. Ainsi, un individu ayant un logement mais ne disposant d'aucune protection sociale se verra attribué le même score qu'un individu protégé mais sans logement alors que leur expérience et la manière d'y faire face sont fondamentalement différentes.

La méthodologie utilisée se décompose en trois étapes.

2.1. Analyses des correspondances multiples

L'Analyse des Correspondances Multiples (ACM) va nous permettre de cerner la diversité des expériences en faisant apparaître les manières dont se combinent les principales dimensions de la précarité. La problématique fondamentale des méthodes factorielles – dont fait partie l'ACM⁵⁰ – est de déterminer un sous-espace de dimension réduite, qui soit « compréhensible » par l'oeil, sur lequel projeter le nuage (dans notre cas, il s'agit du nuage des variables). En ce sens, elles sont l'extension de la statistique descriptive au cas multidimensionnel et permettent donc l'analyse simultanée de plusieurs variables. Pour obtenir un tel sous-espace, la méthode consiste à chercher, dans un premier temps, l'axe sur lequel le nuage se déforme le moins en projection (*i.e.* qui restitue la part la plus importante de l'inertie totale du nuage ou autrement dit de l'information contenue dans le nuage). Une fois ce premier axe déterminé, il s'agit alors de chercher le second axe sur lequel le nuage se déforme le moins, tout en étant orthogonal au premier. Il suffira ensuite de réitérer le processus jusqu'à restituer l'intégralité de l'inertie du nuage. L'utilisation des ACMs permet ainsi d'observer les combinaisons et les liens entre les variables actives – ici ce sont sur les 6 dimensions de précarité que se construisent les axes factoriels –, dégageant ainsi les tendances proches ou opposées des individus aux vues de leurs conditions de vie. L'analyse des

⁴⁹ Méthode expérimentée dans l'étude *Trajectoires de précarité, états de santé et accès aux soins*, Institut de l'Humanitaire, décembre 1999, P.Chauvin, I.Parizot, G.Menahem, M.Guiguet, N.Pech, J.Lebas.

⁵⁰ Dans le traitement spécifique des ensembles de données « mixtes », c'est à dire comprenant à la fois des variables qualitatives et de variables quantitatives. Pour plus d'informations sur les analyses de données en général et l'Analyse des Correspondances Multiples en particulier, le lecteur peut consulter M. Volle, *Analyse de données 4ème édition*, 1997, Editions Economica.

variables illustratives permettra de voir les variables signalétiques (âge, sexe, problèmes dans l'enfance...) qui caractérisent le mieux les profils de précarité. Ces variables seront projetées sur les axes sans pour autant participer à l'élaboration des axes et permettront d'affiner l'analyse des situations de précarité. L'ACM a, de plus, l'avantage d'être un outil visuellement puissant et très intuitif. La visualisation de plans factoriels dans l'espace des variables permet d'analyser l'information contenue sur deux axes factoriels⁵¹.

Dans notre cas, une telle analyse de données passe par une scission préalable en deux sous-populations : les consultants français d'une part et les consultants étrangers d'autre part – analyse stratifiée rendue nécessaire par le rôle prépondérant joué par la situation administrative sur la trajectoire des étrangers. Les variables actives incluses dans ces deux analyses seront donc les cinq (ou six) dimensions fondamentales de la précarité : professionnelle, économique, logement, affective, protection sociale et administrative (pour les seuls étrangers). L'ajout de nombreuses variables illustratives – variables socio-démographiques, degré de scolarisation, niveau de CSP, variables sur les comportements addictifs tels que la tabagie, l'alcool... – complète ces analyses. La comparaison des plans factoriels – variables actives comme variables illustratives – correspondant à nos deux sous-populations, française et étrangère, permet d'appréhender les fortes différences des contextes de la précarité, des ressources et réseaux de survie mobilisés.

2.2. Classification ascendante hiérarchique

En se fondant sur les résultats des analyses factorielles, une typologie des situations de précarité a été construite en utilisant la méthode classique qu'est la classification ascendante hiérarchique (CAH). Elle a pour objectif d'obtenir des classes d'individus les plus homogènes possibles, en les agrégeant de manière à perdre un minimum d'inertie intra-classe, c'est à dire en maximisant l'inertie interclasse⁵². Autrement dit, la CAH peut être vue de deux manières équivalentes : former des groupes les plus homogènes possibles ou former des groupes qui se distinguent le plus les uns des autres. Aussi, la mesure communément utilisée pour juger de la qualité d'une CAH est-elle le quotient de l'inertie inter-classe sur l'inertie totale du nuage des individus. Plus elle est élevée et plus les individus regroupés forment des groupes homogènes nettement différenciés les uns des autres. Il faut donc arbitrer entre nombre restreint de groupes et qualité des classifications, c'est à dire entre interprétabilité et fiabilité de l'information (pour plus de détails sur cette méthode, voir l'ouvrage précité de M.Volle).

⁵¹ De par sa simplicité apparente, sa manipulation aisée et son fort pouvoir interprétatif, les analyses multivariées de données se sont beaucoup développées au sein des sciences humaines. Pour en découvrir d'autres usages, voir par exemple P.Bourdieu, *La distinction, critique sociale du jugement*, 1979, Les Editions de Minuit, p.140, 141 ou 296.

⁵² Minimiser l'inertie intra-classe ou maximiser l'inertie inter-classe revient strictement au même puisque l'inertie totale, qui est fixe et stable, vaut la somme de l'inertie inter-classe et de l'inertie intra classe.

Deux classifications ont ainsi été réalisées, la première sur la population française, la seconde sur les étrangers, en procédant à partir des 10 premiers axes de nos ACMs puisqu'ils résumaient presque toute l'information du nuage (respectivement 100% et 96%). Ces deux classifications ont fourni, d'un côté 7 classes pour les français (suffisamment homogènes puisque le quotient inertie inter-classe sur inertie totale vaut 0.56) et, d'un autre côté 8 classes d'étrangers également homogènes (rapport des inerties valant 0.55).

2.3. Travail *a posteriori* sur les groupes de précarité

Enfin, dans une dernière étape, nous avons cherché à regrouper *a posteriori* ces 15 grandes classes de précarité, selon deux principaux critères :

- rapprocher les groupes français et étrangers semblables ;
- différencier de manière dynamique les « niveaux de parcours dans la précarité ».

B. Hétérogénéité des expériences, types et niveaux de précarité

1. Facteurs et mécanismes de précarité

1.1. Analyse des correspondances multiples pour les 306 français

Le « critère du coude »⁵³ conduit à se limiter à l'analyse des quatre premiers axes factoriels. Ils permettent de restituer 58% de l'information contenue dans le nuage⁵⁴.

- Le premier plan factoriel (axe 1 * axe 2) : les conditions matérielles des français

Ce premier plan rend compte des conditions matérielles et financières des individus : emploi, logement et ressources économiques. Il révèle un « effet Gutman »⁵⁵ généralisé sur l'ensemble de ces dimensions.

- Le premier axe (horizontal) oppose les deux situations extrêmes :
 - A droite, se trouvent les individus dont la situation matérielle est la plus favorable puisqu'ils disposent d'un logement indépendant et stable et de ressources économiques régulières provenant de l'exercice d'un emploi durable ou de la perception d'une retraite. Ils sont désignés sous le vocable de « non précaire » (ou « précarité limitée »).
 - A gauche, sont situés les individus confrontés à un grand dénuement matériel.
- Le second axe (vertical) oppose ces deux situations extrêmes aux situations intermédiaires :
 - En bas, nous retrouvons les situations de « précarité limitée » et de « grande précarité ».
 - En haut, se trouvent les individus en situation matérielle intermédiaire. Ils disposent de revenus instables et irréguliers provenant de l'exercice de travail au noir ou de petits boulots intermittents ou encore se trouvent toujours sous le giron financier de leurs parents. Ils sont, d'autre part, marqués par l'instabilité de leur

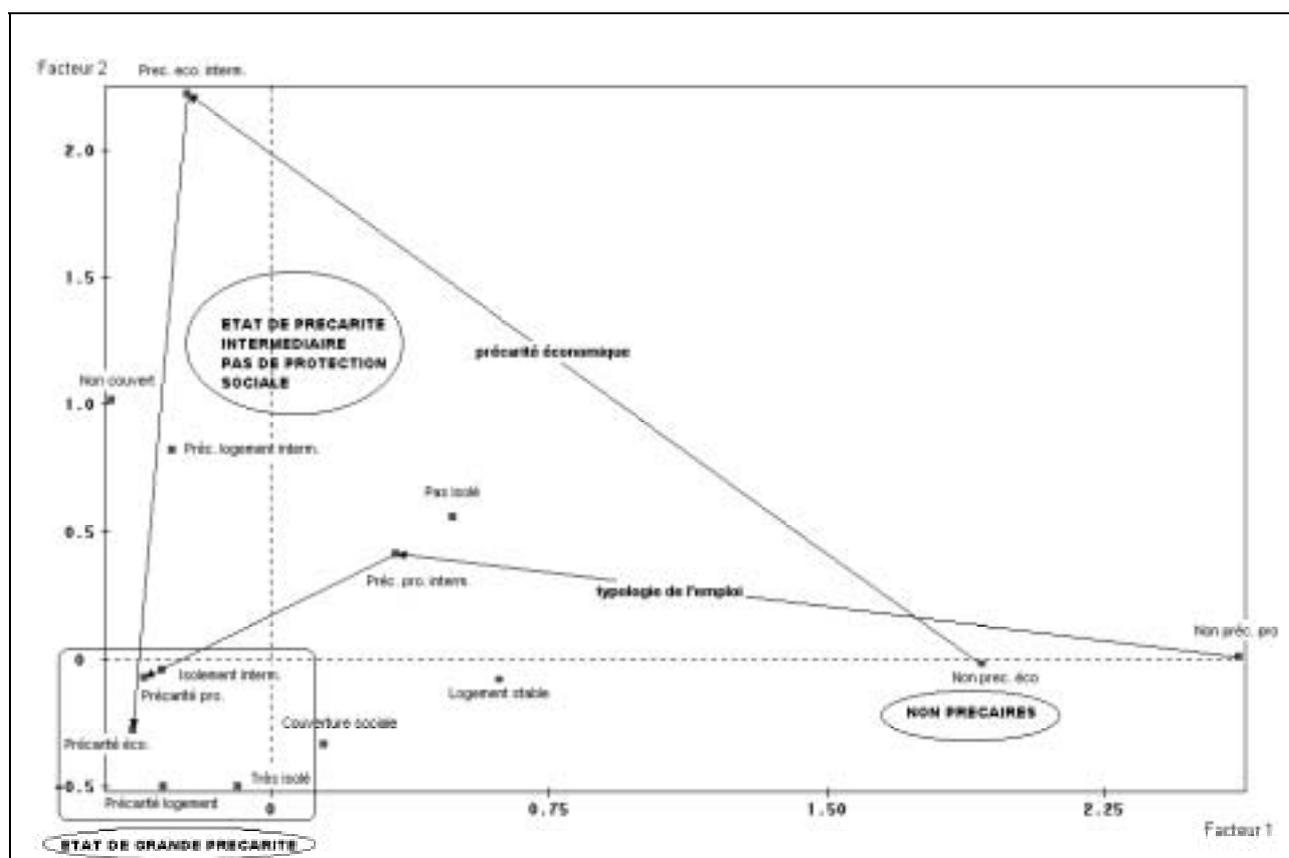
⁵³ Ce critère empirique consiste à repérer l'évolution des taux d'inertie restitués par chacun des axes et à ne plus sélectionner d'axes après une forte décroissance de l'inertie (un saut).

⁵⁴ Le lecteur pourra trouver la description axe par axe de cette analyse en *annexe 7*

résidence puisque souvent, ils sont logés par la famille ou leurs amis, de manière temporaire (idée de dépannage).

Sur ce second axe, se projette également la situation vis à vis de la protection sociale. La protection sociale fait davantage défaut aux individus en « situation de précarité intermédiaire » qu'aux individus dont la situation matérielle est soit favorable soit très mauvaise.

Graphique n°13: ACM chez les précaires français : premier plan factoriel (1x2)



Source : Enquête Préalog du CREDES

Analyse : Nous pouvons donc retenir deux grands phénomènes qui touchent aux conditions de vie des précaires français. Premièrement, il existe une dimension globale « précarité matérielle » qui correspond aux liens nettement linéaires qui existent entre les précarités aux regards de l'emploi, des ressources et du logement. Deuxièmement, si des corrélations existent entre situation matérielle et protection sociale, elles ne sont pas linéaires. Ce sont les personnes en situations de précarité intermédiaire qui sont les moins bien couvertes administrativement face aux risques de santé. Elles se trouvent vraisemblablement « entre deux seuils » : situation matérielle trop précaire pour pouvoir bénéficier du régime normal de

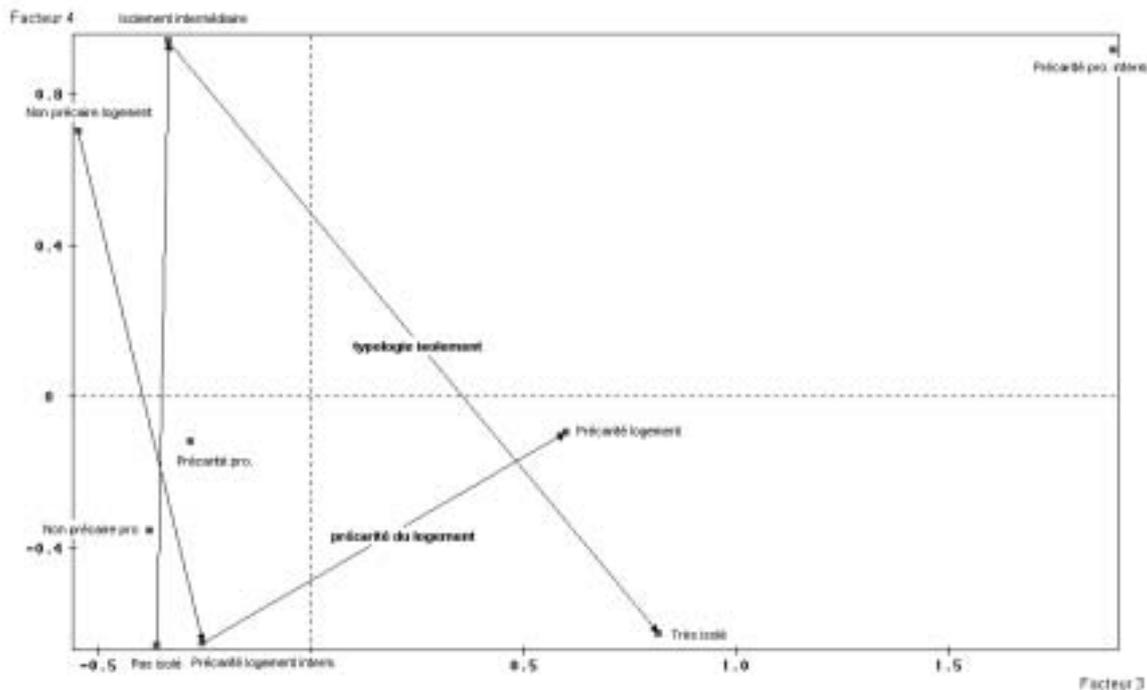
⁵⁵ En analyse de données, on parle « d'effet Gutman » lorsque le premier axe oppose les forts aux faibles et le second axe les extrêmes (forts et faibles) aux situations intermédiaires.

protection sociale (comme c'est le cas pour les « non précaires »), mais déficiences matérielles insuffisantes pour pouvoir prétendre accéder à des aides spécifiques comme l'aide médicale ou la carte Paris-Santé (comme c'est le cas pour les personnes en état de grande précarité). De plus, il est possible que ce groupe de français qui semble plus enclin à mobiliser les ressources informelles de solidarité pour se loger (amis et/ou famille) et se trouve plus intégré dans l'économie parallèle (travail au noir) ait plus souvent recours au « système D ». Ainsi, dans le domaine de la santé, ils tendraient davantage à se débrouiller par leurs propres moyens pour accéder à des soins et obtenir des médicaments.

- Le second plan factoriel (axe 3 * axe 4) : précarité matérielle et précarité affective

Ce second plan factoriel montre la complexité des associations entre précarité matérielle et précarité affective. Les individus non isolés sont, pour une part, des personnes insérées professionnellement – ce qui souligne le rôle intégrateur de l'emploi – et, d'autre part des personnes vivant le plus souvent chez des amis et des proches. Ainsi, en dépit des difficultés rencontrées, certains disposent d'un réseau social les aidant à supporter les difficultés rencontrées, alors que d'autres ne pouvant compter sur cette aide ou refusant les structures de solidarité expriment un profond sentiment de solitude. Il est remarquable que les personnes les moins précaires du point de vue du logement peuvent également être très isolées.

Graphique n° 14 : ACM chez les précaires français : deuxième plan factoriel (3x4) :



Source : Enquête Préalog du CREDES

1.2. Analyse des correspondances multiples pour les 259 étrangers

Dans l'analyse des situations de précarité des étrangers, quatre axes seront également étudiés⁵⁶. Ils restituent 54,3% de l'information contenue dans le nuage des variables.

- Le premier plan factoriel (axe 1 * axe 2) : la situation administrative comme facteur contraignant d'intégration sociale (*voir page suivante*)

Le premier plan factoriel (axes 1 et 2) met très clairement en évidence la profonde influence de la régularité du séjour en France sur la situation globale des étrangers. Sur ce plan, l'axe horizontal oppose très nettement les personnes en situation régulière (à droite), qui ont plus volontiers une protection sociale, aux personnes en situation illégale sur le sol français (à gauche) qui n'ont, par définition, aucun droit à la protection sociale.

Comme pour les français, il existe une proximité claire entre les situations économique et professionnelle, ainsi qu'avec la situation du logement – à un degré moindre –, qui correspond à la « dimension de précarité matérielle ».

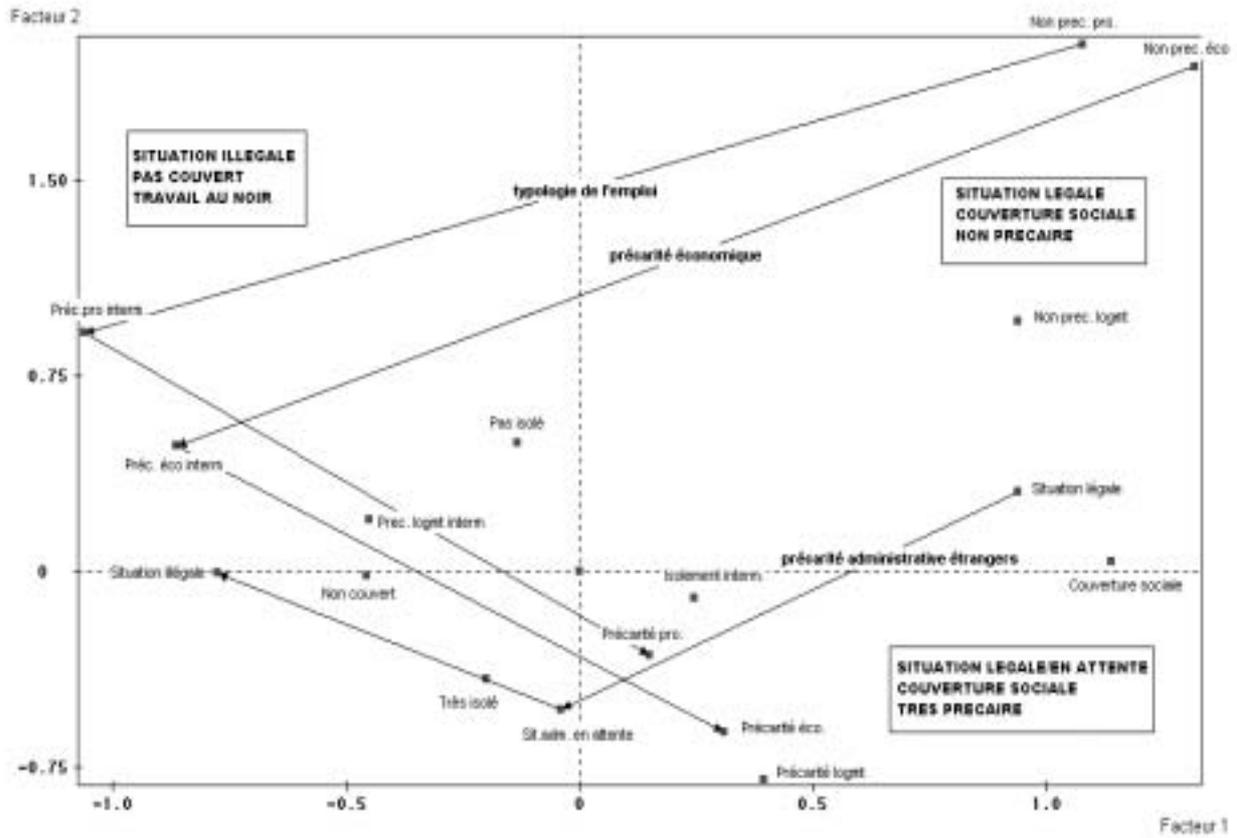
Par ailleurs, un « effet Gutman » témoigne d'une corrélation non linéaire entre la situation administrative sur le sol français et cette dimension de précarité matérielle :

- Les étrangers en situation irrégulière (à gauche sur le plan factoriel) sont le plus souvent dans des positions de précarité intermédiaire sur le plan matériel. Contraints à se réfugier dans le « système D », ils bénéficient certainement de la solidarité familiale (logement chez des proches familiaux ou des amis, travail au noir) pour compenser l'inaccessibilité aux solidarités institutionnelles (pas de protection sociale mais aussi absence d'aides telles que le RMI, les allocations familiales...).
- Ceux dont le séjour est régulier (à droite) se divisent en deux sous-groupes : en haut, apparaissent les sujets les mieux insérés, disposant d'un emploi, d'un logement stable et de ressources régulières. Le plus souvent, ils sont arrivés en France avant 1991. En bas, ce sont les individus les plus touchés par les déficiences matérielles. Leur immigration en France est plus récente.
- Enfin, pour un dernier groupe d'individus, l'analyse ne permet de se prononcer que de manière nuancée. Les individus dont la situation administrative est régulière mais très instable (récépissés temporaires en cours de validité, attente suite à une demande de statut de réfugié ou de résident permanent), présentent des conditions matérielles

⁵⁶ Pour une présentation axe par axe, le lecteur pourra se reporter à l'annexe 8.

assez proches de celles des « grands précaires ». Arrivés en France récemment et seuls, ils apparaissent comme fortement vulnérables et très isolés.

Graphique n°15 : ACM chez les précaires étrangers : premier plan factoriel (1x2)

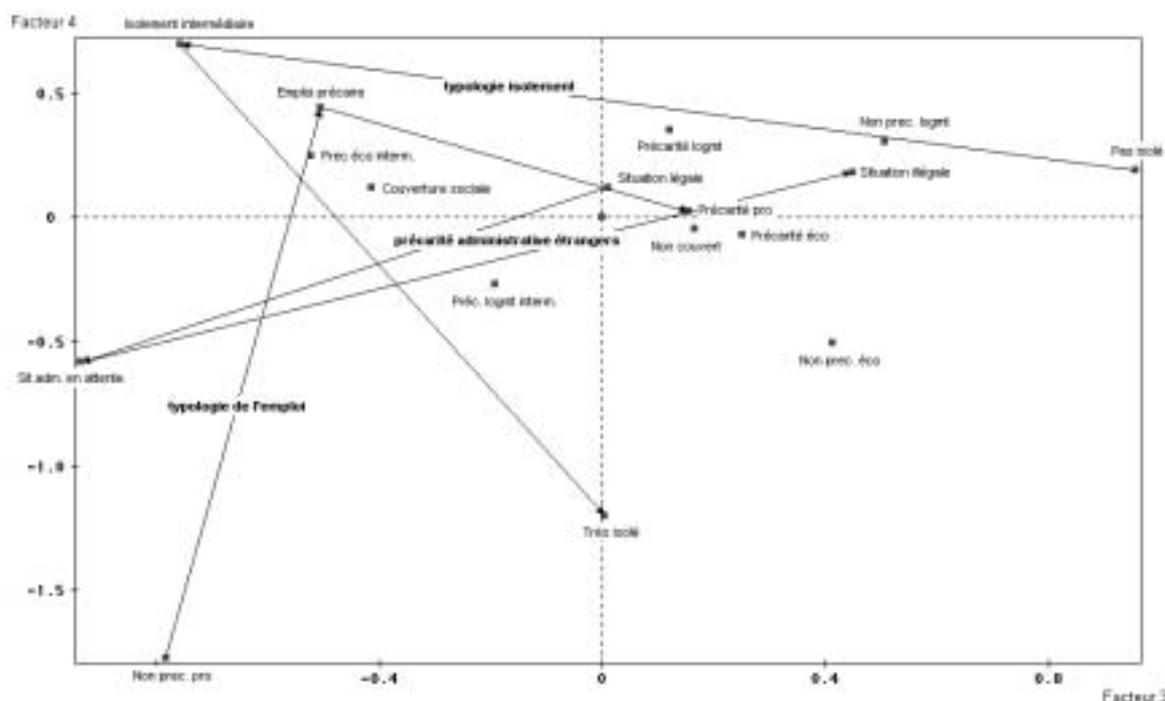


Source : Enquête Précalog du CREDES

- Le second plan factoriel (axe 3 * axe 4) : illégalité et solidarité des sans papiers.

Il met en évidence les spécificités des précaires étrangers au regard de la précarité affective et de l'isolement. Les étrangers autorisés à résider sur le territoire français ont des profils similaires aux français, à savoir que l'isolement – pour rappel, il est mesuré par la combinaison d'éléments familiaux objectifs et du sentiment subjectif de solitude – est lié à l'insertion professionnelle et au type de logement occupé. Cependant, chez les français, c'est parmi les personnes vivant à la rue, dans un squat ou faisant un usage irrégulier des structures d'hébergement, que l'isolement est le plus marqué. Parmi les étrangers, au contraire, les individus les plus précaires – situation illégale, logement aidé, forte précarité professionnelle et économique – tendent à ne pas se sentir isolé. Un tel phénomène parmi les sans papiers, est vraisemblablement lié à la solidarité informelle. Contraints à se débrouiller aux limites de la légalité et sous la menace d'une expulsion, ils développent un réseau interne d'entraide⁵⁷ qui les protège des sentiments d'isolement et d'exclusion.

Graphique n°16 : ACM chez les précaires étrangers : second plan factoriel (3x4).



Source : Enquête Préalog du CREDES

⁵⁷ Le plus souvent, ce réseau d'entraide se construit entre personnes originaires d'un même pays, confrontées aux mêmes situations et/ou entretenant des liens familiaux (cousins, oncles, tantes...).

1.3. Synthèse des analyses de données

Les deux Analyses des Correspondances Multiples ont bien montré que les profils de précarité se différencient très nettement suivant plusieurs dimensions – dimensions entretenant des liens parfois assez complexes – et que ces profils eux-mêmes sont profondément affectés par la situation administrative (pour les étrangers). Plusieurs éléments peuvent être soulignés :

- **Précaution d'interprétation** : avant tout, il nous faut éclaircir un point qui peut porter à confusion. Les individus jugés « non précaires » ne le sont que par rapport aux critères retenus (ressources, logement et emploi revêtant une certaine stabilité). Or ce sont là des critères à bas seuil. Aussi, les « non précaires » ne le sont-ils que relativement aux difficultés rencontrées par la sous-population des patients des centres de soins gratuits. En effet, leur situation n'a *a priori* rien de favorable si l'on prend comme référentiel l'ensemble de la population résidant en France. Les entretiens nous apprennent que ces individus se sont rendus dans des centres de soins gratuits en raison de difficultés économiques temporaires. Bien qu'ils se maintiennent à l'heure actuelle dans des conditions décentes (on parlera plutôt de « précarité limitée » ou de « spectre de la précarité »), on voit dans leur démarche d'accès aux soins – non-choix lié au poids de la contrainte financière – que la « spirale de la précarité » n'a rien d'une chimère pour eux.
- **Continuum de précarité matérielle** : il existe une tendance globale à l'association linéaire entre les degrés de précarité professionnelle, économique et du logement, définissant un *continuum* de « précarité matérielle ». Pour autant, ce *continuum* est fortement modelé et modulé par la nationalité des individus, *via* la situation administrative des étrangers. Ainsi, la précarité des français semble fortement articulée à un déclassement professionnel, engendrant manques économiques durables et mal-être ainsi qu'à une propension plus forte à recourir aux aides institutionnelles. La situation des étrangers, quant à elle, repose davantage sur leur situation administrative. C'est parmi les personnes en situation régulière que s'observent à la fois les moins précaires et les plus précaires. Ce phénomène témoigne vraisemblablement de la mise en jeu, chez les « sans papiers » d'une solidarité non institutionnelle permettant l'exercice de « petits boulots » et le recours à un réseau amical et/ou familial pour se loger.
- **« La solitude du SDF »** : Le moindre sentiment d'isolement et la moindre coupure des relations sentimentales parmi les « sans papiers » peuvent être attribués à ces ressources de « solidarité informelle » alors que chez les Français et les étrangers en situation régulière, la précarité affective est surtout prépondérante chez les sujets en situation de logement très précaire – ce que l'on pourrait désigner comme « la solitude du SDF ». Cependant, si ces logiques de mobilisation d'aides informelles semblent caractéristiques des « sans papiers », elles ne leurs sont pas strictement spécifiques. En effet, parmi la

sous-population française, nous retrouvons des individus qui utilisent de manière similaire les réseaux individuels d'entraide et l'économie souterraine afin de limiter la dégradation matérielle et sociale de leur situation.

- « **Zone de trou** » : enfin, chez les Français, la protection sociale fait surtout défaut aux sujets en situation intermédiaire sur ce *continuum*, témoignant de l'existence d'une « zone de trou » entre deux seuils d'accès à la protection sociale. Le seuil « supérieur » correspond à l'accès normal aux droits qui nécessite un minimum d'insertion professionnelle et une certaine stabilité au regard du logement ; le seuil « inférieur » correspond à l'accès à des dispositifs d'aides spécifiques⁵⁸. En revanche, chez les étrangers, c'est à nouveau la régularité de la situation administrative sur le sol français qui contraint avant tout l'accès à une protection sociale.

⁵⁸ Les données ont été recueillies principalement avant la mise en place de la Couverture Médicale Universelle, ou au tout début du déploiement de ce nouveau dispositif. Il est hautement probable que les constatations faites ici en matière de protection sociale des personnes précaires seront sujettes à modification avec l'évolution des conditions d'accès aux droits.

2. Typologie mêlant hétérogénéité des expériences et des niveaux de précarité

Une description précise de l'hétérogénéité des conditions de vie, des niveaux de difficultés et des profils sociodémographiques associés est un préalable nécessaire à l'étude de la précarité comme processus dynamique et multiforme. Aussi, sur la base des deux ACMs précédentes, deux classifications ascendantes hiérarchiques ont été réalisées⁵⁹. En retenant 7 classes pour les Français⁶⁰ et 8 pour les étrangers⁶¹, nous privilégions une interprétation fine des conditions de vie des consultants des centres de soins gratuits (classes regroupant de 25 à 80 individus pour les Français et de 13 à 56 personnes pour les étrangers).

Toutefois, des regroupements *a posteriori* de ces quinze classes homogènes⁶² sont utiles :

- D'une part, la distinction entre français et étrangers, opérée *a priori* par choix méthodologique, n'est pas toujours nécessaire. Certains français et résidents étrangers se trouvent de fait dans des conditions de vie similaires.
- D'autre part, il est primordial d'introduire une hiérarchisation des degrés observés de précarité ; l'objectif étant à terme de replacer la précarité dans une optique résolument dynamique et d'en comprendre les mécanismes. En s'appuyant sur les travaux d'Alexandre Vexliard⁶³ et leur réactualisation par Julien Damon et Jean-Marie Firdion⁶⁴, nous avons décomposé ces 15 grands groupes d'expériences en quatre grandes phases dans le parcours de précarité empruntées aux auteurs sus-cités. Par ailleurs, bien qu'adoptant cette typologie, nous émettrons un certain nombre de réserves et de critiques. Si la typologie décrite par ces auteurs est très convaincante lorsque l'on s'intéresse aux précaires français, elle s'avère plus fragile et moins adaptée lorsque l'on considère les conditions de vie des étrangers – et en particulier des « sans papiers ». De plus, il nous faut prendre en compte l'effet des récentes actions gouvernementales envers les publics défavorisés, notamment en termes de protection sociale. Si bien que, à la vue des 15 grands groupes de conditions de vie, certaines phases ont semblé trop simplificatrices car trop hétérogènes. Aussi ont-elles été affinées en 7 niveaux de précarité.

⁵⁹ Classifications reposant sur les 10 premiers axes de chaque ACM, axes résumant presque toute l'information du nuage.

⁶⁰ Détaillées en *annexe 9*.

⁶¹ Voir *annexe 10*.

⁶² Les deux Classifications Ascendantes Hiérarchiques sont en effet de très bonne qualité puisque le quotient inertie inter-classe sur inertie totale vaut 0,56 pour la classification portant sur les français et de 0,55 pour celle des étrangers.

⁶³ A. Vexliard, *Le clochard. Etude de la psychologie sociale*, 1957, réédition en 1998, Paris, Desclée de Brouwer.

⁶⁴ J. Damon, J-M. Firdion, *Vivre dans la rue : la question SDF*, dans S. Paugam, *L'exclusion, l'état des savoirs*, Paris, La découverte, 1996, p. 374-386.

Le tableau 11 (ci-après) permet de récapituler et de mettre en correspondance expériences, niveaux et phases de précarité. En sus, il permet de donner une idée des particularités sociodémographiques des individus en fonction du type d'expériences vécues.

Tableau n°11 : Table de correspondance entre expériences, degrés et phases de précarité

NB : Pour les expériences de précarité : (F) correspond à des français alors que (E) correspond à des étrangers.

Expériences, niveaux et phases de la précarité	Effectif	Proportion de français	Proportion d'hommes	Age moyen
PRECARITE LIMITEE	56	44,64%	69,64%	40,28
<i>Niveau 0</i>	56	44,64%	69,64%	
Peu précaires (F1)	25			
Peu précaires (E1)	18			
Travailleurs déclarés (E2)	13			
« FRAGILISATION »	110	80%	68,18%	35,84
<i>Niveau 1</i>	110	80%	68,18%	
Sans emploi indépendants (F2)	55			
Sans emploi indépendants (E3)	22			
Travailleurs instables (F3)	33			
« HABITUDE »	219	51,60%	64,84%	34,14
<i>Niveau 2</i>	103	28,16%	66,02%	
Travailleurs non déclarés (E4)	35			
Sans emploi non régularisés (E5)	39			
Difficultés matérielles (F4)	29			
<i>Niveau 3</i>	43	100%	55,81%	
Sans emploi non protégés (F5)	43			
<i>Niveau 4</i>	73	56,16%	68,49%	
Les sans emploi aidés (F6)	41			
Précaires sans papiers insérés (E6)	32			
« SEDENTARISATION »	180	44,44%	72,78%	37,46
<i>Niveau 5</i>	56	0%	60,71%	
Précaires sans papiers isolés (E7)	56			
<i>Niveau 6</i>	124	64,52%	78,23%	
Grands précaires (F7)	80			
Grands précaires résidents (E8)	44			

Source : Enquête Précalog du CREDES

2.1. La phase de précarité limitée

Dans le schéma proposé par Damon et Firdion, les trois groupes décrits ici ayant tous un emploi, des ressources régulières et des conditions de logement décentes, seraient assimilés à la « norme » (*i.e.* la « non précarité »). En réalité, si leurs conditions de vie sont meilleures, elles n'en demeurent pas moins modestes et vulnérables : les emplois sont souvent fragiles et les ressources insuffisantes pour réellement se sentir à l'abri des manques. Il semble donc plus juste de parler de « précarité limitée ». Ce terme regroupe un ensemble de situations disparates : des personnes plus âgées qui se maintiennent tant bien que mal dans des conditions décentes, comme de plus jeunes individus qui restent menacés par un basculement dans une précarité plus marquée.

- **(F1) Les « peu précaires » français :**

Il s'agit de 25 individus en situation relativement favorable. Tous déclarent un emploi stable, majoritairement en tant qu'ouvriers (52%), qui leur permet de disposer d'une protection sociale classique (à 92%). En général, ils disposent de ressources régulières, dorment dans leur propre logement et ne souffrent pas d'isolement. Cette classe est composée d'individus plutôt jeunes puisque 52% d'entre eux ont entre 25 et 30 ans.

- **(E1) Les « peu précaires » étrangers :**

Le profil de ces 18 personnes tranche nettement avec celui de la population étrangère précaire. En effet, ils jouissent tous de ressources stables et régulières et sont le plus souvent résidents (78% en situation régulière). Au contraire de la classe voisine chez les Français, hommes et femmes de plus de 55 ans et individus vivant en couple sont notablement nombreux dans ce groupe. Pour beaucoup, il s'agit d'ouvriers issus d'anciennes vagues d'immigration qui sont actuellement en situation de retraite (45% d'entre eux) ou de préretraite. Bien que leurs ressources semblent limitées, les individus parviennent à se loger dans des conditions décentes (44% dans leur propre logement, 28% dans leur famille et 11% chez des amis). Dans ce cadre de vie, ils sont relativement épargnés par l'isolement.

- **(E2) Les « travailleurs déclarés » étrangers :**

Ces 13 individus se différencient nettement du reste de la population par le fait que tous ont un emploi agréé – emploi permis par la régularité de leur situation (80% sont résidents) – qui leur procure des ressources régulières. Cependant, il s'agit assez fréquemment d'emplois temporaires (45% des emplois déclarés) si bien que les individus se trouvent souvent dans des « conditions limites » qui les obligent en particulier à recourir à une aide informelle (un individu sur trois est logé par des amis).

2.2. La phase de fragilisation

Elle correspond au début d'une rupture de vie par survenue d'un événement brutal (perte d'emploi, perte d'un être cher...). Selon le schéma de nos deux auteurs, elle symbolise l'entrée réelle dans le processus de précarisation. L'individu resterait socialisé mais vulnérable du fait de sa précarité professionnelle. Alexandre Vexliard ajoute que, pendant cette période, les individus font preuve d'une forte activité pour se réadapter, se réinsérer et revenir à une existence « normale ». L'exploration des trois groupes s'apparentant à ce stade de précarité apporte plusieurs bémols aux théories sus-citées :

- Le profil des « chômeurs » récemment licenciés et recherchant activement un emploi, apparaît comme un peu trop schématique. En effet, nombreux sont ceux dont la situation perdure dans le chômage et qui ne recherchent pas (ou plus) d'emploi et parviennent malgré tout à se maintenir dans des conditions relativement décentes et indépendantes d'existence grâce aux aides institutionnelles (que ce soit des personnes en préretraite ou des individus en âge de travailler).
- D'autre part, les groupes décrits ci-dessous montrent l'existence de formes et de processus de fragilisation autres que ceux de la rupture par licenciement. En effet, certains individus (jeunes en général) sont contraints à un glissement vers des emplois non déclarés ou des emplois temporaires. Marqués par l'instabilité et l'illisibilité de l'avenir, ils éprouvent des difficultés de survie et d'insertion sociale. En raison de la montée en puissance de la flexibilité et de la précarisation de l'emploi, il est probable que ces formes de glissement se développent de plus en plus.

- **(F2) Les « sans emploi indépendants » français :**

Ces 55 individus, bien que sans emploi, conservent tous des conditions décentes et indépendantes de logement et bénéficient d'une protection sociale. Il faut remarquer que seuls 42% d'entre eux déclarent chercher un emploi. En particulier, 20% des individus ont plus de 55 ans et attendent probablement d'accéder à leur retraite.

Le manque de ressources économiques est atténué par un recours généralisé aux aides formelles – allocations chômage (20%), RMI ou allocation handicapé (42%) et autres allocations logement et/ou familiales.

- **(E3) Les « sans emploi indépendants » étrangers :**

Ce groupe de 22 individus d'âge moyen (72% ont entre 25 et 45 ans) est l'équivalent des français du groupe précédent. Ils traversent une mauvaise passe professionnelle mais parviennent encore à assurer l'indépendance de leur logement. Cependant, le recours aux aides institutionnelles est nettement plus marginal – moins d'un individu sur quatre –, notamment en raison de la précarité administrative dont souffrent certains (27% sont en

attente de régularisation et 18% sans papiers) ou encore d'une méconnaissance des arcanes administratives liées à une immigration récente (41% après 1998). Cette précarité administrative explique également le moindre niveau de protection sociale de ces étrangers puisque seuls 40% sont couverts face au risque de maladie. Enfin, il faut noter qu'à situation comparable, les étrangers ont suivi davantage d'études et postulent plutôt à un travail d'employé que d'ouvrier.

- **(F3) Les « travailleurs instables » français :**

Les 33 français regroupés dans cette classe ont un profil très particulier⁶⁵ : ce sont souvent de jeunes personnes (55% ont moins de 25 ans et 82% moins de 35 ans) vivant de petits boulots temporaires. Ce ne sont pas les plus démunis économiquement mais 50% doivent tout de même faire appel à des logements de solidarité (foyers de jeunes travailleurs, centres d'hébergement temporaire...). Peu vivent en couple et ils font assez peu appel aux aides formelles et informelles.

2.3. La phase d'habitude

Ce terme décrit les modes d'adaptation des individus dont la vie est organisée, depuis longtemps déjà, autour de réseaux de survie individualisés et collectifs. Cette phase correspond donc à une période de dégradations qui ne touche plus seulement le domaine professionnel mais s'étend aux sphères du logement et de la sociabilité. Cependant, là encore, il semble nécessaire de distinguer plusieurs niveaux et plusieurs modalités d'expériences au sein de cette phase. Alexandre Vexliard avait, déjà en son temps, subdivisé cette phase en deux niveaux : la *phase régressive* qui correspond à la pérennité des situations de non-emploi et à la dégradation continue des privations physiques et matérielles ; et la *phase de fixation* qui marque un phénomène de désocialisation et de repli sur soi lié à la certitude des individus que leur situation est irrémédiable. Cependant, le particularisme des situations des étrangers sans papiers et les formes de vulnérabilités administratives est mal représentée.

La description des 6 groupes suivants permet de distinguer plusieurs niveaux et plusieurs modalités dans la phase « d'habitude » de la précarité, nous autorisant à voir dans la dynamique de précarisation un processus polymorphe.

- **(E4) Les « travailleurs non déclarés » étrangers :**

Les 35 sujets ici regroupés vivent tous du travail au noir. Leur situation massivement irrégulière (71% de sans papiers) ne leur permet ni d'occuper un emploi déclaré, ni de disposer d'une protection sociale. Ce groupe est principalement composé de jeunes célibataires (63% ont entre 26 et 35 ans et 85% ne sont pas en couple et n'ont pas d'enfant) qui se débrouillent tant bien que mal en mobilisant les ressources informelles – 37% vivent

⁶⁵ Ce que confirme la distance au barycentre très élevée de ce groupe.

chez des amis et 23% chez la famille. Si l'utilisation des réseaux informels est aussi développée, c'est aussi parce que leur immigration ancienne a permis de nouer des contacts solidaires : 40% sont en France depuis plus de 10 ans et 80% depuis au moins de 3 ans.

- **(E5) Les « sans emploi non régularisés » étrangers :**

Cette classe est constituée de 39 individus. Ils détiennent un titre de séjour très provisoire ou sont en attente d'une autorisation de séjour en France. Souvent issus d'une immigration récente (pour 50%, postérieure à 1998), avec un niveau de PCS assez élevé, ils se trouvent à l'heure actuelle au chômage. Souvent célibataires, un individu sur deux fait appel aux amis ou à la famille pour se loger. Lorsqu'ils déclarent des ressources (moins de 60% d'entre eux), elles consistent souvent en aides des proches. Il s'agit donc d'individus dont la précarité fait suite aux incertitudes administratives qui bloquent l'intégration professionnelle et l'adaptation sociale et induisent mal-être et sentiment d'isolement, renforcés par une immigration récente.

- **(F4) Les Français « en difficultés matérielles » :**

Ces 26 personnes ont tous des ressources économiques non nulles mais instables et insuffisantes. Elles proviennent soit de petits boulots (65%), soit d'aides des proches et/ou de la famille (35%). Il s'agit là de jeunes (40% d'entre eux ont moins de 25 ans) célibataires qui vivent avec d'autres personnes (44%). Tout comme les deux précédents groupes, ils comptent davantage sur eux-mêmes et sur les réseaux informels de solidarité tissés que sur les aides institutionnelles.

- **(F5) Les Français « sans emploi ni couverture sociale » :**

Ces 43 personnes sont très vulnérables économiquement et professionnellement parlant. Aucune ne travaille et seul un individu sur trois déclare rechercher un emploi. Souvent ils se disent sans aucune ressource (53%) et lorsqu'ils en déclarent, il s'agit majoritairement du RMI ou de pensions. Cette situation de manque perdure depuis plus d'un an pour la majeure partie des individus. De plus, ils ne disposent pas de protection sociale. Enfin, il faut remarquer que les femmes sont particulièrement présentes ici (44,20% contre 26,80% sur l'échantillon des consultants français).

- **(F6) Les français « sans emploi aidés par des proches » :**

Les 41 individus de ce groupe très homogène⁶⁶ sont confrontés à une grande précarité économique et professionnelle : sans emploi ou en recherche, ressources se résumant aux aides institutionnelles (RMI, chômage...). Leurs conditions de vie sont proches de celles des « sans emploi indépendant » français (F2), à ceci près que très peu ont leur logement propre (20%). Ils sont majoritairement hébergés chez des amis ou dans leur famille. Malgré la

⁶⁶ L'inertie intra-classe est en effet particulièrement faible.

solidarité des proches, ils éprouvent un profond sentiment d'isolement, aggravés par leur solitude sentimentale (90% vivent sans conjoint).

- **(E6) Les « précaires sans papiers insérés » (étrangers) :**

Les 32 étrangers ici rapprochés se caractérisent par le fait qu'ils ne se sentent absolument pas isolés (100%), bien qu'en situation irrégulière, et donc sans emploi, ni aides de l'Etat, ni protection sociale. Très probablement, parviennent-ils à supporter l'âpreté de ces conditions, grâce à un réseau de solidarité culturelle et familiale très présent. Une telle assertion se fonde sur deux principaux éléments : d'une part, la grande majorité des sans papiers ici décrits sont hébergés dans leur famille et parviennent davantage à maintenir une vie sentimentale – près d'un individu sur deux déclare une relation sentimentale actuellement importante –. D'autre part, les entretiens recueillis ont bien fait apparaître l'omniprésence de ces réseaux informels dans les modes de survie des sans papiers.

2.4. La sédentarisation

Elle représente l'étape finale de la précarisation : « la grande précarité ». Les déficiences sont généralisées et profondément ancrées ; les réseaux de solidarité épuisés ou rejetés. Aux côtés des français et étrangers résidents au profil de « SDF », figurent également la population mal connue des sans papiers démunis.

- **(E7) Les « précaires sans papiers isolés » (étrangers) :**

56 individus composent cette classe. Leur situation financière, matérielle et administrative est très proche de celle de la classe précédente, à ceci près qu'ils se trouvent, eux, de plus plongés dans un profond isolement social. En effet, ils font état d'un profond mal-être et présentent un grand vide affectif, tant en termes de vie commune que d'attachement sentimental. Afin de comprendre pourquoi ces individus sont touchés de plein fouet par un sentiment de *désaffiliation* alors que d'autres parviennent à maintenir une cohésion sociale (groupe précédent), nous avons comparé les profils sociodémographiques des deux classes. Si les classes d'âge sont sensiblement les mêmes⁶⁷, les dates d'immigration en France diffèrent. Les sans papiers isolés font, en général, l'expérience de l'illégalité depuis plus longtemps puisque 71,5% d'entre eux sont arrivés avant 1998 (contre seulement 57% dans le groupe des « insérés »). Il est donc probable qu'il y ait un phénomène conjoint d'usure psychologique et d'appauvrissement des ressources d'aides mobilisables.

- **(F7) Les « grands précaires » français :**

⁶⁷ A savoir : environ 20% de moins de 25 ans, 40% de 26 à 35 ans et 20% de 36 à 45 ans.

C'est la classe la plus nombreuse puisqu'elle regroupe 80 individus. Elle regroupe les français qui se trouvent dans les situations les plus précaires : sans emploi (et peu déclarent en chercher), sans ressources (si ce n'est le RMI ou l'allocation handicapé) et sans logement stable et décent. La moitié d'entre eux vivent en effet à la rue ou dans un squat, l'autre moitié vivant de manière instable dans des foyers spécialisés ou des centres d'accueil. En réalité, ces individus alternent nuits à la rue et accueils d'urgence dans les centres (idée renforcée par les entretiens). Cependant, devant l'ampleur de leurs difficultés, ils se voient presque tous attribuer une protection sociale spécifique (90%)⁶⁸ à laquelle n'accèdent pas les groupes un peu moins démunis. Ce sont très majoritairement les hommes célibataires ayant entre 30 et 50 ans qui font l'expérience de ce dénuement le plus total. Notons enfin que le fait que certains déclarent des enfants (plus d'un individu sur trois) indique qu'ils ont très vraisemblablement eu une vie de famille dans le passé.

- **(E8) Les « grands précaires résidents » (étrangers) :**

Cette classe est l'équivalent, pour les étrangers, de la précédente. Elle est composée de 44 individus dont la situation sur le sol français est régulière (ayant souvent immigré avant 1991) alors qu'ils sont plongés dans la plus grande précarité.

⁶⁸ Du type Aide Médicale, carte Paris santé, etc.

Chapitre III

Processus de précarisation et adaptations identitaires

Processus de précarisation et adaptations identitaires

Le **chapitre II** a permis d'expliciter de manière fine les nombreux profils, conditions et degrés de précarité auxquels les individus sont exposés. La mise en correspondance des groupes homogènes repérés découvre non pas une mais de multiples dynamiques de précarisation. Elles se rattachent à des contextes de dégradation des conditions de vie, à des stratégies de survie et à des ressources mobilisables et réellement mobilisées très inégalement réparties selon les groupes d'individus. Un œil extérieur a tendance à saisir l'effritement statutaire aboutissant à la figure symbolique du « SDF » comme un long processus uniforme et irréversible : partant de la perte de l'emploi et de l'épuisement des ressources, les manques économiques contamineraient, pour ainsi dire, les sphères familiales et sociales. Bientôt sans logement et totalement désocialisé, l'individu deviendrait cet être « errant »¹, vivant à demi dans la rue d'alcool, de cigarettes et de mendicité. Les récits de vie et les informations statistiques invalident fortement cette conception univoque fondée sur l'idée d'une descente continue inévitable. Aussi, dans un premier temps (**partie I**), l'objectif sera-t-il de restituer les liens, souvent plus complexes qu'ils n'y paraissent, entretenus par les différentes dimensions de précarité et de comprendre la teneur polysémique de ces liens. En s'appuyant sur les entretiens recueillis, nous pourrions alors discuter de l'aspect éminemment polymorphe des processus de précarisation, que ce soit en termes de sources de fragilisation ou encore de stratégies de mobilisation des ressources potentielles (formelles et informelles).

C'est en partie ce qui permet d'expliquer que les modes de réaction et de rationalisation de la perte ou de l'absence des repères *socialement normés* se différencient nettement selon les sujets. Tout le monde s'accorde à dire que les situations de précarité matérielle affectent profondément la personnalité des individus. L'inclination à des comportements de repli voire de retrait social, la prévalence des conduites « addictives », la propension à une moindre prise en compte des risques et à une moindre écoute des stimuli corporels ou encore les sentiments de dévalorisation, de stigmatisation et d'inéluctabilité², fréquemment observés dans ces populations, participent aussi de la pérennité et de l'intensification des conditions de précarité. Ce n'est donc que dans l'analyse de l'interaction – permanente et évolutive – entre conditions de vie et modes d'adaptation identitaires que l'on pourra réellement comprendre les déterminants psycho-sociaux des trajectoires de précarisation (**partie II**).

L'analyse des parcours de vie, réalisée sur la base des entretiens, nous invite à élargir le cadre spatio-temporel dans lequel s'intègrent et s'expliquent les phénomènes étudiés. Maints

¹ Quasiment au sens psychiatrique du terme.

² Ces comportements et modes de représentation, lorsqu'ils sont poussés à l'extrême, peuvent être qualifiés « d'abandonnisme pathologique », tant ils témoignent d'une « phase terminale » d'abandon de soi.

chercheurs ont eu tendance à concentrer leurs investigations sur les seules périodes de déficiences matérielles, comme si l'expérience de la précarité rompait tous liens avec l'existence antérieure. Cette vision trop restreinte, véhiculant quelque peu le mythe de la rupture et de l'annihilation des transmissions socio-culturelles passées, est implicitement exprimée dans des termes tels que « carrières de précarité »³. Or les 24 récits de vie que le CREDES a pu recueillir vont clairement à l'encontre d'une telle dichotomie entre « existence normale » passée et « existence précaire » actuelle. Les personnes interrogées sur les conditions et la gestion de leur précarité au quotidien, si elles font état de ruptures, replacent d'elles-mêmes leur situation dans un cadre plus global de « trajectoire existentielle », qui intègre aussi bien des dimensions propres à la précarité que des éléments *a priori* externes. Plus encore, le poids des problèmes identitaires (problèmes juvéniles, décalage socio-culturel pour les immigrés...) est prépondérant dans leur discours et témoigne d'un mode de reconstruction de leur parcours qui repose davantage sur les dimensions exacerbées de l'injustice familiale et de la santé dégradée (**partie III**). Une telle souffrance psycho-affective, moins reliée que véritablement enchevêtrée à l'âpreté des conditions de vie, est parfois si intensément et durablement ancrée que l'individu en vient à ne se définir qu'à travers elle : « en souffrant, j'ai appris à vivre ».

³ Il faut cependant ajouter que, si une telle approche est si fréquente, ce peut être aussi par contraintes méthodologiques. En effet, le suivi des individus précarisés est à l'heure actuelle une difficulté majeure liée au mode d'administration des questionnaires et à un manque de traçabilité des parcours individuels.

Partie I. : Continuum de situations et processus polymorphes

Il est trivial de dire que les différents aspects de la précarité ne sont pas indépendants les uns des autres. Par exemple, il paraît naturel qu'un individu au chômage subisse davantage de contraintes économiques et de privations matérielles qu'un individu ayant un emploi stable. Cependant, cela n'informe ni sur la force, la teneur et la transitivité de ces associations – i.e. si ces liens sont directs ou indirects – ni sur la variabilité de ces trois attributs selon les populations touchées. A l'aide des entretiens, il s'agit donc d'explicitier les corrélations existantes⁴ et d'en comprendre les mécanismes sous-jacents afin de brosser un portrait des processus de précarisation et de les discuter.

A. Des liens multiformes

1. Précarité professionnelle et économique

Naturellement, difficultés économiques et professionnelles sont fortement enchevêtrées. Un tel lien se décline sous trois principales formes.

1.1. Emploi à bas revenus

Les emplois à bas revenus maintiennent les individus dans des situations de privations et de menace ; en particulier lorsqu'ils doivent assurer la subsistance d'une famille.

Cependant, quand ils ne sont frappés d'aucune rupture professionnelle (licenciement sans réembauche, accidents de travail...), ils parviennent souvent à gérer tant bien que mal leurs ressources – auxquelles s'ajoutent les aides de l'Etat – afin de maintenir un cadre de vie relativement stabilisé. Ce type de pauvreté s'apparente davantage à un processus statique. Cependant, les individus ne demeurent pas moins vulnérables à toute surcharge financière intempestive ou interruption momentanée (ou prématurée) de leur emploi. Cette forme d'interaction entre exercice d'emplois déqualifiés et manques économiques s'avère assez rare dans nos entretiens. Ce n'est pas tant que les individus n'y aient pas été confrontés qu'ils ont dépassé ce stade pour des positions plus dégradées encore.

⁴ On pourra consulter les niveaux et significativités des corrélations (deux à deux) des six dimensions fondamentales de la précarité en **annexe 11**.

1.2. Chômage et inactivité

Dans l'enquête menée par le CREDES, la source la plus classique de déficiences économiques reste *le chômage et l'inactivité*.

Si l'ensemble de ces individus éprouve des difficultés économiques que ne comblent qu'imparfaitement les aides institutionnelles, les sources et conditions d'*inemploi* sont variables, et en conséquence les types et montants des indemnités également. Pour illustrer les profondes différences qui existent derrière cette *inactivité compensée*, nous pouvons mettre en parallèle le sort de trois des personnes interviewées :

- **René**, à 45 ans, bénéficie de l'Allocation Adulte Handicapé (A.A.H.) pour de graves et durables troubles psychologiques et physiques. Si il est assuré de son indemnité, il est aussi condamné à cette portion congrue sans la moindre optique de réinsertion professionnelle.
- Pour sa part, **Laurent** (40 ans) touche le RMI depuis déjà plusieurs années. S'il conserve un potentiel physique et des assises institutionnelles pour retrouver un emploi, ses chances réelles se sont amenuisées au fil du temps, des dégradations psychologiques et des formes d'incompatibilités comportementales (alcoolisme). Son statut s'est peu à peu métamorphosé d'*inemployé* à *inemployable*.
- A l'opposé, si **Pierre** perçoit le chômage depuis quelques mois, c'est pour mieux asseoir ses projets professionnels. A l'âge de 34 ans, il est parvenu à mettre de côté quelques ressources et profite de sa période de chômage pour finaliser les préparatifs et démarches administratives nécessaires à la fondation, en Afrique, de sa propre entreprise agricole.

Ces trois exemples témoignent bien de quotidiens, de perspectives d'avenir et d'ancrage dans les déficiences économiques très distinctes.

Par ailleurs, dans plusieurs entretiens, des personnes « ayant droit » font état de difficultés à percevoir les aides institutionnelles. Le manque d'informations, la complexité et les pré-requis nécessaires aux procédures d'allocation (alphabétisation et compréhension de la langue française) ou encore l'inadaptation des conditions de versement sont fréquemment déplorés. En particulier, les retards dans les dates de versement et les délais de réévaluation des montants (lors de changements de situation) fréquemment observés donnent lieu à des situations stressantes, lorsque les ressources escomptées ne parviennent pas ou, pire, lorsque les administrations exigent la restitution d'un « trop plein » versé. L'inégale connaissance des « méandres administratifs » est frappante aux vues des entretiens. Si certains font preuve d'une grande maîtrise de ces rouages – par exemple **Henri** sait « *provoquer des séjours*

périodiques à l'hôpital pour faire avancer son dossier RMI »⁵ – d'autres renoncent par découragement ou encore ignorent leur droit à bénéficier d'une prestation sociale. Le plus souvent, il s'agit de jeunes⁶ et d'étrangers récemment immigrés qui ont peu été en contact avec ces institutions par le passé.

Enfin, il faut souligner l'existence de phénomènes (encore peu connus et peu étudiés) de non-recours aux aides institutionnelles, phénomènes qui ne se restreignent pas aux seuls sans papiers. Tant dans les entretiens que dans la base statistique, les individus qui ne déclarent aucune ressource (et donc aucune aide alors même que leur situation surpasse largement les critères exigés) sont nombreux.

1.3. Une voie médiane très développée

Une troisième voie, médiane, entre précarité professionnelle et manques économiques prend forme dans les glissements vers des emplois précaires. Dans les récits de vie, plus du tiers des individus déclare actuellement vivre d'emplois au noir, de travaux intérimaires ou de « petits boulots ». Rares sont ceux qui précisent la nature de la tâche professionnelle⁷, tant ces emplois sont intermittents et continuellement changeants. Là encore, ces emplois s'inscrivent dans des contextes et des perspectives d'avenir très différents selon les individus.

La grande majorité est contrainte à rester confinée dans l'économie souterraine et est prête à accepter n'importe quel type d'emploi. Typiquement, c'est le cas des « sans papiers » qui n'ont d'autres choix par contraintes administratives : **Jo** « *fait des tapisseries* » lorsque les gens en ont besoin et **Nordine** « *fait n'importe quoi pour avoir quelques ressources* ». Tous deux relient directement ces activités à « *l'impossibilité de faire autrement* ». Un tel phénomène touche également des personnes en situation régulière mais qui se retrouvent acculées par des situations « d'urgence » : ainsi **Vincent** (à 23 ans) échange des « coups de main » dans un hôtel contre un toit pour la nuit. Quelques rares personnes présentent ces emplois instables et déqualifiés comme réellement temporaires : il s'agit avant tout de revenus d'appoint qui permettent, par exemple, à **Laeticia** et **Jamad** de compléter leur bourse et de poursuivre leurs études universitaires.

Des situations proches « sur le papier » peuvent donc renvoyer à des degrés de pérennité et d'irréversibilité des manques économiques très variables.

⁵ Ce qui, après de plus amples vérifications, a bien l'effet escompté...

⁶ C'est ainsi que **Laeticia** (19 ans), par ignorance, s'est orientée vers un DUT en pensant à tort qu'elle perdrait sa bourse d'étude si elle continuait son DEUG.

Remarques :

- Dans les faits, les deux dernières formes de précarisation professionnelle sont fortement enchevêtrées. Nombreux sont les individus qui alternent périodes de chômage avec inactivité réelle et période de chômage avec exercice d'un emploi non déclaré. Par ce procédé illégal (mais souvent temporairement toléré par les institutions d'aides à l'emploi), ils peuvent cumuler les ressources afin de préserver des conditions de vie et un pouvoir d'achat minimaux.
- D'autre part, on serait tenté de considérer comme univoque le lien entre précarité professionnelle et précarité économique. Ce serait là croire que les déficiences économiques n'ont aucune influence sur les chances de réinsertion professionnelle.

Fabienne est un exemple frappant des pressions économiques exercées sur ses projets et perspectives professionnelles. A 41 ans, elle vit seule avec ses enfants et, malgré une maîtrise de psychologie, elle est prête à accepter n'importe quel type d'emploi – quelles que soient la rémunération et les conditions de travail – si il lui permet de ne « pas priver » ses enfants, de « ne pas leur couper l'herbe sous les pieds ». La formation qu'elle attend cristallise ses derniers espoirs : « *c'est ma seule chance, c'est vraiment MA chance* ».

Devant ces pressions et ces sentiments d'insécurité, on comprendra le rôle primordial que peuvent jouer les aides financières et matérielles de la famille ou des proches. Or les fortes inégalités en matière financière de l'entraide familiale participent d'un manque de « marge de manœuvre » qui favorise « non-choix » et déclassement professionnel. Serge Paugam et Jean-Paul Zoyem⁸ ont montré, d'une part, que c'est parmi les milieux les plus aisés que les compensations financières sont les plus effectives et les plus élevées⁹ pour contrecarrer une régression statutaire (*logiques de compensation*) alors que, dans les familles ouvrières, les aides, plus modestes, tendraient à se concentrer davantage sur l'enfant qui cristallise les espoirs d'ascension sociale (*logiques d'émancipation sociale*). Les entretiens confirment incontestablement la faiblesse des aides financières reçues par les personnes d'origine modeste (caractéristique quasiment unanime des 24 récits de vie).

On retrouve dans quelques entretiens des traces de ces « logiques d'émancipation ». Elles sont esquissées par 5 individus de manière souvent implicite et à des degrés très divers. **Jamad** (23 ans) l'exprime en insistant sur le fait que ses problèmes de santé (psoriasis et malformation

⁷ Ce n'est le cas que pour trois individus : **Jamad** qui travaille au noir dans un restaurant africain ; **Laeticia** employée temporaire dans une grande entreprise de restauration rapide ; et Vincent qui donne des « coups de main » dans une chaîne d'hôtellerie.

⁸ S. Paugam, J-P. Zoyem, *Le soutien financier de la famille : une forme essentielle de la solidarité*, 1997, Economie et Statistique n°308-309-310, pp. 187-210.

⁹ Aides permettant souvent de ne pas même avoir recours aux aides institutionnelles telles que le chômage ou le RMI afin de se préserver de tout discrédit et dévalorisation individuels et familiaux.

osseuse) pourtant très douloureux ne font pas l'objet des mêmes attentions et des mêmes investissements financiers que pour les maux bénins de ses frères. Pour leur part, Eric (23 ans), Loïc (26 ans) et Henri (53 ans) sont assaillis par des sentiments de rancœur et d'injustice. **Eric** a dû se débrouiller seul, sans logement ni ressources, alors que son frère est demeuré dans le « cocon familial ». Lorsque la mère de **Loïc** est parvenue à se sortir du monde de la prostitution et de la toxicomanie, elle n'a souhaité reprendre que la garde de la sœur de Loïc. Alors que son frère de sang a été élevé par son père, **Henri**, lui, n'a pas été reconnu et a dû vivre chez une « mère nourricière ». Enfin, le cas le plus extrême reste celui de **Solange** : alors qu'elle était extrêmement sollicitée pour les tâches ménagères, elle se sentait profondément exclue et mise à l'écart de la répartition des ressources alimentaires et matérielles de la famille.

Cependant, derrière les déclarations de ces injustices matérielles, se trouvent avant tout des problèmes affectifs et identitaires à fleur de peau. En réalité, c'est très majoritairement à des ruptures familiales que se réfère l'absence d'aides économiques (décès prématurés des parents, ignorance de sa filiation, conflits avec les parents...). A l'instar d'un jeu de hasard, c'est celui qui possède le plus qui gagne parce qu'il peut se permettre de perdre plus longtemps et attendre son moment.

2. Précarité du logement et déficiences économique-professionnelles

Les liens qui existent entre la situation au regard du logement et les précarités professionnelle et économique sont indéniables. Statistiquement parlant, les situations défavorables au regard du logement sont davantage corrélées (en termes de significativité et d'ordre de grandeur) à un manque important de ressources financières qu'à des situations de chômage (*voir annexe II*). C'est la transitivité de l'association de ces trois dimensions qu'exprime cette atténuation : de manière simplificatrice, rupture et glissement professionnels provoquent des manques économiques qui, lorsqu'ils sont pérennes aboutissent à l'épuisement des ressources propres et menacent les individus de perdre leur logement. Un tel schème postule donc que c'est avant tout la durée des privations économiques qui finit par « jeter » les individus dans la rue. C'est là une mécanique sociale qui vient naturellement à l'esprit et ne saurait être totalement remise en cause. Cependant, elle ne permet nullement de comprendre pourquoi certains individus « en chômage de très longue durée » parviennent à se maintenir dans des conditions décentes de logement alors que d'autres se retrouvent à la rue ou errent de foyer en foyer.

L'analyse des profils sociodémographiques réalisée dans le chapitre II de ce mémoire a d'ores et déjà permis d'avancer de nombreuses pistes de compréhension qui sont avalisées par les entretiens.

2.1. Des difficultés économiques et des femmes

En dépit de difficultés économiques durables, les femmes parviennent généralement à se prémunir de l'expérience de la rue, grâce à une mobilisation plus forte – car plus concentrée – des aides informelles (amis, parents) et institutionnelles (logements financés par le CCAS, la Croix Rouge...) ou encore par une réattribution avantageuse des biens après les ruptures conjugales (ainsi **Zita** et **Fabienne** ont pu conserver la propriété conjugale).

2.2. Le cas des « sans papiers »

Les « sans papiers » héritent souvent, à leur arrivée sur le sol français, d'une grande vague de solidarités culturelles qui leur permettent d'avoir un toit grâce à un cercle « famille-amis » bien implanté et efficient. Pour autant, leurs conditions de logement n'ont rien d'enviable puisqu'ils cohabitent souvent avec plusieurs générations de personnes, dans un espace restreint, parfois insalubre et peu propice à l'intimité.

De tels réseaux d'entraide existent également pour une part importante des français interviewés. Ainsi, **Eric** (21 ans), semble aujourd'hui dans une position plus favorable pour sortir de ses « *plusieurs années de galères* » suite à sa mise à la porte du logement familial. L'aide matérielle et le soutien moral qu'il a pu trouver chez ses amis l'ont sauvé d'un destin funeste : « *ils auraient pas été là, j'aurais pété les plombs, c'est eux qui m'ont remis sur le droit chemin, sinon j'aurais pété les plombs, j'aurais pas pu tout seul je crois, c'est leur soutien qui m'ont aidé quoi.* ». C'est grâce à ces liens forts et à un réseau social étendu qu'il a pu retrouver un logement (malgré l'absence de garanties de paiement) et s'est vu proposer un emploi.

Cependant, tout porte à croire que ces solidarités sont le seul fait de réseaux amicaux et relèvent davantage de logiques de « dépannage » plus temporaires et plus instables que chez les « sans papiers ». Les ruptures de telles ressources protectrices semblent en effet plus fréquentes, et ce, pour deux raisons : soit que des conflits et mésententes avec l'hôte entraînent sa mise à la porte¹⁰ (*épuisement des aides informelles* souvent accompagné d'un sentiment d'abandon et de rejet) ; soit qu'un sentiment exacerbé de dépendance et d'humiliation les pousse à écourter voire à refuser l'aide proposée, les mécanismes de don et de contre-don ne pouvant plus être assurés (*mobilisation auto-restreinte de l'aide potentielle*). Ceci est d'autant plus vrai que, comme le précise James T. Godbout¹¹, les dons des amis sont vécus comme plus contraignants et plus dévalorisants (car jugés moins naturels) que les dons

¹⁰ Serge Paugam a montré, à partir de l'enquête INSEE 93 portant sur les conditions de vie des ménages français, que la possibilité d'être aidé par des proches en cas de difficultés est d'autant plus faible que le degré de précarité de l'emploi est élevé. Autrement dit, il perçoit une forme de relâchement des solidarités lorsque le chômage perdure.

¹¹ J.T. Godbout dans, *Le don, la dette et l'identité*, 2000, Editions La Découverte / M.A.U.S.S., pp.84-97.

familiaux. Sous cet angle, si les réactions de refus de l'aide potentielle sont moins fréquentes parmi les « sans papiers », c'est aussi parce que la notion de famille est davantage élargie aux parentés de deuxième voire de troisième degré (cousins, oncles, tantes...) dans les cultures africaines et maghrébines.

2.3. Prises en charges institutionnelles

D'autres individus (généralement parmi les plus défavorisés) s'inscrivent dans des logiques de prise en charge institutionnelle choisies ou contraintes : ils vivent dans un logement relativement stable mis à disposition par les services sociaux.

C'est le cas de **Jacky** (23 ans) qui, s'il passe sa journée avec son chien à faire la manche, peut entreposer ses quelques affaires personnelles et dormir dans un lit grâce au logement que lui prête « gracieusement » la Croix-Rouge depuis 6 mois. De même, **Laurent** (40 ans) adopte une vision plus positive de son contrat d'insertion depuis que le CCAS lui a mis à disposition un petit logement. Cependant, de telles modalités de logement peuvent véhiculer une idée de dépendance, de surveillance et de manque de liberté qui participent d'un sentiment de dévalorisation de soi et de stigmatisation symptomatique chez **Henri** (53 ans) et **Solange** (45 ans) qui vivent, respectivement, dans un logement EMMAÛS et dans une chambre SONACOTRA placée sous curatelle.

De plus, de tels placements sont limités, très réglementés et souvent temporaires. Ainsi nombreux sont ceux qui ne peuvent accéder à de telles alternatives ou encore les refusent par fierté ou défiance à l'égard des institutions, préférant se débrouiller par leurs propres moyens. Ces réactions sont récurrentes parmi les individus qui ont un « lourd et long passé avec les institutions » ; en particulier parmi ceux qui ont connu des conditions strictes voire musclées à la DASS ou lors de séjours prolongés en hôpital psychiatrique.

Enfin, deux nouveaux éléments ont émergé des entretiens alors qu'ils étaient restés muets des analyses statistiques (par défaut de dynamisme des données).

2.4. Variabilité des conditions de logement

L'instabilité du logement ne saurait se réduire à de simples considérations sur le mode d'hébergement et les normes de salubrité. L'élément le plus frappant lorsque l'on observe les trajectoires résidentielles, c'est leur diversité et leur aspect éminemment sinusoïdal. Les statistiques sur le logement des personnes en situation de précarité ne saisissent le plus souvent qu'un moment dans un processus et tendent à pérenniser des modes d'hébergement qui sont en réalité très fluctuants. L'assimilation stricte d'un « SDF » à une personne vivant *ad vitam eternam* près d'une bouche d'aération de métro ou encore sur un banc est l'exemple type de cette cristallisation abusive de moments plus ou moins éphémères en états permanents. Si l'image et les représentations véhiculées sont erronées, le terme de « sans domicile fixe » décrit pourtant fort bien une toute autre réalité : l'extrême variabilité des conditions de logement dans le temps et l'ignorance de ce qu'elles seront une semaine plus tard.

Le parcours de **Flo** (30 ans) en est un judicieux exemple : lorsque nous l'avons rencontré, il déclarait dormir dans la rue. En réalité, a-t-il expliqué au fil du récit, il alterne entre logement d'urgence dans des associations, nuits passées dans divers squats, logement chez des amis et vie à la rue selon les opportunités et la dureté des conditions (froid, fatigue...). Le récit de **Patrick** (21 ans) est également très éloquent lorsqu'il retrace l'instabilité de son parcours résidentiel : durant ces trois dernières années, il a vécu successivement dans un logement qu'il louait, en foyer, à nouveau dans une chambre, puis entre rue et squat avant d'être hébergé chez un ami. Aujourd'hui, après une nouvelle période en foyer, il est retourné depuis deux semaines chez ses parents adoptifs.

2.5. Instabilité du logement et précarité matérielle

Le lien entre précarité matérielle et dégradation des conditions d'hébergement est réciproque. Absence ou instabilité du logement accentue la précarité matérielle selon deux principaux procédés :

- Premièrement, il rend plus délicat la perception de certaines aides et plus difficile l'initiation de démarches de réinsertion professionnelle. Une relative sécurité d'hébergement permet de pouvoir s'abstraire, ne serait-ce qu'un temps, de l'oppression du présent – et de pouvoir envisager des modes de réinsertion. Ainsi **Laeticia** (19 ans) nous confie que, après la rupture avec sa mère et la perte soudaine d'un toit et de ressources, elle aurait très probablement été contrainte d'interrompre

ses études, si elle n'avait pas été hébergée par un ami pendant toute une année scolaire. De même, **Loïc** (26 ans) était jusqu'à présent « *sans abri et dans la zone* » et vivait de la manche. Depuis une semaine, il habite avec un « *copain de rue* » dans un petit appartement et pose explicitement le logement comme condition nécessaire à la recherche d'un emploi : « *Maintenant que j'ai un pied à terre... je me suis inscrit dans une boîte d'intérim* ».

- Deuxièmement, l'existence de la rue « se voit », « se sent » et « se lit »¹². Les efforts considérables qu'il faut fournir pour rester « présentable », les difficultés à tenir des règles d'hygiène minimales ou encore l'usure physique et psychologique conséquentes aux conditions de survie renforcent les inégalités à l'embauche. Les individus ont une telle conscience de ces handicaps que beaucoup ont même renoncé à se présenter dans des bureaux de recrutement. Il faut toutefois ajouter que de telles affirmations, aussi justifiées qu'elles soient, peuvent aussi être des arguments de légitimation à un renoncement à l'effort de réinsertion – efforts d'autant plus durs à fournir que les difficultés sont pérennes – et une manière de marquer l'existence actuelle sous le sceau de la « victimisation ».

3. Précarité matérielle et précarité affective

Comme je l'ai déjà souligné, la mobilisation de réseaux informels d'aides influe fortement sur les conditions matérielles. Mais qu'en est-il des interactions entre chômage, relations sentimentales et vie conjugale ?

A priori, une telle relation est naturelle tant les conséquences de la perte de l'emploi dépassent les seules sphères économiques. Pourtant elle est, en sciences sociales, source de vives controverses. Le débat classique qui tourne autour des approches de Serge Paugam¹³ et de Nicolas Herpin¹⁴ renvoie aux problèmes liés à la causalité et donc à la détermination de la variable qui explique la prépondérance des célibataires et divorcés parmi les chômeurs. Le premier lie le statut professionnel à la fois à la formation du couple et à sa rupture alors que le second conclut à un faible impact du chômage sur les ruptures conjugales. La lecture des entretiens ne permet de privilégier ni l'une ni l'autre de ces thèses. Cependant, elle invalide fortement le mythe de la « rupture soudaine » responsable de dérives « addictives » et invite à dépasser la question du sens causal pour une approche interactive et dynamique.

¹² J-F. Laé dans *L'homme à la rue, étapes et figures de l'abandon*, 1993, GRASS, décrit le « sans-abri » rencontré dans les métros comme « un être de refus qui se délimite une aire où il est impératif de se « tenir à distance », par la voix, l'odeur, la plainte et l'obscénité ».

¹³ Serge Paugam, *Famille et vie conjugale*, dans *Précarité et risque d'exclusion en France*, 1993, Documents du CERC n°109.

¹⁴ Nicolas Herpin, *La famille à l'épreuve du chômage*, 1990, Economie et statistique n°235.

Les réactions et modes de reconstruction des ruptures conjugales dépendent profondément des ressources initiales des séparés (éducation, réseau de sociabilité...).

3.1. Séparation conjugale : des conséquences multiples

La séparation conjugale est une expérience commune à beaucoup de récits. Cependant, les liens entre rupture familiale, dégradation des conditions de vie et conduites ordaliques restent flous. Lorsqu'ils sont esquissés, ils n'indiquent aucune chronicité et restent inextricablement enchevêtrés. L'interrelation demeure très ambiguë puisque la famille perdue se cristallise simultanément comme nœud de souffrances et comme dernier rempart à la protection de soi. Ce peut être à la fois la cause invoquée à un abandon physique et social et l'ultime raison pour se préserver. C'est ainsi que les comportements d'autodestruction (alcool, toxicomanie, tentatives de suicide...), et les logiques de protection de soi (diminution des prises de risques, démarches individuelles de désintoxication ou de prise en charge psychologique) et de revalorisation de son image (plus grande écoute de son corps...), prennent tous deux leur source et leur sens dans le même cadre de rupture familiale (**Loïc, René, Flo...**).

3.2. Rôle stabilisateur de la responsabilité familiale

L'enquête qualitative suggère également le rôle stabilisateur que peut jouer la responsabilité familiale. Ainsi les positions de mère de famille (**Fabienne, Zita**) ou de chef de famille (**Roger**), si elles exercent de fortes pressions psychologiques, semblent protéger les individus d'un laisser-aller et d'une dégradation plus conséquente des conditions matérielles. Si les obstacles pour assumer leur rôle les fragilisent, la reconnaissance sociale apportée par ces statuts et les responsabilités qui en découlent semblent les préserver de durables abattements et renoncements pouvant mener à d'irréversibles dérives. Il faut aussi ajouter que c'est aussi parce que de tels cas de figures donnent lieu à une plus grande mobilisation des aides informelles assurant mieux le maintien de conditions décentes (en particulier pour les familles monoparentales).

3.3. Des « déserts sentimentaux »...

Plusieurs entretiens font état d'un dénuement affectif implicitement présenté comme éternellement ancré : aucune référence n'est faite à une histoire sentimentale présente, passée ou future. Il semble ici qu'un tel « désert sentimental » soit à relier à la perpétuelle instabilité de ces individus et à une conscience très dégradée de leur position sociale.

C'est le cas de **Henri** (59 ans) dont l'existence mouvementée entre passages prolongés en prison, désintoxications alcooliques et errances géographiques semble avoir eu raison de toute velléité sentimentale. Dans un autre registre, **Roland** (56 ans) est toujours resté seul car il a jugé sa carrière de légionnaire « incompatible avec une vie de famille ». Pour sa part, **René** (45 ans) met en avant une forme « d'homogamie sous-prolétaire » : divorcé, il vit aujourd'hui avec une compagne qu'il présente comme « *malade comme moi* » et « *faisant les poubelles comme moi* ». La reprise désillusionnée d'une vie commune est avancée sur le mode de la ressemblance de trajectoires malheureuses et du partage de la misère.

3.4. ...au repli social

Comme l'indique Dominique Schnapper¹⁵, « *les chômeurs, qui ont le sentiment d'être atteints dans ce qui constitue leur dignité personnelle, restreignent d'eux même leurs échanges amicaux.* ». C'est en effet parmi les individus les plus sédentarisés dans les difficultés que nous observons des formes prononcées « de repli social » et de « renoncement relationnel ». Si la solitude est présentée comme une pénitence qu'ils s'imposent, elle est avant tout l'expression d'un profond désespoir, d'un fatalisme inéluctable que renforce souvent une forme de réflexe de dignité et de sacrifice qui les pousse à s'isoler encore davantage. C'est donc tout un processus de dégradation identitaire qui sous-tend cette auto-exclusion. La personne ne demande plus rien (« censure des besoins et des désirs »). Elle n'attend plus rien (« avenir myope ») et se sent le devoir de se tenir à l'écart pour éviter de « contaminer » ses proches.

Maintes phrases en sont le cru reflet : « *j'emmerderai plus personne* » (**Serge**, 43 ans) ; « *Je suis bien toute seule. Je m'emmerde avec les gens* » (**Solange**, 45 ans) ; « *J'ai pas d'amis, ça fait que ça m'embête, dans le sens que... comme depuis toujours, j'ai connu la rue, je suis de la DASS* » (**Jacky**, 23 ans) ; « *Les gens s'en foutent. Tu peux crever dans la rue, ils s'en foutent, alors moi je m'en fous. Je vais me dire que je vais vivre pour moi, ma fille et les*

¹⁵ D. Schnapper, *La relation à l'autre. Au coeur de la pensée sociologique*, 1998, Editions Gallimard NRF / Essais.

autres je les emmerde. C'est clair et net » (**Flo**, 30 ans) ; « *avant je draguais une femme comme tout autre homme... maintenant, je... j'ai baissé les bras* » (**Laurent** 40 ans)...

Ces attitudes marquent davantage les hommes dans la force de l'âge (30 à 50 ans) car leurs conditions les affectent plus durement au regard de la norme sociale qui veut que l'homme à cet âge ait un emploi, soit un père de famille et apporte les revenus de subsistance au ménage.

4. Les barrières administratives

Par rapport aux mécanismes mis en évidence par les analyses statistiques, les entretiens apportent peu d'éléments supplémentaires sur les barrières imposées par l'irrégularité des situations administratives :

- La très forte corrélation entre précarité administrative et absence de protection sociale¹⁶ correspond à l'absence de droits des étrangers en situation irrégulière.
- La corrélation négative (très significative) entre précarité économique et absence de protection sociale indique que les plus précaires économiquement sont mieux couverts que les autres. Cette dernière observation témoigne de l'existence d'une protection sociale spécifiquement allouée aux démunis.

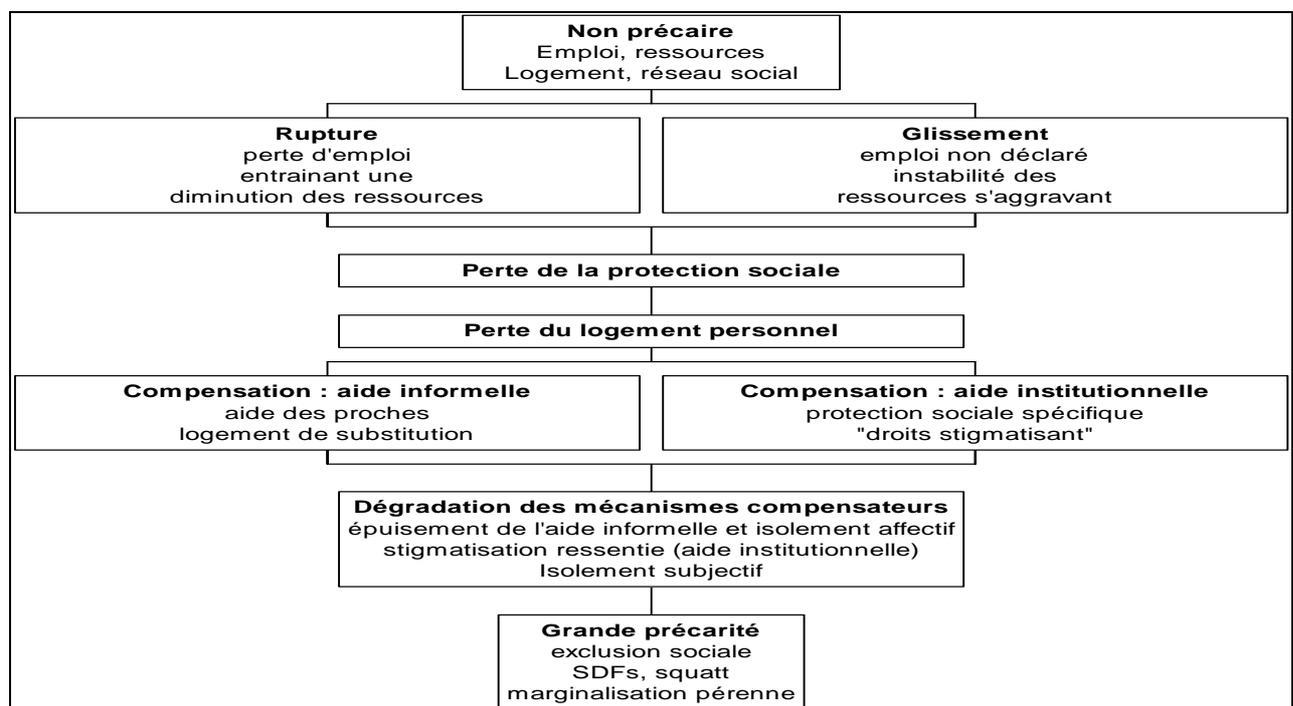
¹⁶ **Annexe 11.**

B. Des processus différenciés

Une connaissance fine des expériences objectives de précarité (grâce à la base *Précalog*) alliée à la visibilité de la genèse des mécanismes de dégradation des conditions de vie et de l'intégrité identitaire (*via* les récits de vie) permet de proposer un schéma général des « processus de précarisation » (graphique ci-dessous).

Il est librement inspiré du travail de J. Damon et J.M. Firdion.

Graphique n°17 : Dynamiques de précarisation.



1. Un cadre de précarisation mais des processus différenciés

Ce schéma permet de bien cerner le cadre de dégradation des ressources et de décrire une hiérarchie des déficiences qui concordent avec des modes d'adaptation différenciés. Cependant, il ne saurait être question d'un processus unique. Comme nous l'avons vu, il est *individualisé*, *contextualisé* et *socialisé* de manière très hétérogène :

- *individualisé* car les modes de réaction et de protection de soi s'inscrivent avant tout dans l'histoire **globale** de l'individu ;
- *contextualisé* dans le sens où le processus de déqualification professionnelle et sociale qui mène un père de famille ouvrier à la rue est foncièrement différent de celui d'un

jeune sans papiers qui, dès son arrivée en France, se trouve au niveau des étapes de « compensation informelle » ;

- *différentiellement socialisé* car les ressources mobilisables et la capacité à « faire face » aux difficultés (*coping*¹⁷) varient fortement selon les sources de vulnérabilité, le type et la compacité des réseaux de solidarité.

2. Parcours par étapes, descente continue ou instabilité transversale ?

En préalable, il faut surpasser la vision erronée d'une trajectoire continûment descendante de la précarisation (et réciproquement continûment ascendante de la réinsertion). En réalité, elle évolue cycliquement selon un éventail de trajectoires résidentielles et socioprofessionnelles. Les situations relèvent davantage de moments dans un processus, de situations transitoires que d'un état rigide. Les récits de vie montrent ainsi que fréquemment les individus vaquent d'un niveau de précarité à un autre (généralement adjacent) sur le court terme.

Pour autant, la différenciation en plusieurs degrés de précarité reste parfaitement valide. Elle ne réside pas tant sur les conditions objectives d'existence que sur des processus d'épuisement des ressources et l'adoption de comportements et modes de vie stigmatisés. Ainsi, bien que les bouleversements matériels observés relèvent le plus souvent de logiques de rupture et vont dans le sens d'un processus fondée sur des étapes successives bien distinctes, il semble plus juste d'adopter une approche intégrant les interactions entre éléments exogènes (conditions de vie) et éléments endogènes (modes d'adaptation identitaire aux situations et à l'espace public) de la précarisation.

3. Réversibilité des processus

Les processus en cause ne sont naturellement pas irréversibles, et il n'est pas rare qu'un sujet « remonte » vers une situation moins précaire ou même qu'il en sorte¹⁸. Si l'opinion publique a tendance à croire que, entrer dans la précarité est synonyme de ne jamais plus en sortir, c'est par manque de connaissance des modes de sortie et des processus de requalification et de réinsertion. Or, si on considère des chiffres tels que ceux du chômage ou encore des sorties de RMI, on peut supposer que de tels reclassements sont loin d'être marginaux. En ce sens les termes de « carrière de précarité » et de « trajectoire de précarité » semblent inappropriés car ils s'appuient sur le « mythe de la rupture » (fortement démentie par les entretiens) qui postule une indépendance certaine entre « la vie d'avant » (non précaire) et « la vie d'après » (précaire).

¹⁷ Le concept de « coping » a été développé par A. Antonovsky et formalisé dans *Health, stress and coping*, 1979, Editions Jossey-Bass.

¹⁸ Naturellement, plus un individu est « avancé » dans le processus et plus ses chances (objectives et projetées) de réinsertion s'amenuisent.

Partie II. : Des processus mettant en jeu l'identité des individus

Il est assez commun de dire que l'identité des individus et la manière dont ils se perçoivent, se projettent et se positionnent dans l'espace social, sont fortement remises en cause lorsqu'ils sont confrontés à la précarité. Alexandre Vexliard, dans l'ouvrage *Le clochard (1957)*, trace un schéma global d'adaptation de l'identité et de la personnalité à la « clochardisation », adaptation intériorisée selon des règles sous-jacentes de survie sociale, psychologique voire physique. A partir de nombreux entretiens et observations, il montre comment l'identité de l'individu se nourrit des expériences et tend à s'ajuster à la réalité de ses nouvelles conditions. Si une telle modélisation est pertinente pour décrire le parcours psychosocial d'un individu « peu à peu devenu clochard », elle s'avère trop exogène pour prétendre répondre aux interrogations suivantes : « pourquoi celui-ci a plongé alors que celui-ci s'en est sorti ? », « pourquoi celui-ci lutte alors que celui-là s'abandonne dans les comportements addictifs ? ». En effet, une telle modélisation n'envisage la personnalité que dans son acquisition tardive (*i.e.* comme uniquement dépendante de la période de précarité). Or, on ne saurait répondre à de telles questions sans prendre en compte la construction dynamique de l'identité de l'individu (*i.e.* l'ensemble de sa biographie). Après avoir découvert les profondes différences statistiques qui existent selon le niveau de précarisation, l'analyse des entretiens nous permettra de mieux comprendre comment elles s'incarnent dans l'existence des personnes interrogées.

A. Interactions entre problèmes identitaires et précarisation

Partant de la caractérisation en quatre phases synthétiques de précarité opérée dans la partie 2 (voir tableau 11 page 89), il s'est agi de comparer trois importantes composantes du profil identitaire des consultants des centres de soins gratuits :

- Les problèmes déclarés pendant l'enfance ;
- l'état psychopathologique des individus évalué par le diagnostic du médecin ;
- l'attitude vis à vis des comportements à risque.

Sachant le rôle primordial joué par le profil sociodémographique des sujets sur les phénomènes étudiés, il a fallu standardiser les données par l'âge, le sexe et la nationalité. L'application de la méthode de standardisation indirecte¹⁹ consiste à raisonner « toutes choses égales par ailleurs ». Dans notre cas, elle permet donc de neutraliser l'influence de l'âge, du sexe et de la nationalité sur les phénomènes étudiés (communément appelés *facteurs de confusion*) et ainsi d'isoler et d'évaluer les particularités relevant spécifiquement du degré de précarité.

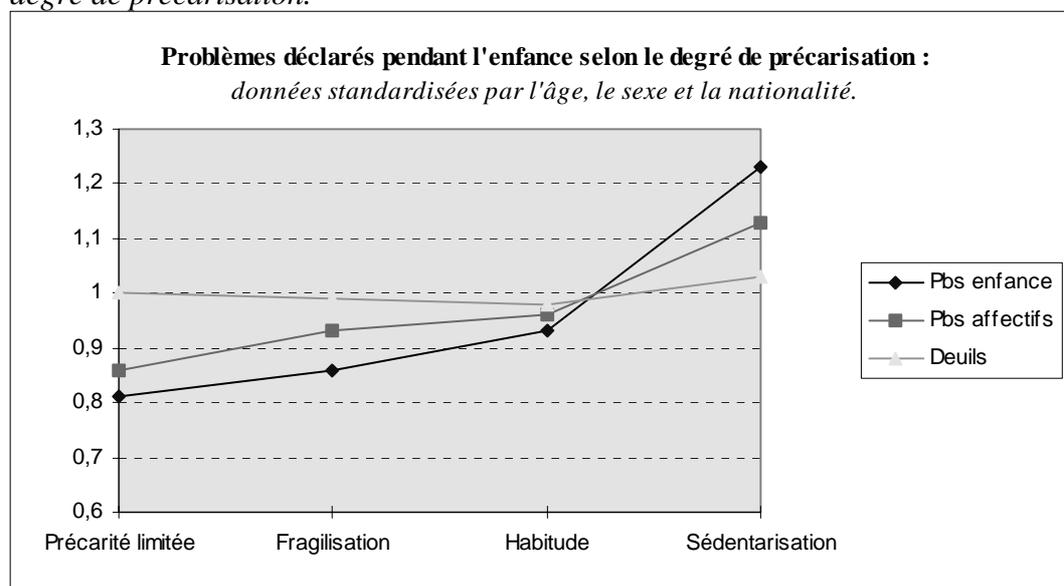
1. Le poids de l'enfance: facteur d'instabilité ou expression de la détresse?

Le graphique n°18 (page suivante) révèle les profondes différences qui affectent les déclarations de problèmes juvéniles selon la phase de précarité dans laquelle se trouvent les individus. Il s'agit là d'indices standardisés et non de valeurs réelles. Les chiffres présentés s'interprètent donc comme suit :

- Pour un sous-groupe donné, si l'indice vaut 1, cela signifie que ses membres déclarent, en moyenne, un nombre équivalent de problèmes dans l'enfance à celui recensé sur l'ensemble de notre échantillon (« à structure par âge, sexe et nationalité rendue équivalente »).
- En revanche, si l'indice vaut 1,5 cela signifie que la sous-population déclare en moyenne 50% de problèmes supplémentaires que dans l'échantillon (après avoir gommé l'influence propre aux effets d'âge, de sexe et de nationalité). Dans le sens contraire, un groupe dont l'indice vaut 0,5 déclare 50% de problèmes en moins.

¹⁹ Ce n'est pas mon propos d'explicitier une telle méthode. Je me contenterai ici de différencier les méthodes *directes* et les méthodes *indirectes* de standardisation : les premières consistent à comparer un phénomène en gommant les différences sociodémographiques en s'appuyant sur une population de référence (i.e. en appliquant la structure sociodémographique française, européenne ou mondiale) ; alors que les secondes prennent comme structure de référence la population étudiée (i.e. ici la structure sociodémographique de notre échantillon). C'est cette seconde méthode qui est la plus adaptée à notre cas, puisqu'il s'agit de comparer des phénomènes *au sein* de la population des consultants des centres de soins gratuits. Pour plus de renseignements sur ces méthodes, le lecteur pourra consulter J. Bouyer, D. Hémon, S. Cordier, *Epidémiologie : principes et méthodes quantitatives*, 1993, Editions Inserm.

Graphique n°18 : Indices comparés des déclarations de problèmes dans l'enfance selon le degré de précarisation.



Source : Enquête Précalog du CREDES

Le nombre de problèmes déclarés par les individus croît très fortement avec le degré de précarisation :

- Lorsque l'on considère l'ensemble des problèmes (problèmes de santé, deuils, difficultés économiques et problèmes relationnels au sein de la famille), les personnes se retrouvant dans des situations défavorables mais encore relativement récentes et/ou maîtrisées (*précarité limitée* et *fragilisation*) font état de 15 à 20% de problèmes en moins que sur l'ensemble de l'échantillon (à structure sociodémographique rendue équivalente).
En revanche, plus les individus sont ancrés dans des situations difficiles et plus ils déclarent de problèmes juvéniles : si l'indice pour les personnes classées dans la phase *d'habitude* est inférieur à 1 (0,93), il reste sensiblement supérieur aux deux précédents sous-groupes. C'est surtout les personnes en situation de grande précarité (*sédentarisation*) qui déclarent l'enfance la plus problématique (23% de troubles en plus que sur l'ensemble de l'échantillon soit 1,5 fois plus que les *peu précaires* et les *fragilisés*²⁰)
- De tels écarts sont principalement imputables aux différences existantes en termes de problèmes affectifs²¹ comme l'indique la proximité et le relatif parallélisme des

²⁰ Ces résultats sont trouvés en réalisant simplement la division entre l'indice des *sédentarisés* et celui du groupe auquel on souhaite le comparer. Ainsi : $1,23 / 0,81 = 1,52$.

²¹ Pour rappel, y sont regroupés les problèmes relationnels intra-familiaux que sont les séparations et divorces des parents, les mésententes et conflits avec les parents et le sentiment d'un grand manque affectif.

courbes des indices « problèmes généraux dans l'enfance » et « problèmes affectifs juvéniles ».

Néanmoins, cette intéressante association est d'interprétation délicate. Dans le sens du présent influençant les représentations du passé, il peut s'agir d'une tendance au pessimisme dans la remémoration des souvenirs, laquelle serait liée à la dégradation progressive de l'estime de soi qui accompagne la précarisation. Dans le sens inverse du passé s'exprimant dans la situation présente, il peut s'agir d'un phénomène témoignant de l'influence négative des troubles dans l'enfance sur la dynamique de vie à l'âge adulte.

2. Vulnérabilité psychologique : détresse psychique plus que pathologies lourdes

Il serait aussi simplificateur et dangereux de voir la précarité comme la sanction d'une vulnérabilité psychologique et d'une inaptitude à « faire face » à des événements déstabilisants (thèse de la *responsabilité individuelle*) que de considérer le processus de précarisation comme un engrenage qui livre fatalement les intéressés à de profonds dérèglements psychiatriques marginalisant (thèse déterministe de la *victimisation*). Là encore, il semble vain de vouloir raisonner en termes de causalité, tant la précarité et les troubles psychologiques se trouvent en perpétuelle interaction. C'est ce type d'approche à laquelle nous invite M. Joubert²² :

« Si l'on considère la santé mentale comme une composante de la vie sociale des individus, celle qui leur permet de gérer les relations avec leur environnement, on peut y distinguer trois grandes composantes : les dynamiques intersubjectives, les processus de régulation et la mobilisation de soi. La première renvoie à l'histoire des personnes et à leur inscription dans des réseaux sociaux ; la deuxième à leurs trajectoires et aux conditions de vie dans lesquelles elles affrontent les difficultés quotidiennes ; la troisième aux modalités de mobilisation permettant de recourir à des ressources exceptionnelles afin de surmonter des éléments fortement déstabilisateurs ».

Les processus de précarisation mettent bien en jeu ces trois dimensions de la santé mentale : le contexte socio-relationnel dans lequel s'ancrent les disqualifications économique-sociales, les modes d'adaptation identitaire aux bouleversements de l'existence et la mobilisation de réseaux sociaux d'entraide. A partir des diagnostics psychiatriques posés par les médecins²³ lors des consultations recensées, nous pouvons évaluer les différences qui existent entre les états psychologiques des patients selon le degré et le type de précarité auxquels ils sont confrontés. Il faut ajouter qu'il s'agit ici d'expériences de santé objectivées par le médecin et non de représentations individuelles subjectives d'un mal-être.

Le graphique n°19 (ci-dessous) est fondé sur les mêmes principes que le précédent (indices standardisés par âge, sexe et nationalité²⁴) et s'interprète strictement de la même manière.

²² M. Joubert, *Précarisation et santé mentale. Déterminants sociaux de la fatigue et des troubles dépressifs ordinaires*. dans *Précarisation, risque et santé*, 2001, Editions INSERM, pp. 69-95.

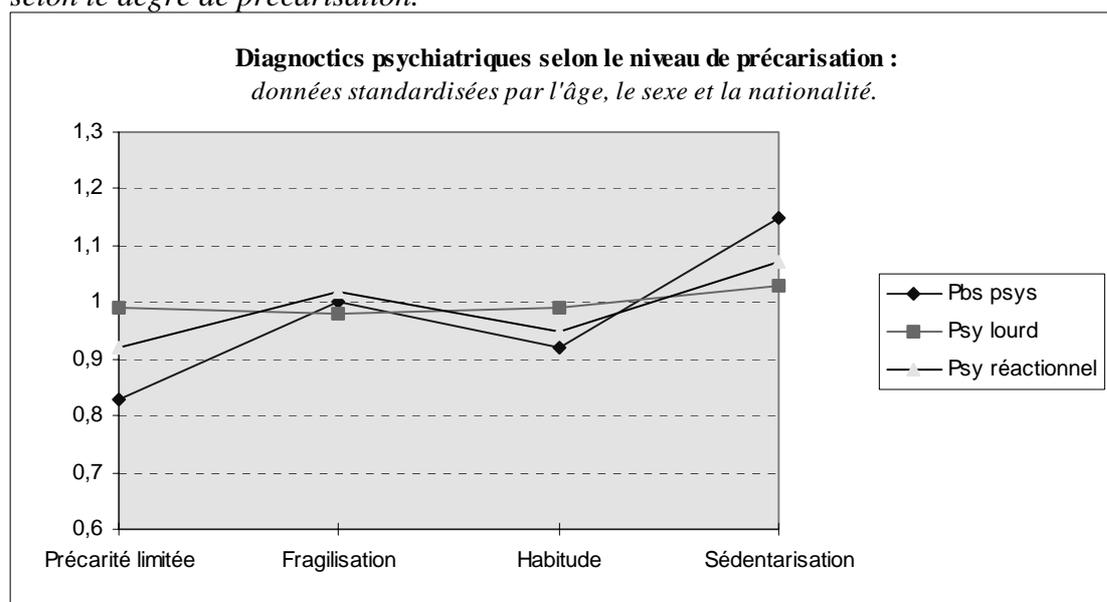
²³ Cinq types distincts de diagnostics psychiatriques étaient proposés au médecin : *toxicomanie, alcoolisme, angoisse / anxiété / troubles du sommeil, dépression, autres problèmes psychiatriques*.

²⁴ La standardisation par âge, sexe et nationalité se légitime par le fait que les troubles psychiatriques sont profondément dépendants de ces variables. Ainsi, les dépressions sont sur-représentées parmi les femmes ; l'alcoolisme parmi les français d'une quarantaine d'années...

Nous avons fait ici le choix de distinguer les diagnostics psychiatriques en deux types tant ils relèvent de symptômes et de pathologies différents et donc d'interprétations foncièrement distinctes :

- Les problèmes psychologiques dits *réactionnels* s'apparentent davantage à des problèmes, sinon bénins, tout du moins fortement liés à la difficulté des conditions de vie. Il s'agit, d'une part, des symptômes d'angoisse, d'anxiété, de troubles du sommeil ou d'état dépressif ; et d'autre part, des dépendances à l'alcool et à la toxicomanie dont on peut supposer qu'elles sont fortement liées à une dégradation de l'image de soi et, aussi handicapants qu'ils soient, restent des troubles réversibles.
- Les problèmes psychiatriques dits *lourds* sont principalement concentrés dans l'icône « autres pathologies psychiatriques » : psychoses, névroses prononcées, bouffées délirantes, *delirium tremens*...

Graphique n°19 : *Indices comparés des diagnostics psychiatriques posés par le médecin selon le degré de précarisation.*



Source : Enquête Précalog du CREDES

NB : L'ensemble des problèmes psychiatriques est la somme des problèmes réactionnels et des problèmes lourds.

A structure d'âge, de sexe et de nationalité rendue équivalente, les problèmes psychologiques sont des diagnostics d'autant plus fréquents que les personnes sont avancées dans les processus de précarisation. Les « grands précaires » (*sédentarisation*) présentent 15% de diagnostics psychiatriques de plus et les « peu précaires » (*précarité limitée*) 17% de moins par rapport à l'ensemble de notre échantillon des consultants de centres de soins gratuits (soit 38%²⁵ de plus chez les premiers que chez les seconds).

Cependant, au contraire des problèmes dans l'enfance, un tel phénomène n'est pas continu. En effet, nous pouvons remarquer un pic relatif au niveau du groupe des sujets en phase de *fragilisation* par rapport aux individus dont la situation de précarité est déjà pérenne (phase de *l'habitude*). Un tel écart suggère l'existence d'une souffrance plus importante au moment des phases de rupture ou de glissement que dans la période « compensée » qui s'ensuit. Dans un premier temps, licenciement ou dégradation des conditions d'emploi induisent une souffrance liée à la dévalorisation de l'image de soi, à la remise en question de l'utilité sociale, à un sentiment oppressant d'incertitude face à l'avenir, de déperdition face à ses anciens repères et de gêne à l'égard de son entourage. En revanche, une fois acceptée (par la force des choses) sa nouvelle condition (phase de *l'habitude*), l'individu organise un réseau d'aides collectives (prise en charge par les institutions, et en particulier au niveau des services d'aides médico-sociales) et individualisées (solidarité des amis et des proches) qui lui apportent écoute et réconfort et lui permettent de mieux lutter contre le sentiment d'impasse et d'indifférence à sa détresse. Cependant, il semble que la persistance des difficultés, menant à l'épuisement des ressources mobilisables ou au rejet de telles solidarités, finisse à terme d'user le pseudo-équilibre retrouvé – le manque d'espace vital et d'intimité accentuant ce processus d'usure.

Remarquons que les écarts enregistrés portent essentiellement sur les problèmes psychiatriques non pathologiques *stricto sensu* (dits *réactionnels*)²⁶ ce qui tend à invalider le « mythe de la folie des SDFs » bien qu'il soit possible que pour les populations les plus précarisées et les plus atteintes dans leur intégrité psychique, des solutions institutionnelles telles que les placements contraints en hôpital psychiatrique ou en centres de désintoxication ne soient pas rares.

²⁵ Résultat obtenu en faisant la division de l'indice des « sédentarisés » et de celui des « peu précaires » :
 $1,15 / 0,83 = 1,38$; soit 38% de plus.

²⁶ On comprendra aisément qu'un individu vivant dans la rue soit davantage soumis à des troubles du sommeil ou à des sentiments d'angoisse, les risques d'agressions physiques étant fréquents et latents.

Enfin, une analyse plus fine²⁷ montre que si ces différences se retrouvent significativement sur l'ensemble des diagnostics psychiatriques – respectivement 7,1% et 12,5% de symptômes anxio-dépressifs parmi les *peu précaires* contre 12,5% et 21% parmi les *plus démunis* –, ce sont les diagnostics d'alcoolisme qui distinguent le plus les quatre phases de précarité : 3,6% et 6,7% pour les phases de *précarité limitée* et *d'habitude* contre 14,2% et 17,4% pour les phases de *fragilisation* et de *sédentarisation*. De telles addictions sont à la fois symptomatiques d'une blessure narcissique liée à la déqualification sociale et susceptibles d'accélérer et aggraver le processus de disqualification.

3. Comportements à risques et conduites « addictives »

Le questionnaire *Précalog* permet d'approcher de tels comportements de trois manières : le rapport à l'alcool, à la tabagie et l'évaluation de la prise de risque quotidienne (*via* le nombre d'accidents graves déclarés dans son existence). Ces trois dimensions individuelles sont également sujettes à une forte variabilité selon les variables de l'âge, du sexe et de la nationalité. Différentes études ont montré la profonde influence de ces caractéristiques sociodémographiques sur les conduites ordaliques. De même, on peut supposer que les individus ne sont pas égaux face à la déclaration d'accidents graves (un individu plus âgé présente une durée d'exposition à ces accidents plus grande qu'un jeune, mais il est aussi davantage susceptible de les relativiser ou de les oublier).

Aussi, a-t-il encore une fois été nécessaire d'opérer une standardisation par l'âge, le sexe et la nationalité afin de mettre en exergue la variabilité des conduites à risques selon les différents degrés de précarité.

3.1. Le rapport socio-médical à l'alcool

Le score **CAGE**²⁸ (dont l'acronyme est **DETA**²⁹ en français) a été intégré par le CREDES dans son enquête. C'est un questionnaire simple et rapide qui a la réputation de dépister de manière précoce les consommations problématiques d'alcool³⁰. Souvent utilisé par les médecins comme outil de prévention et de repérage des « sujets à risques », il se résume en quatre questions (chaque lettre représente l'initiale d'un symptôme) :

²⁷ **Annexe 12**

²⁸ Proposé par Ewing en 1984.

²⁹ L'adaptation en français a été proposée par Rueff. On peut la consulter dans *Les malades de l'alcool*, 1995, Editions John Libbey Eurotext, Paris, p.144.

³⁰ Dans les pays anglo-saxons, c'est l'échelle de mesure jugée la plus pertinente.

D : Avez-vous déjà ressenti le besoin de Diminuer votre consommation de boissons alcoolisées ? (ou **C** pour *Cut down your drinking...*) ;

E : Votre Entourage vous a-t-il déjà fait des remarques au sujet de votre consommation de boissons alcoolisées ? (ou **A** pour *have people Annoyed you...*) ;

T : Avez-vous déjà eu l'impression que vous buviez Trop ? (ou **G** pour *Guilty about your drinking...*) ;

A : Avez-vous déjà eu besoin d'Alcool (dès le matin) pour vous sentir en forme ? (ou **E** pour *Eye-opener*).

Les quatre symptômes proposés sont condensés mais spécifiques. Ils signalent la reconnaissance d'un abus d'alcool (**D**), les répercussions relationnelles de cet abus (**E** et **T**) ainsi que le début d'un syndrome de sevrage (**A**).

Selon maints épidémiologistes, deux réponses positives témoignent de l'existence très probable de problèmes liés à une consommation excessive d'alcool : selon les études, la suspicion de problèmes d'alcoolisation est estimée avec une sensibilité³¹ de 60 à 95%³² et une spécificité³³ de 50 à 95%. Cependant trois remarques relativisent fortement la robustesse de ce test :

– Les études de fiabilité de Mayfield, de Rueff ou encore de Buchsbaum³⁴ ont toutes été réalisées dans des conditions de passation bien spécifiques : respectivement, dans un service de psychiatrie, en milieu hospitalier dans les services de gastro-entérologie et de cardiologie et enfin dans une clinique où la prévalence des abus alcooliques était de 36%. Elles ne sauraient donc se prémunir d'un particularisme lié au protocole d'enquête.

– A. Morisson et D. Pomerantz³⁵ reconnaissent que les très forts scores CAGE (3 et 4) concordent fortement avec des abus ou dépendance addictive et qu'un score nul est associé à une probabilité de consommation à problèmes très faible (*safe use*). Cependant, ils mettent fortement en doute la capacité du score CAGE à différencier les usagers à risque (*at-risk use*), les consommateurs excessifs (*harmful use*) et les alcoolodépendants (*dependance*). Une étude française abonde dans ce sens en concluant que le score CAGE est effectif dans le repérage des patients alcoolodépendants mais très sensible dans celui des consommateurs à risque³⁶.

³¹ On appelle **sensibilité** de l'échelle par rapport au diagnostic la probabilité que le signe soit vérifié (ici score CAGE supérieur ou égal à 2) si la maladie est présente, soit en termes statistiques la probabilité conditionnelle : $P(S / D)$ où S est le signe et D le diagnostic :

$P(S / D) \approx VP / (VP + VN)$ où VP (Vrais Positifs) sont les individus chez lesquels le signe est présent et le diagnostic vrai et VN (Vrais Négatifs) ceux pour lesquels le signe est absent et le diagnostic présent.

³² P. Gache, *Repérage et diagnostic des malades de l'alcool*, 1999, La revue du Praticien, n°49, pp. 375-378.

³³ On appelle **spécificité** de l'échelle par rapport au diagnostic la probabilité que le signe (ici score CAGE supérieur ou égal à 2) soit absent alors que le diagnostic se révèle faux, soit en termes statistiques la probabilité conditionnelle :

$P(\bar{S} / \bar{D}) \approx VN / (VN + FP)$ où VN (Vrais Négatifs) sont les individus pour lesquels signe et diagnostic ne sont pas présents et FP (Faux Positifs) ceux pour lesquels le signe est présent alors que le diagnostic est absent.

³⁴ DF. Buchsbaum, RG. Buchaman, RM. Centor, SH. Schnoll, MJ. Lawton, *Screening for alcohol abuse using CAGE scores and likelihood ratios*, 1991, Ann. Intern Méd.

³⁵ A. Morisson, D. Pomerantz, *Alcohol problems*, Bellevue Guide to outpatient medicine.

³⁶ D. Huas, H. Allemand, D. Loiseau, F. Pessione, B. Rueff, *Prévalence du risque et des maladies liées à l'alcool dans la clientèle adulte du généraliste*, 1993, Revue Pratique du Médecin Généraliste n°203, pp. 39-44.

– Enfin, une étude canadienne a souhaité explorer l'apparent paradoxe d'une augmentation du score CAGE et d'une stabilisation simultanée du niveau individuel de consommation d'alcool, constatées dans la province du Québec, au début des années 1990³⁷. En mettant en parallèle la consommation d'alcool déclarée des individus (volume moyen par semaine, occurrence annuelle d'une « surconsommation ») et le score CAGE, ils ont montré qu'à score fixe, les profils des consommateurs pouvaient fortement varier³⁸. La forte augmentation du taux d'individus présentant un score CAGE « alarmant » observée à cette époque n'a, en réalité, été que le reflet d'une politique de santé publique amenant certains individus à davantage prendre conscience des effets négatifs de l'alcool et à y porter un regard plus critique (envers soi et envers les autres). Cette évolution dans les représentations ne saurait, pour autant, être uniforme et met en cause l'universalité et donc la comparabilité de cet indicateur au sein de populations socialement hétérogènes (connaissances, représentations, croyances...).

Si nous avons intégré le score CAGE dans notre questionnaire, pour autant, les seuils choisis et les analyses réalisées (notamment comparatives) seront manipulés avec précaution.

Au préalable, il nous faut apporter quelques précisions quant à son mode d'utilisation :

- Le CREDES a pris le parti d'ajouter une question filtre (*Vous arrive-t-il de boire du vin, de la bière ou de l'alcool ?*) ce qui a permis de distinguer les « abstinents » (47,5% des individus dans l'échantillon déclarent ne jamais consommer d'alcool) des « consommateurs » tout au moins occasionnels.
- Communément, le score CAGE se calcule par addition simple des symptômes déclarés. Les réponses étant également pondérées, le score varie de 0 à 4. Le problème qui s'est ici posé est qu'une minorité d'individus n'a pas répondu à l'ensemble des questions proposées³⁹. Aussi, afin de les prendre en compte, un score CAGE pondéré a été calculé selon la formule suivante :

$\text{Score CAGE pondéré} = [(\text{nombre de symptômes déclarés}) / (\text{nombre de questions répondues})]$
--

Il est donc compris entre 0 et 1 et s'interprète strictement de la même manière que dans sa version originale.

³⁷ J. Bisson, L. Nadeau, A. Demers, *The validity of the CAGE scale to screen for heavy drinking and drinking problems in a general population survey*, 1999, *Addiction* n°94, pp. 715-722.

³⁸ Cette combinaison entre problèmes ressentis ou constatés et une estimation de la consommation effective d'alcool se rapproche davantage de l'instrument de dépistage « AUDIT » proposé par l'OMS.

³⁹ En effet, pour chacune des quatre questions du score CAGE concernant les « consommateurs d'alcool », on enregistre un taux de non réponse oscillant entre 4,5 et 6% ; si bien que seuls les 92% des individus ayant répondu aux quatre questions se prêtent parfaitement au protocole d'évaluation.

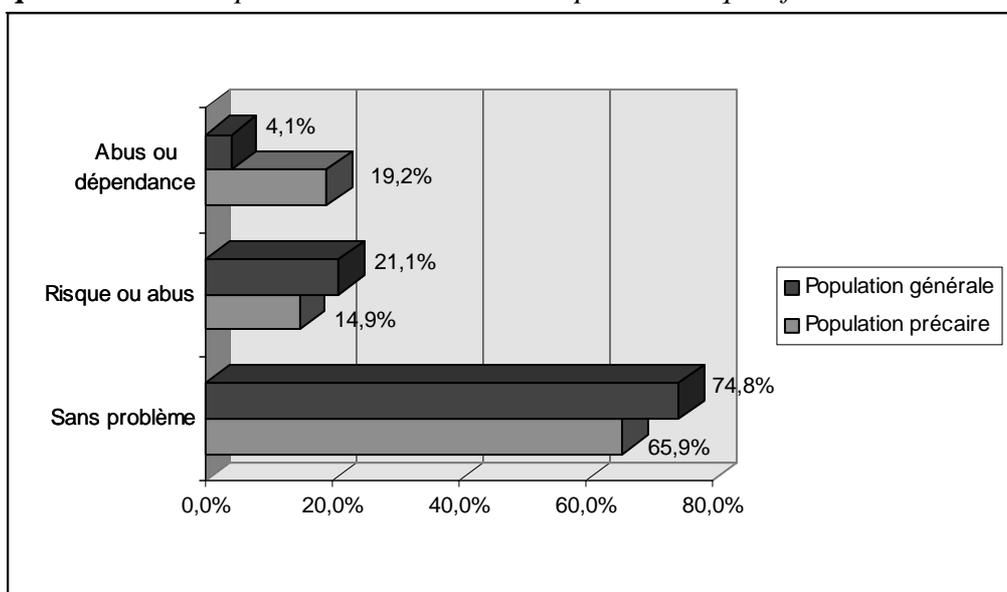
Les rapports à l'alcool ont ainsi pu être décomposés en trois groupes :

- *Les comportements « sans problème » (a priori)* sont associés aux individus ayant un score pondéré strictement inférieur à 0,25 – à savoir les « abstinentes » et les consommateurs occasionnels ne déclarant aucun des quatre symptômes de l'échelle CAGE ;
- *Les comportements « à risque »* correspondent aux individus qui présentent un score pondéré compris entre 0,25 et 0,6 – c'est à dire les consommateurs déclarant un ou deux des items ;
- *Les comportements « d'abus ou de dépendance »* sont repérés par un score pondéré strictement supérieur à 0,6 (au moins trois des quatre symptômes de l'échelle CAGE).

* Comparaison « précaires versus non précaires » des comportements face à l'alcool

Les précaires révèlent un profil alarmant. Après standardisation sur la structure par âge et sexe, ils sont près de cinq fois plus nombreux à témoigner d'attitudes très problématiques face à l'alcool (19% contre seulement 4% pour les non précaires). Il faut toutefois éviter de tomber dans la généralisation de ces comportements : deux précaires sur trois témoignent d'un comportement *a priori* « sans problème » vis-à-vis de l'alcool.

Graphique n°20 : Sur-représentation des attitudes problématiques face à l'alcool.

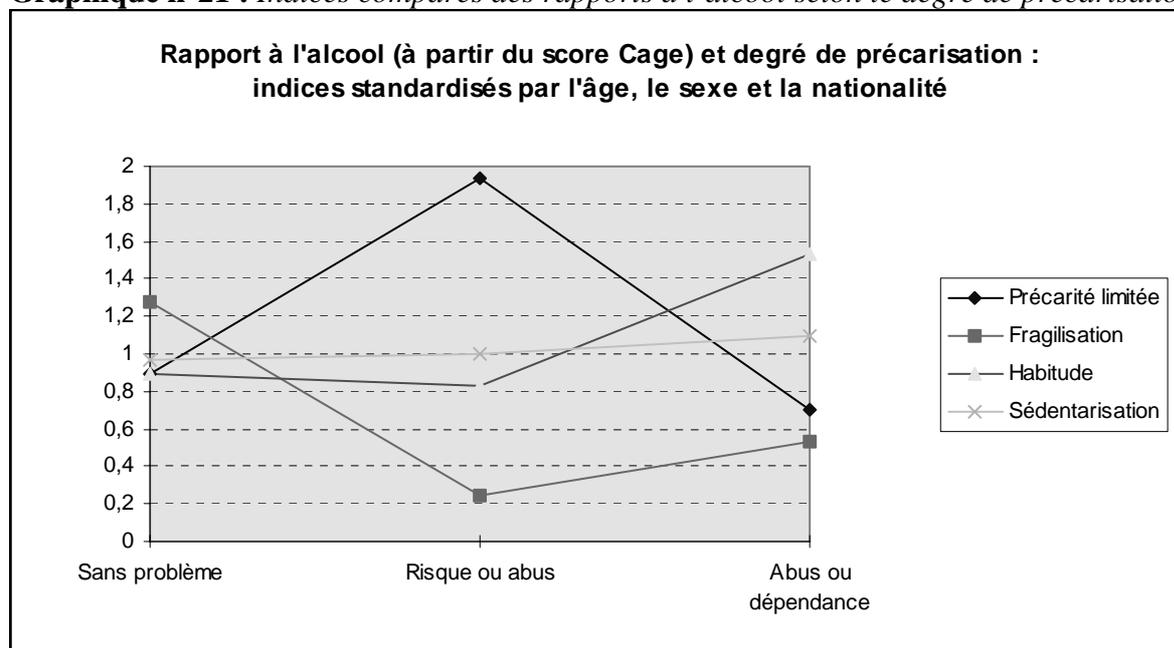


Sources : Enquête Précalog du CREDES et Enquête Baromètre Santé 2000 du CFES

* Comparaison selon le niveau de précarité

D'autre part, nous pouvons constater de profondes variations liées au degré de précarisation, et ce, après avoir gommé les effets spécifiques du sexe, de l'âge et de la nationalité (graphique 21). Les individus qui présentent les situations les plus favorables semblent plus enclins à une alcoolisation « à risque » (il sont près de deux fois plus nombreux dans ce cas de figure que dans l'ensemble de l'échantillon), tout en se préservant, pour l'instant, de sombrer dans des comportements plus extrêmes⁴⁰. Au contraire, les individus *fragilisés* présentent un rapport moins problématique face à l'alcool (indice standardisé des comportements « sans problème » valant 1,28) et semblent très peu enclins à des consommations mal maîtrisées. Ce sont les individus assimilés à la phase *d'habitude* (peu de ressources et utilisation fréquente des réseaux formels et informels d'aides) qui semblent présenter les situations les plus alarmantes vis-à-vis de l'alcool : à structure sociodémographique rendue équivalente, ils sont 53% de plus que dans l'ensemble de l'échantillon à justifier « de comportements d'abus voire de dépendance ». Pour leur part, les personnes les plus démunies déclarent des rapports à l'alcool similaires à ceux observés sur l'ensemble de l'échantillon, puisque les trois indices sont proches de 1.

Graphique n°21 : Indices comparés des rapports à l'alcool selon le degré de précarisation.



Source : Enquête Précalog du CREDES

⁴⁰ Il s'agit davantage « d'abus » correspondant généralement à des formes moins sévères ou plus récentes d'alcoolisation que d'états de dépendance tels que définis dans le DSM IV de l'American Psychiatric Association. Ces comportements n'en demeurent pas moins nocifs sur les plans social, professionnel et sanitaire (J. Adès, M. Lejoyeux, *Alcoolisme et psychiatrie*, 1997, Editions Masson).

3.2. Interprétation des résultats et réserves

- ***Le paradoxe de la non concordance des rapports à l'alcool et des diagnostics d'alcoolisme***

Le premier élément frappant à la lecture de ces résultats est leur apparente contradiction avec les diagnostics médicaux. Lorsque l'on considère le score CAGE, ce sont les populations qui traversent les phases de *précarité limitée* et *d'habitude* qui apparaissent comme les plus exposées à des consommations problématiques d'alcool ; alors qu'en termes de diagnostics cliniques, ce sont au contraire les populations dites *fragilisées* et *sédentarisées* qui sont, et de loin, les plus marquées par l'alcoolisme. Comment expliquer alors un tel paradoxe ?

- ***La thèse du dynamisme interactif***

Initialement, le score CAGE a pour objectif affiché de prédire *a priori* les « consommations alcoolisées à problèmes ». En tant qu'outil de dépistage, il ne concorde pas nécessairement avec un diagnostic d'alcool-dépendance *stricto sensu*. C'est avant tout un indicateur « psychosocial » des rapports individuels (et donc subjectifs) à l'alcool et de ses répercussions sur la sociabilité, alors que le diagnostic *d'alcoolisme* se fonde sur une symptomatologie physique et psychique plus ou moins avérée (crampes, tremblements, syndrome de sevrage, troubles de la personnalité...). De plus, la réponse au score CAGE semble davantage fluctuante à court terme selon le contexte, fluctuations qui, en théorie, ne sauraient affecter un bon diagnostic médical.

Une fois relativisé le biais inhérent au phénomène de cure de désintoxication⁴¹, la thèse du *dynamisme interactif* semble s'imposer. On peut envisager que les populations placées dans des situations de *précarité limitée* et *d'habitude de la précarité* compensent des périodes difficiles par une alcoolisation excessive, sans pour autant avoir atteint le stade clinique de dépendance⁴². Au fil du temps, de tels comportements peuvent se pérenniser voire empirer jusqu'à atteindre des états d'alcool-dépendance. C'est dans l'interaction entre l'intensification des conduites addictives et l'aggravation de la dégradation matérielle⁴³ que l'on pourrait alors résoudre le paradoxe de la mauvaise concordance entre rapport estimé à l'alcool et diagnostic clinique. La forte prévalence d'alcoolisations excessives dans les phases de *précarité limitée* (et respectivement *d'habitude*), agirait simultanément pour les individus concernés :

⁴¹ Ce biais potentiel peut se résumer ainsi : certains des individus rencontrés sont médicalement pris en charge pour alcoolisme. Ne devant théoriquement plus boire la moindre goutte, ils se retrouvent, au regard de l'échelle CAGE comme « sains » face à l'alcool. Cependant, un tel phénomène concerne moins de 2% de notre échantillon et ne permet donc pas d'expliquer la très passable correspondance entre l'indicateur CAGE et les diagnostics médicaux d'alcoolisme.

⁴² M. Seeman et A. Seeman (*Life strains, alienation and drinking behavior*, 1992, in *Alcoholism : Clinical and Experimental Research* n°16, pp. 199-205) avaient déjà constaté, dans la période antérieure au chômage, une radicalisation de la consommation d'alcool comme réponse à une situation angoissante.

⁴³ Interactions récurrentes et clairement mises en évidence dans les entretiens, comme nous le verrons par la suite.

- comme source de ruptures sociales, de pertes affectives et matérielles des réseaux d'entraide ou encore de désœuvrement à la réinsertion – et donc de médiateur dans le durcissement de la précarité vers la *fragilisation* (et respectivement vers celle de la *sédentarisation*) ;
- et comme facteur d'intensification des conduites à risques (d'où la plus forte prévalence des diagnostics d'alcoolisme dépendance dans les phases adjacentes).

Dans le cas où une telle théorie se vérifierait, il demeure un problème majeur : comment expliquer alors que la nouvelle alcool-dépendance de ces individus n'induit pas une augmentation du score CAGE pour les phases de précarité atteintes (*fragilisée* et *sédentarisée*) ? Une esquisse de solution serait d'avancer la thèse d'un changement fondamental des rapports au corps et au risque allant dans le sens d'une « normalisation » des conduites addictives (ce point sera amplement développé par la suite). On peut, de plus, s'appuyer sur l'observation médicale suivante : parmi les personnes touchées par l'alcoolisme, il existe une tendance assez forte à sous-évaluer voire à ignorer sa dépendance – attitudes mettant à l'épreuve la fiabilité du score CAGE. Du reste, il est assez fréquent que le premier travail opéré par l'alcoolologue face à son patient consiste à lui faire reconnaître sa maladie.

Si une telle thèse soulève de nombreuses pistes d'interprétations intéressantes, certains points restent en suspens et d'autres sujets à controverse⁴⁴. D'autre part, il semblerait que, si le score CAGE a été jugé très efficace **en consultations de médecine générale** dans la prévention des risques d'alcoolisme⁴⁵, on peut se demander si une telle échelle est réellement adaptée à une population fortement précarisée.

• ***Inadaptabilité du score CAGE aux particularités des populations les plus précaires ?***

Les rapports de concordance entre rapport à l'alcool (évalué par le score CAGE) et diagnostics d'alcoolisme sont très différemment répartis selon le degré de précarisation des individus (cf. *annexe 13*). Parmi les individus dont les rapports à l'alcool sont *a priori* « à risques », aucun n'est diagnostiqué comme « alcoolique » parmi le groupe *précarité limitée*, moins de 4% dans celui de *l'habitude*, alors qu'ils sont 23% et 32,5% dans les sous-population *fragilisées* et *sédentarisées*. On retrouve les mêmes disparités de concordance lorsque l'on s'intéresse aux personnes pour lesquelles le score CAGE indique des comportements « d'abus voire de dépendance » : respectivement 22% et 29% de diagnostics d'alcoolisme pour les sous-groupes de *précarité limitée* et *d'habitude de la précarité* contre 46% et 51,5% parmi les *fragilisés* et les *sédentarisés*. De tels résultats mettent profondément à mal la fiabilité de l'indicateur CAGE car il remet en question l'uniformité de son pouvoir

⁴⁴ Pour être réellement testée et approfondie, elle devrait donner lieu à une étude longitudinale qui permettrait de suivre régulièrement l'évolution du score CAGE déclaré par l'individu et de le comparer à des diagnostics médicaux, et ce, tout en prenant en compte l'évolution de ses conditions de vie.

⁴⁵ K. Seppä, R. Mäkela, P. Sillanaukee, *Effectiveness of the Alcohol Use Disorders Identification Test in occupational health screenings*, 1995, in *Alcoholism : Clinical and Experimental Research*, pp. 999-1003.

prédicteur et restreint le bien-fondé de comparaisons entre des populations trop hétérogènes. Aussi nous sommes-nous gardés de trop nous avancer dans l'analyse comparative des rapports à l'alcool entre personnes en situation défavorables et « non précaires », avec un tel indicateur.

&

- **Trois pistes de compréhension**

En revanche, pour notre population d'intérêt, ces écarts se révèlent très riches en informations et en pistes de compréhension sur les modes de socialisation de l'alcoolisation, sur les représentations des conduites « addictives » et, de manière plus générale, sur l'état psychosocial des individus. De tels éléments sont, en réalité, la substance constructive de l'indicateur CAGE puisque, pour rappel, cette dénomination signifie *Cutting down* (abaissement) *Annoyed* (ennui) *Guilty* (culpabilité) et *Eye-opener* (gueule de bois). Aussi, plus qu'une interprétation en termes d'intensité de l'alcoolisation, l'analyse conjointe et disjointe des quatre questions permet de faire apparaître des modes d'adaptation à l'espace public et des changements de représentation des conduites « addictives » :

1. A mesure que les individus avancent dans la précarité, les modes de socialisation de l'alcoolisation changent, tant en termes d'espace que de *contrôle social* de la consommation. Les moins isolés continuent souvent à se déplacer dans des bars ou à se rendre chez des proches, en dépit des contraintes financières, pour consommer de l'alcool. Dans un tel cadre, l'entourage – amis, famille et, dans une moindre mesure, le barman si c'est un « habitué » – peut s'entretenir et faire prendre conscience d'une consommation jugée excessive voire même à aider la personne à mieux maîtriser son débit de boisson ou à l'orienter vers une consultation médicale spécialisée. En revanche, les individus vivant entre rue et foyers tendent davantage à boire dans l'espace public (assis sur un banc ou adossés à un mur) de l'alcool acheté dans la supérette la plus proche. Qu'il soit seul ou accompagné d'acolytes s'adonnant à la même activité, de telles consommations ne sont pas « directement » jugées et, en tant que telles, sont moins soumises à un contrôle social. Le plus souvent, lorsque des remarques lui sont adressées sur le caractère excessif et récurrent de ses ivresses, elles ne sauraient avoir un impact réel sur ses comportements : soit qu'elles sont faites indécemment sous forme d'opprobres tacites des passants, soit qu'elles émanent du corps médical d'une manière jugée souvent stigmatisante et autoritaire et donnent lieu à des relations conflictuelles plus que coopératives ; soit qu'au mieux (!), passants et médecins adoptent une posture d'empathie consistant à refuser de juger l'alcoolisme latent et à laisser l'individu librement s'enivrer.

Enfin, il ne faut pas oublier cette « face cachée » de l'alcoolisme qui menace les individus qui, bien qu'ils présentent les conditions matérielles d'une modeste indépendance, (r)emplissent la solitude de leur appartement d'absorptions immodérées d'alcool. De tels phénomènes, qui ne sont pas restreints aux populations précarisées, sont souvent cachés à la

vue et au su de l'entourage si bien que la prise de conscience et la prise en charge potentielle se trouvent fortement différées.

2. D'autre part, la dégradation et l'indécence des conditions de vie exposent les individus à de profonds bouleversements identitaires : dévalorisation de soi déclinée entre culpabilisation et « victimisation », « myopie de l'avenir » qui restreint le temps à un éternel présent gris... Les expériences prolongées de précarité s'accompagnent de profondes transformations dans les modes de rationalisation des actes et des pensées qui tranchent avec les normes sociales classiquement admises. C'est là une stratégie (inconsciente) de maintien d'un minimum sinon d'amour-propre, tout du moins de dignité qui, dans les cas les plus extrêmes, s'apparente à une condition ultime de survie physique (préservation de l'acte suicidaire). Dans un tel contexte, l'addiction à l'alcool, s'il est source de graves troubles physiques, se référera davantage à un mode ultime de préservation de soi⁴⁶ (paradoxalement) qu'à un dysfonctionnement physique et psychiatrique. Comme l'indique Jean Maisondieu⁴⁷, l'alcool n'est plus alors à relier à un tissu social mais utilisé à la fois pour pallier les défaillances sociales et familiales et panser la blessure narcissique de son échec – la faute étant attribuée aux ravages de l'alcool.

3. Enfin, certains scores très élevés de l'indicateur CAGE, indépendants de toute pathologie toxicomaniaque, s'avèrent souvent être des formes d'expression d'une détresse indiscible tant les sujets se sentent enserrés. La verbalisation de la douleur est souvent difficile et des réponses alarmistes (au même titre que des comportements extrêmes) peuvent témoigner d'une demande pressante d'écoute et de prise en charge.

3.3. Une consommation tabagique intense

Le questionnaire *Précalog* permet l'étude des consommations tabagiques des patients des centres de soins gratuits. Cependant, l'observation des personnes défavorisées a montré à quel point l'utilisation du tabac roulé était répandu. Aussi, la question portant sur l'intensité de la tabagie a-t-elle été formulée en ces termes : « Si vous fumez actuellement, combien de cigarettes par jour ? Ou de paquets de tabac roulé par semaine ? ». Afin de rendre comparable ces consommations tabagiques, nous avons proposé un « équivalent cigarette » pour les usagers de tabac à rouler⁴⁸.

Nous distinguerons quatre groupes :

- *Les non fumeurs* ;
- les personnes présentant une *tabagie modérée* : moins de 10 cigarettes par jour ;

⁴⁶ Préservation fondée sur l'oubli, sur la toute-puissance de l'instant présent, sur la permanence d'un état de confusion...

⁴⁷ J. Maisondieu, *Alcool, alcoolisme, exclusion et précarité* dans *Précarisation, risque et santé*, 2001, Editions INSERM, pp. 377-394.

⁴⁸ « L'équivalent cigarette » proposé est fondé sur des critères empiriques (observations réalisées sur plusieurs personnes). La consommation d'un paquet de tabac à rouler (de taille standard, à savoir 40 à 50 grammes de tabac) par semaine équivaut, à peu près, à 8 cigarettes par jour.

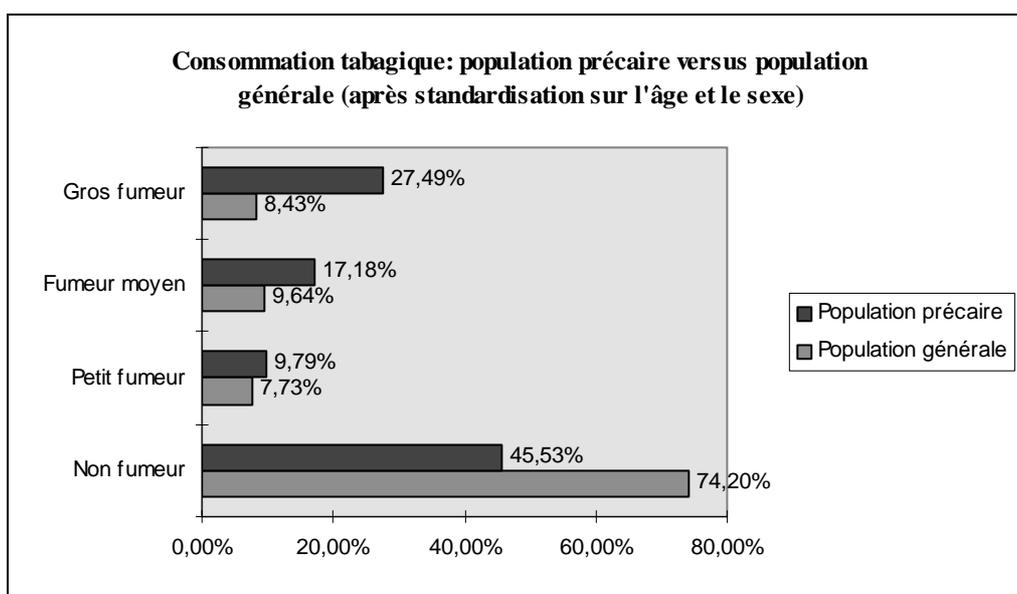
- les personnes qui présentent une *tabagie moyenne* : de 10 à 19 cigarettes par jour ;
- les individus à *forte tabagie* : plus de 20 cigarettes par jour.

D'une manière générale, les consultants des centres de soins gratuits ont une consommation tabagique importante puisque près de 60% d'entre eux fument. De plus, il s'agit très souvent d'une tabagie intense : parmi les fumeurs, un sur deux consomme plus d'un paquet par jour et un sur trois entre 10 et 20 cigarettes.

* Comparaison « précaires versus non précaires » des consommations tabagiques

Après standardisation sur l'âge et le sexe, les « gros fumeurs » (plus d'un paquet de cigarettes par jour) et les « fumeurs moyens » (10 à 20 cigarettes par jour) apparaissent respectivement trois fois et deux fois plus nombreux parmi les précaires⁴⁹.

Graphique n°22 : *Sur-représentation des fortes consommations tabagiques chez les précaires*



Sources : Enquête Préalog du CREDES et Enquête Baromètre Santé 2000 du CFES

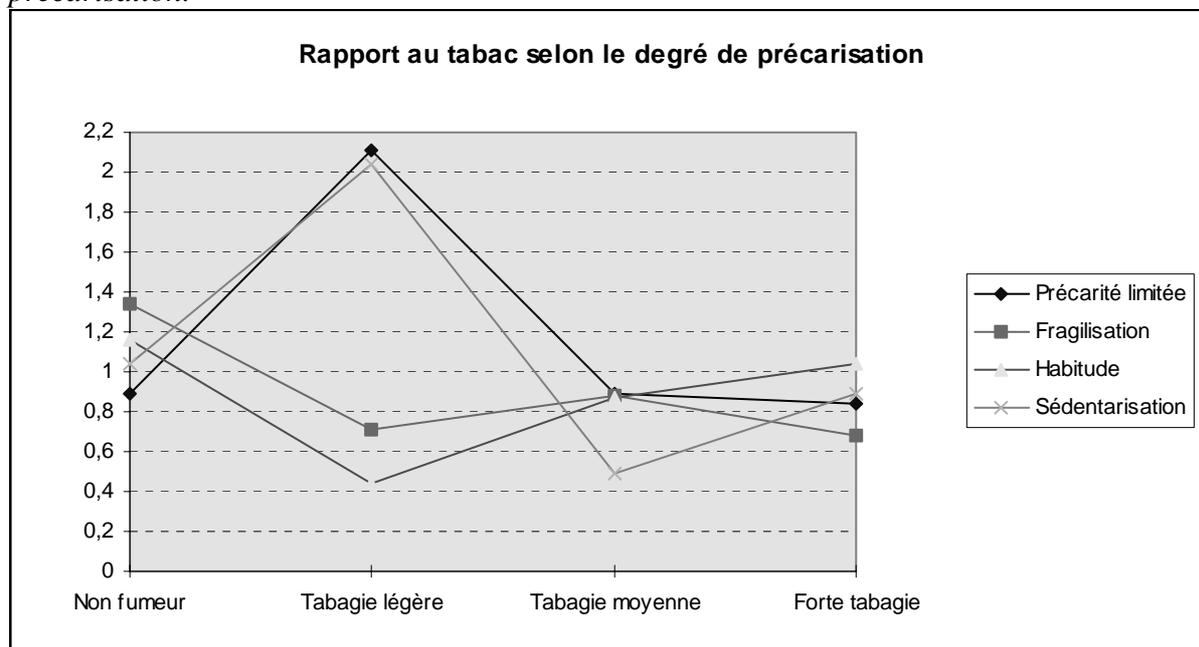
* Comparaison selon le niveau de précarité :

La comparaison standardisée des consommations tabagiques dans la population des consultants révèle moins de tendances nettes (graphique n° 23).

Les moyennes et fortes tabagies sont à peu près similaires pour l'ensemble des groupes de précarité (après standardisation). C'est davantage sur les comportements d'abstention et de faible tabagie que des écarts existent. Ce sont les deux groupes des extrémités qui sont les plus nombreux à adopter des tabagies modérées (indices standardisés supérieurs à 2).

⁴⁹ On peut avancer l'inactivité forcée et le stress engendré par leur situation comme causes de cette très forte tabagie. A cela s'ajoute vraisemblablement l'impact de la forte prépondérance des profils professionnels ouvriers dans la genèse des consommations tabagiques.

Graphique n°23 : Indices comparés des consommations tabagiques selon le degré de précarisation.



Source : Enquête Préalogue du CREDES

3.4. Les accidents graves : une approche de la prise de risques

L'analyse du « nombre d'accidents graves déclarés au cours de son existence »⁵⁰ a semblé être le meilleur outil statistique afin d'approcher « la prise de risque quotidienne » de nos sujets. A partir de cette variable, trois groupes ont été constitués :

- Les individus n'ayant déclaré *aucun accident grave* ;
- ceux qui ont fait état de *1 ou 2 accidents graves* ;
- enfin ceux qui ont déclaré *au moins 3 accidents graves*.

Là encore, la standardisation par âge, sexe et nationalité s'impose tant cette variable est dépendante de la durée de l'existence (période d'exposition aux risques et phénomènes d'oubli rétrospectif fortement liés à l'âge) et de la relativité individuelle de ce qu'est un « grave accident ». Néanmoins, deux problèmes demeurent :

- Si le phénomène de relativisation peut être maîtrisé quant à l'influence des variables sociodémographiques classiques, il est manifeste qu'il est également fortement lié à l'expérience des individus. Or la nature insaisissable d'une telle variable ne saurait être contrôlée.

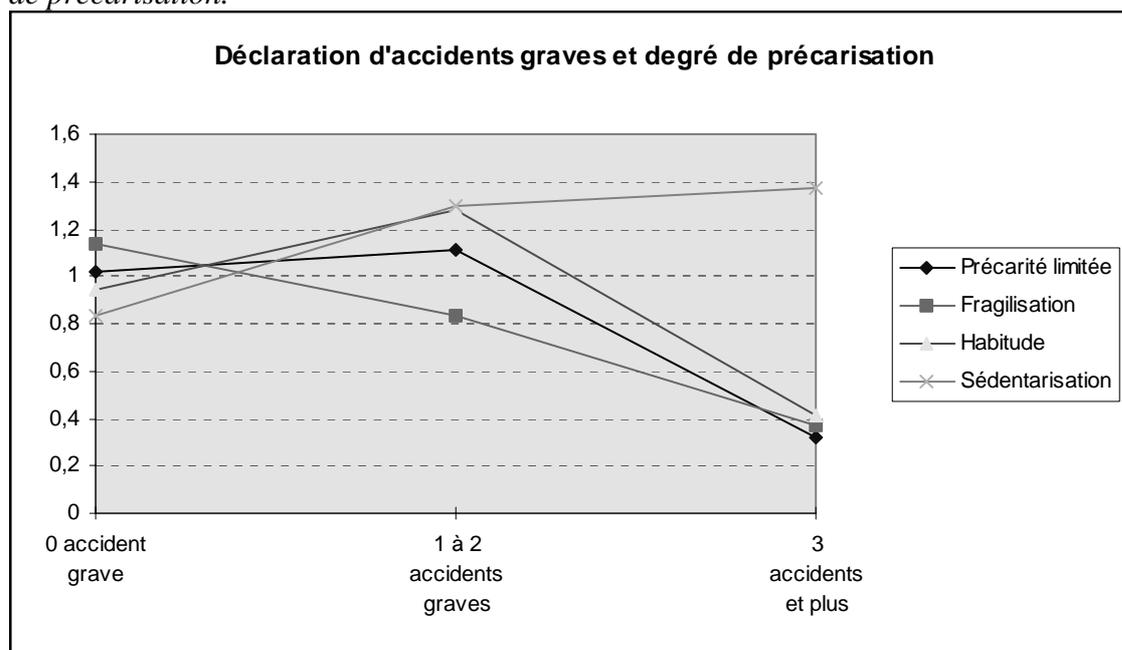
⁵⁰ Question 13.2 du questionnaire présenté en **annexe 2**.

- Nous ignorons si les accidents sont antérieurs ou non à la dégradation des conditions de vie. Aussi, il nous faudra prendre de multiples précautions lorsqu'il s'agira de lier la survenue d'accidents graves au vécu de la précarité.

De manière synthétique, plus les individus sont soumis à des conditions de vie difficiles et plus ils déclarent d'accidents graves. Ce sont dans les phases où les situations au regard du logement sont les plus instables et les plus précaires que la survenue d'accidents graves apparaît comme prépondérante.

Les sujets du groupe *habitude*, souvent logés de manière intermittente chez des amis ou dans des institutions, sont 28% de plus que sur l'ensemble de l'échantillon à déclarer 1 ou 2 accidents graves. Le phénomène est encore plus flagrant pour les individus contraints à dormir dans la rue : ils sont 30% de plus à déclarer 1 ou 2 accidents graves et 37% de plus à faire état de plus de 3 accidents.

Graphique n°24 : Indices comparés du nombre d'accidents graves déclarés selon le degré de précarisation.



Source : Enquête Préalogue du CREDES

4. Identité, dévalorisation de soi et comportements à risque

Sur les 24 entretiens recueillis par le CREDES, force est de constater le poids important des problématiques identitaires dans les comportements et pratiques, notamment par rapport aux risques. Derrière certaines attitudes qui pourraient être approchées comme des formes de laisser-aller et d'abandon de soi, ou des difficultés voire incapacités à se protéger, se trouvent souvent des individus usés, fatalistes et en mal de repères.

4.1. Quête de l'origine et identité

La problématique de l'identité peut être définie sous deux registres différents : *l'affiliation à une lignée* et *l'affiliation-assimilation à une culture*. L'interrogation sur leur origine – sorte de quête de l'identité –, leur renvoie une image d'autant plus négative d'eux-mêmes qu'il n'y a pas d'oppositions ou de démarcations possibles à travers une mise en cause des parents (réels ou de substitution).

- ***L'affiliation à une lignée***

Dans le registre de *l'affiliation à une lignée*, les entretiens découvrent une population qui vit dans l'ignorance de sa filiation, qui a subi l'abandon, la disparition, la maltraitance ou la négligence d'un ou des deux parents.

Plus des deux tiers des interlocuteurs ont en effet connu une enfance difficile parsemée d'événements douloureux et d'un grand manque affectif. Pour l'illustrer, on peut citer les cas de **Loïc** qui n'a jamais connu son père, de **René** abandonné par ses parents à l'âge de 2 ans et recueilli par la DASS, de **Jamad** dont les problèmes de santé ont laissé froids et indifférents ses parents, ou encore de **Solange** frappée, enfermée et abusée par mère et frères.

Ces maltraitances et négligences parentales entraînent une blessure narcissique avec une tendance plus ou moins marquée à la dévalorisation de soi, souvent renforcée par les conditions précaires actuelles. Dans ce cadre, les ressources personnelles de protection de soi sont difficilement mobilisables. Cette dévalorisation de soi influence la façon dont les individus prennent soin d'eux-mêmes ; sentiment parfois exacerbé au point de nier l'utilité même d'une telle démarche.

Problèmes relationnels et coups durs dans l'enfance exercent donc une double influence sur nos interlocuteurs. D'une part, ils sont parfois à l'origine même des errances et comportements d'abandon et autodestructeurs (alcoolisme, toxicomanie, usage détourné et excessif de médicaments à visée psychiatrique et tentatives de suicide sont omniprésents dans leur parcours) ; d'autre part, ils les privent de l'aide affective et financière la plus légitime, à savoir celle de la famille.

Statistiquement parlant, si le lien entre problèmes juvéniles et situation de précarité est plus que convaincant, il nous faut apporter quelques nuances :

Pour rappel, la question des problèmes dans l'enfance comporte un fort biais déclaratif. On peut imaginer que des individus en situation d'échec vont le légitimer en surévaluant les problèmes rencontrés dans leur enfance alors qu'au contraire, les individus « s'en étant sortis » vont les relativiser et conséquemment les sous-estimer (*de telles réticences ont été longuement discutées dans le **chapitre 1 partie 1 au point A.4***). Cependant, en replongeant les individus dans le contexte de leur enfance, nous avons souvent été confrontés à une souffrance paroxystique qui contamine encore aujourd'hui la perception de soi et la relation à autrui et au monde en général.

D'autre part, si l'altération profonde de l'image de soi et la propension à adopter des attitudes autodestructrices semblent plus fréquentes parmi les individus ayant subi une enfance difficile, pour autant, elles ne leur sont pas spécifiques. Certaines ruptures plus tardives peuvent donner lieu au même type de dégradations identitaires.

- ***L'affiliation culturelle***

Dans le registre de *l'affiliation culturelle*, on retrouve une population jeune issue de l'immigration et qui a des difficultés à trouver sa référence propre. Les individus sont partagés entre les pratiques et les comportements de leur pays d'origine et ceux en vigueur en France. Ainsi, nombre d'entre eux, bien que reconnaissant les qualités de soins des hôpitaux français, déplorent la désocialisation de la maladie (« on n'est pas entouré par sa famille »). Cette interrogation sur l'adhésion à un modèle culturel pourrait expliquer certaines incohérences sur la prévention en santé ou leurs recours aux soins⁵¹.

4.2. Santé dégradée et altération de l'image de soi

Parallèlement ou conséquemment au mal-être et aux comportements à risques, coexistent des handicaps ou des maladies invalidantes venant transformer la perception de soi.

C'est particulièrement le cas pour les maladies chroniques (ou vécues comme telles), comportant souvent un aspect psychosomatique, tels que l'asthme de **Loïc** et **Patrick**, l'épilepsie récente de **Joseph**, la spasmophilie de **Laeticia**, les virulentes algies de **Pierre** ou encore les épisodes dépressifs récurrents de **René**. Bien que souvent les individus aient appris à gérer ses crises, à en repérer les stimuli précurseurs, leurs manifestations s'avèrent gênantes et participent d'un sentiment d'insécurité, de mal-être et de dégradation de l'image.

⁵¹ Particulièrement évident pour des individus tels que **Jamad**, la gitane **Zita** ou encore **Marina** qui parle de " transmission génétique des repères ".

Il en va de même pour les affections de la peau qui, qu'elles soient conséquentes à des problèmes relationnels (**Solange**) ou à l'insalubrité des conditions de vie, n'en revêtent pas moins un aspect profondément négatif sur la présentation de soi et, en conséquence, sur la perception de soi d'autant plus que de tels problèmes engagent souvent la responsabilité (psychologique) de l'individu. Cette souffrance est particulièrement présente chez **Jamad** atteint de psoriasis, et de manière plus nuancée pour la dermatose de **Marina**, le zona de **Florent** ou encore les problèmes récents de **Fabienne**.

Certains handicaps graves conséquentes à des accidents dus à des prises de risques inconsidérés sont souvent sources d'une forte culpabilité de l'individu, culpabilité passée contaminant l'image présente. **Vincent**, à 23 ans, vit quotidiennement les remords sur son passé de toxicomane et la tentative de suicide qui lui a coûté sa jambe (« *la drogue a gâché ma vie* »). **Henri**, pour sa part, avait un atelier de rempaillage de chaises avant qu'il n'y mette (« *accidentellement* ») le feu et reste handicapé à la main. Cet incident l'a fortement ébranlé dans la mesure où il ne peut plus exercer correctement son métier qui constituait sa principale raison de vivre. Le sentiment de culpabilité le plus explicitement exprimé est celui de **Serge** dont les excès de boissons lui ont valu de nombreux accidents handicapants. La dévalorisation de soi s'exprime par une sorte d'expiation par l'isolement : « *c'était à moi de pas faire le con* » ... « *j'emmerderai plus personne* ».

De manière générale, nous sommes donc en présence d'une population très touchée par des problèmes de santé physique ou psychologique handicapant, qu'ils soient à l'origine ou conséquentes à la précarité. Ils participent d'une amputation des moyens et de l'image. Ces expériences nombreuses, et souvent juvéniles, si elles sont parfois valorisées comme des épreuves dont « *on est sorti indemne* » et dans lesquelles « *on a appris* » n'en demeurent pas moins un facteur fort de vulnérabilité et d'usure tant physique que psychologique.

4.3. Prises de risque et dévalorisation de soi, une dynamique interactive

Les deux tiers des patients interviewés considèrent être ou avoir été enclins aux risques ; risques généralement reliés à des consommations excessives et incontrôlées des stupéfiants. Cette forte propension à la prise de risques est rapprochée de l'histoire des individus selon deux grandes modalités (non exclusives l'une de l'autre) : de manière souvent tacite, en rapport avec les violences subies pendant leur enfance⁵² et, de manière plus explicite, en rapport avec des ruptures soudaines d'ordre professionnel, sentimental ou familial. La plus ou moins forte propension aux risques est essentiellement associée sous le prisme de la

⁵² Nous retrouvons là des régularités statistiques déjà mises en évidence dans d'autres travaux . Par exemple, dans P. Bantman, S. Martin et G. Menahem, *Trajectoires sociales et inégalités*, 1994, MIRE / INSEE.

sociabilité et des relations familiales (déconsidération ou inutilité sociale ressenties, dévalorisation de l'ego ou, au contraire, rôle familial à assurer...)

Cette assertion est confirmée par nombre des personnes interrogées. C'est ainsi que **Mounir**, **Betty** ou encore **Fabienne** imputent la prudence de leur vie quotidienne à une responsabilisation par rapport à leurs enfants, responsabilisation d'autant plus forte que l'autre parent est absent. Selon cette même logique, les individus au long passé toxicomane déclarent avoir besoin d'un sens pour arrêter leur consommation, avant même d'envisager un quelconque traitement. On le voit clairement, par exemple, dans le cas de **Florent** qui aujourd'hui tente de restreindre ses prises de risques dans l'espoir de revoir un jour sa fille ; ou encore dans le cas de **Loïc** qui subordonne ses arrêts et reprises d'héroïne « *au fait ou non d'avoir une copine* ».

Notons enfin le rôle que peuvent avoir les origines socioculturelles dans la prise de risques. **Zita**, la gitane indique « *avoir hérité sa prise de risques des gens du voyage* » : « *Nous, les gitans, on fait pas très attention à nous* ». De même, l'adhésion à la religion musulmane semble limiter les risques pris par rapport à l'alcool alors qu'au contraire une sous-culture régionale peut accroître les prise de risques (le cas le plus récurrent étant l'association « alcool-Bretagne populaire »).

B. Trajectoires

Bien que le guide d'entretien fût principalement axé sur l'histoire de la santé, des maladies et plus généralement de la genèse des représentations, des logiques de soins et du rapport aux structures de santé, il est possible d'explorer la dimension professionnelle. A cela, on peut arguer deux principales raisons : d'une part, même si elles sont vues sous le prisme de la santé, les trajectoires de vie recueillies n'en demeurent pas moins globales – de l'histoire de la famille à la sociabilité en passant par les représentations individuelles des institutions – ; d'autre part, un certain nombre de questions visait à expliciter les ressources et situations matérielles présentes et abordait directement les parcours professionnel et scolaire passés⁵³.

Il est probable que si le CREDES avait orienté ses recherches sur l'emploi, en réalisant par exemple les entretiens dans des centres d'aides à l'insertion par l'emploi (type ANPE ou CCAS), nous aurions recueilli un discours nettement plus centré sur le drame de la perte de l'emploi et davantage axé sur la recherche d'un nouveau travail. Cependant, le choix des propos aurait également pu se révéler stratégique (légitimant la demande d'aides) et ainsi voiler la situation par une réalité factice, relevant davantage de l'image et de la posture implicitement demandées par l'institution.

1. Ici, ni référence, ni perspective de travail

L'analyse des entretiens confirme les résultats statistiques concernant la précarité professionnelle : 78,5% des personnes étaient, lorsqu'on les a interrogées, sans emploi et 15% occupaient des petits boulots ou des emplois au noir. Sur les 24 entretiens recueillis, 18 individus n'ont à l'heure actuelle aucun emploi (soit 75%), et seuls 6 individus ont un petit boulot déqualifié ou exercent un travail temporaire au noir (soit 25%). Aucun individu ne dispose donc d'un emploi stable – dans la durée et juridiquement parlant. Ici, point de travail.

Alors que l'absence prolongée d'un emploi stable est communément considérée comme le principal facteur de précarité et d'exclusion, elle n'apparaît pas comme telle dans les récits. Les références à un travail passé (et perdu) n'y sont présentées que de manière très allusive. Ce constat est d'autant plus surprenant que, à l'exception des plus jeunes, la quasi-unanimité des personnes rencontrées ont eu, au cours de leur existence, des phases – même brèves – de stabilité professionnelle, sanitaire et affective. Ici, trajectoire professionnelle, appartenance à un corps de métier, aspirations ou projets professionnels apparaissent comme marginaux. Seuls 10 individus – soit 40% – y ont fait allusion. On peut les distinguer en trois groupes :

⁵³ Cf. le guide d'entretien en *annexe 3*.

1.1. Quatre individus qui n'ont encore que peu éprouvé le marché de l'emploi

Ce sont de jeunes personnes caractérisées par des sentiments douloureusement ancrés dans les registres de l'isolement, de l'éloignement ou de la rupture familiale. Cependant leur situation – **Jamad, Marina, Laetitia** et **Eric** – est davantage liée à l'incertitude et à la fragilisation consécutive au passage à l'âge adulte qu'à une réelle précarité ; et ce d'autant plus qu'ils construisent et entretiennent un capital mobilisable : la poursuite d'études universitaires appuyées financièrement par des aides boursières et l'exercice de petits boulots (**Jamad, Marina** et **Laetitia**) ou l'entretien d'un vaste réseau relationnel ouvrant des portes dans différents secteurs d'activités comme c'est le cas pour **Eric**. Les difficultés éprouvées ne relèvent pas tant de profondes déficiences économique-professionnelles que de la perception oppressante et déstabilisante d'un risque de précarité. La structure affective et psychologique se trouve perturbée par un basculement soudain – et imprévisible – de l'âge de l'enfance et de la dépendance familiale à l'âge adulte et au devoir de se prendre en charge, économiquement et administrativement parlant.

De manière générale, le modèle socioculturel de passage à l'âge adulte en France s'opère de manière progressive. L'apprentissage des rôles dévolus à l'adulte s'effectue en plusieurs étapes plus ou moins ordonnées : dans un premier temps, l'individu acquiert une indépendance en termes de logement. Il demeure néanmoins dépendant des aides financières et des conseils administratifs de la famille pendant un temps certain. L'indépendance financière et administrative se réalise ensuite progressivement, avec le plus souvent un phénomène de persévérance du soutien familial, pour enfin aboutir à l'indépendance *stricto sensu*.⁵⁴ Nos quatre individus, eux, se sont retrouvés, du jour au lendemain, dans des situations où ils se doivent d'assumer simultanément l'ensemble des dimensions de l'indépendance. Ceci explique l'appréhension, les craintes et le besoin de soutien dont ils font état – de manière plus ou moins implicite – dans les entretiens. Dans ce cadre, l'accès à un emploi et les moyens mis en oeuvre pour entrer dans la sphère professionnelle, apparaissent alors comme le moyen évident de s'assumer et de faire face aux besoins économiques et ainsi de reléguer les appréhensions sur leur devenir.

⁵⁴ O. Galland, *Entrer dans la vie adulte : des étapes plus tardives mais resserrées*, 2000; Economie et Statistiques n°337-338.

1.2. Les individus qui s'inscrivent dans un parcours professionnel continu

- *Passé*

Ici, le récit de l'existence s'inscrit prioritairement sur le parcours professionnel, le cadre de travail et les relations et valeurs tissées au sein de cette sphère.

L'immigration de **Mounir** en France, après un passage prolongé à l'armée, est ainsi imputée au fort chômage sévissant au Maroc. En dépit de difficultés de santé, il n'a quasiment jamais cessé de pratiquer son métier d'ouvrier. Il se définit comme « *un bon ouvrier immigré* » et l'impact socioprofessionnel sur ses représentations et pratiques y est latent : rapport au corps très instrumental, écoute du corps uniquement lié à l'exercice de son métier, valorisation des idées de courage...

Il en va de même pour **Roland** qui à l'âge de 56 ans a passé sa vie au sein de l'armée. En dépit d'un parcours jalonné de coups durs – nombreux accidents liés à l'exercice de son métier et plus récemment séjour de neuf mois en prison pour une bagarre –, l'armée est présentée comme « *un choix de vie assumé* ». La représentation de son existence n'est vue qu'à travers l'exercice de son métier de légionnaire : « *très grande mobilité géographique... apprentissage éducatif de la discipline... incompatibilité avec une vie de famille* »... L'imprégnation des valeurs militaires est très forte. Elles parcourent représentations et logiques d'action : instrumentalisation du corps, rapport utilitaire et fonctionnaliste au système de soins, logique implicite de sacrifice, valorisation de la discipline et de l'ouverture par les voyages, besoin permanent d'activité...

Les entretiens de **Mounir** et **Roland**, assez détachés, s'apparentent à des récits initiatiques à un milieu professionnel et dévoilent une identification totale aux valeurs et représentations en vigueur dans ces sphères. Les difficultés économiques qu'ils traversent aujourd'hui sont directement reliées à des problèmes administratifs. Ils sont en attente d'une reconnaissance de leur activité passée par l'obtention d'une retraite qui leur est due – **Mounir** pour des problèmes de papier et **Roland** en raison de critères d'âge. La précarité de leur situation est donc jugée comme éminemment temporaire et la continuité de leur parcours professionnel se traduit par une attitude prononcée de démarcation des autres patients des centres de soins gratuits.

- *Actuel*

Seuls deux individus présentent des perspectives professionnelles construites, réfléchies et appuyées par une très bonne connaissance des structures et aides administratives. Le projet professionnel, au cœur même de leur discours, est avancé comme le **seul** moyen de sortir de l'impasse existentielle dans laquelle ils se trouvent. Avant tout, il est la condition nécessaire à leur survie mentale et physique.

Henri, en dépit de plusieurs échecs – mis sur le compte de difficultés relationnelles et de problèmes d'alcoolisme – poursuit son projet de toujours. A 59 ans, malgré la perte de son atelier et d'une partie de ses capacités manuelles dans la succession de deux incendies (troubles⁵⁵), il n'a jamais cessé de se mobiliser pour remonter son entreprise. Malgré des problèmes handicapant à la main et un âge assez avancé, il préfère – et soutient – l'idée de reconversion de son activité à une reconnaissance administrative et économique d'invalidité partielle.

Un tel investissement professionnel et une telle adversité face aux difficultés se retrouvent chez **Pierre**. Agé de 34 ans et issu d'un milieu rural qu'il connaît bien, il a d'ores et déjà créé deux entreprises agricoles, en France et en Afrique. L'échec de ces deux affaires est, là aussi, mis sur le compte d'un cumul de handicaps relationnels (« *j'étais trop sûr de moi* ») et de problèmes de santé (des algies virulentes qui ont perturbé ses capacités et continuent à être un élément entravant ses projets). Néanmoins son idéal de vie, immigrer en Afrique pour y remonter une entreprise agricole, demeure très vivace. Ses démarches et logiques d'action sont entièrement dévolues à ce projet : exercice d'emplois temporaires afin d'accumuler le capital nécessaire à la création de son entreprise, approfondissement des connaissances administratives relatives à la gestion d'une entreprise et au statut d'expatrié, attention au corps et à la santé restreinte à la pratique de son activité...

Si les pratiques de **Henri** et de **Pierre** sont toutes entières tournées vers la réussite de leur projet professionnel, ce n'est fondamentalement pas en tant que facteur d'insertion et d'intégration sociales. C'est avant tout un rempart au laisser-aller qui guette, un facteur de revalorisation d'une image usée et un frein à une dérive latente dans l'alcool et/ou les psychotropes. Si le projet professionnel revient de manière obsessionnelle, c'est parce qu'il leur apparaît comme l'unique condition de réalisation de soi, et en tant que tels, d'un équilibre psychique qui subordonne la survie physique – autrement dit, comme la principale ressource de protection de soi. Si l'activité professionnelle demeure centrale dans leur existence, leur situation est foncièrement différente de celles de **Mounir** et **Roland**. En effet, drames familiaux et relationnels, dérives dans l'alcool et conditions d'existence difficiles font partie

intégrantes de leur parcours⁵⁶. Tout comme maints patients rencontrés dans les centres de soins gratuits, leur personnalité s'est trouvée affectée par ces épreuves. En y regardant de plus près, leur projet professionnel est teinté de leur expérience de la précarité. Tous deux rêvent d'une entreprise individuelle et expriment un besoin irréductible d'indépendance : indépendance par rapport aux institutions d'aides que **Henri** a trop bien et prématurément connues dans son existence (DASS, EMMAÛS, ANPE ou encore cure de désintoxication et suivi judiciaire) ; indépendance par rapport au fonctionnement et aux mentalités capitalistes projetée dans l'émigration vers l'Afrique pour **Pierre**.

1.3. Deux individus pour lesquels l'obtention d'un emploi est une nécessité pour assurer des conditions décentes à leurs proches

Fabienne, après s'être séparée de son mari, se retrouve seule avec à charge deux enfants en bas âge. Elle ne touche que 3500 francs par mois pour leur assurer des conditions de vie décentes. C'est avant tout par rapport à ses enfants qu'elle recherche un emploi et semble être prête à accepter n'importe quel poste – en dépit d'un bon niveau scolaire puisqu'elle dispose d'une maîtrise de psychologie. Actuellement, elle attend dans l'angoisse une formation qu'elle présente « *comme sa dernière chance ... pour ne pas les priver... pour les emmener aux études ... pour ne pas leur couper l'herbe sous les pieds sous prétexte que j'ai pas d'argent, que j'ai pas de travail, quoi* ».

Cette logique de sacrifice et le poids des responsabilités familiales caractérisent également la situation de **Roger**. A la suite de la faillite de l'entreprise de ses parents, il a dû interrompre sa carrière professionnelle – dans l'hôtellerie et la restauration – pour aider ses parents à subvenir aux besoins de la famille.

Il ne s'agit donc pas pour eux de trouver un emploi dans lequel ils pourraient s'épanouir et valoriser leur utilité sociale. Ils semblent, en effet, prêt à accepter n'importe quel type d'emploi dès lors qu'il leur apporte les ressources nécessaires à la subsistance de leurs proches. Leurs responsabilités et leurs devoirs familiaux passent avant leurs intérêts et leur bien-être (*logiques de sacrifice*). La peur de ne pouvoir assumer leur rôle pèse fortement sur leur équilibre psychologique et s'exprime par des états anxio-dépressifs latents.

⁵⁵ Les circonstances de ces deux incendies sont peu développées et semblent même évitées. Aux vues d'une propension forte à la culpabilisation, il est fort plausible que Henri soit responsable de ces accidents, par négligence ou impulsivité liée à une alcoolisation excessive.

⁵⁶ A l'heure actuelle, **Henri** est SDF et ne dispose d'aucune source de revenus. Il semble avoir peu de relations et encore très « enclin à la bouteille ». A un moindre degré, **Pierre** est au chômage et logé chez un copain.

En résumé, pour ces 10 individus, le travail est présenté comme une composante primordiale de l'existence selon trois modalités :

- ***En tant qu'élément de sécurité et entrée réussie dans la vie d'adulte.***

C'est là une vision propre aux plus jeunes qui, à la suite de conflits ou ruptures familiales précoces, ont été confrontés subitement et prématurément à un devoir d'indépendance. Soutenu par des études ou un bon réseau relationnel, le travail est avant tout un moyen de s'assumer économiquement, d'éloigner l'angoissant spectre de la précarité (qui n'est encore qu'un spectre). C'est donc une logique d'intégration dans la vie active et une forme de protection contre une instabilité crainte.

- ***En tant qu'affirmation identitaire.***

Le travail et/ou le milieu professionnel sont fondamentalement constitutifs de l'existence passée et future. Il modèle profondément la personnalité et s'exprime à travers les représentations et les logiques d'action. C'est ici une logique de valorisation de soi et une forme de protection identitaire.

- ***En tant que contrainte liée à des responsabilités familiales.***

La recherche d'un travail rémunérateur, quel qu'il soit, a pour seul objectif d'assurer une vie décente aux proches. C'est là une logique de sacrifice et une forme de protection des autres.

2. Eloignement du marché du travail

Dans le cas des 10 individus étudiés ci-dessus, le travail par ce qu'il véhicule (affectivement et identitairement) apparaît comme une forme de protection face à la dévalorisation inhérente aux conditions présentes. Le travail est parfaitement inscrit dans le temps : il n'a jamais cessé de participer à l'image pour soi et aux yeux des autres. *Au passé*, c'est l'apprentissage d'un métier, l'immersion dans un milieu professionnel, la genèse et l'organisation d'un projet. C'est aussi l'expérience des difficultés, la confrontation à des ruptures et les tentatives d'assimilation pour mieux appréhender le futur professionnel. *Au présent*, c'est le manque d'activité ou une déficience de reconnaissance de son activité qui est au cœur des interrogations. *Au futur*, c'est le moyen clairement identifié pour continuer à se construire – ou éviter de dé-construire son existence et celle des proches. Aussi houleux et incertain que fût (*est ou sera*) leur parcours, le travail est une entité indissociable et fortement structurante de l'individualité et de son devenir.

Comment expliquer alors le silence flagrant qui règne dans les 14 autres entretiens sur ce thème ? Bien qu'en âge de travailler et actuellement sans emploi stable, ces personnes ont globalement banni de leur récit toute référence, même implicite, au travail. Les perspectives d'un avenir professionnel ne sont que très marginalement évoquées et l'histoire de la perte de l'emploi éludée. Plusieurs hypothèses explicatives peuvent être avancées.

2.1. Des personnes qui font entre elles peu état de leur passé

Vexliard, dans son oeuvre maîtresse, *Le Clochard*, souligne le fait qu'entre elles les personnes démunies font peu état de leur vie passée⁵⁷. Tout ce qui est antérieur à la dégradation de leurs conditions (conceptualisé comme un « avant ») serait alors soumis à un phénomène de censure car susceptible de faire resurgir des épisodes douloureux et de renvoyer l'image de leur déchéance sociale. Le récit du travail perdu n'échapperait alors pas à cette règle.

Les entretiens réalisés remettent fortement en doute cette piste de compréhension. Il est vrai qu'en replongeant les individus dans le « corridor de leurs souvenirs », nous avons souvent été confrontés à une parole difficile, une introspection épuisante psychologiquement et affectivement. De ce fait, certains épisodes n'ont pu être exprimés que de manière implicite et énigmatiques par des silences mis en souffrance, des expressions du visage ou encore des variations de ton et de rythme. Parfois, les réponses consistaient en des formules euphémiques ou allusives ou encore en une réponse qui coupe court à toute nouvelle indiscretion sur ce thème – parce qu'on ne saurait dire l'indicible.

Betty ne dira qu'un mot sur la mort de son mari. Aborder cette blessure béante lui semble, encore vingt ans après, une chose inconcevable. **Solange**, elle, ne parvient pas à mettre les termes correspondant aux probables sévices sexuels subis dans son enfance : « *Je me souviens qu'un jour, il m'a emmené dans la réserve... pourquoi ? Ca je ne sais pas mais y avait...* » ou encore « *On était tous les trois dans la réserve, c'était pas pour les bonbons hein! Je ne sais pas pourquoi (long silence)... Et puis qu'est-ce qu'il m'a fait d'autre ? (très long silence)* ».

Il y a également derrière ces comportements une certaine idée de dignité. Tout ne peut être dit et tout ne peut être montré. Aussi démunis qu'ils soient, ils sont porteurs d'une tristesse, d'une histoire et d'un destin qui leur est encore propre. Pour autant, les individus ont saisi cette opportunité pour exprimer des sentiments souvent tus et ébaucher une reconstruction de leur parcours général. Nombre d'individus ont témoigné reconnaissance et soulagement envers cette « parole offerte ». **Patrick** et **Vincent** ont souligné que « *ça pouvait les aider à avancer* », **Laeticia** et **Marina** se sont proposées spontanément à l'entretien car elles avaient « *besoin de parler et d'être écoutées* », **Serge** et **Betty** sont même revenus le lendemain pour

⁵⁷ Et, de ce fait, remet en cause l'observation participante comme méthode adaptée à l'analyse de ce type de population.

souligner « *le bien que ça leur avait fait de s'exprimer* ». Suivant cette logique d'effort de restitution et de reconstruction de leur trajectoire, ils ont livré des pans importants de leur existence, y compris des événements dévalorisants, intimes ou intra-familiaux. Dès lors, on ne saurait attribuer l'évasion du travail à un phénomène de protection par omission ou oubli volontaires.

2.2. Dans les récits, nous découvrons avant tout un public socialement très éloigné du travail

En réalité, c'est davantage parce qu'ils sont démunis de capital d'insertion professionnelle – expérience, réseau relationnel, niveau scolaire, état de santé... – que la trajectoire professionnelle est bannie des discours. Tous sont depuis longtemps sans emploi stable. Par ailleurs, aucun, à l'exception de **Morice**, n'indique la durée depuis laquelle ils sont dans cette situation comme si elle était une constante qu'on ne saurait changer. Au mieux, ils sont allocataires du chômage, du RMI ou de substituts aux revenus du travail (Allocation Handicapée...). Au pire, ils ne touchent aucun type de compensation, soit qu'ils sont éloignés des structures administratives, soit qu'ils sont en situation irrégulière. On comprend cette déconnexion quasi-irréversible du marché du travail aux vues de leur parcours :

- Le plus souvent, ils ont emprunté des filières professionnelles courtes et peu valorisées (type CAP, BEP, apprentissage, diplôme étranger mal reconnu...). Leur scolarité s'est souvent avérée houleuse, parfois interrompue par des problèmes de santé ou familiaux. Les études poursuivies, menant majoritairement vers des emplois ouvriers, sont souvent présentées comme issues d'exhortations familiales et non d'un choix personnel. Ainsi, **Morice, Vincent et Laurent** ont réalisé des formations type BEP-CAP les orientant vers des domaines pour lesquels ils éprouvaient une répulsion certaine.
- Le récit de leurs expériences professionnelles consistent souvent en une énumération d'emplois déqualifiés, de travaux saisonniers et temporaires : cuisinier, serveur, manœuvre, pompiste, caissier, vendangeur... L'absence de notions de carrière, de stratégies et de logiques d'évolutions au sein d'un secteur ou d'un poste fixe, est symptomatique. Elle est révélatrice d'une handicapante absence de continuité professionnelle – que ce soit en termes de compétences ou de domaines d'activités. Dans ces conditions, un emploi ne peut être considéré que comme temporaire, et les perspectives professionnelles comme des opportunités aléatoires, ce qui expliquerait la mise au pas de logiques actives de prospection pour des postures d'attente désillusionnée.
- D'autre part, les métiers exercés se pratiquent souvent dans des conditions difficiles. Ce sont des postes qui demandent qualifications et aptitude minimales et où les employés

sont considérés comme une main d'oeuvre exploitable et remplaçable⁵⁸. Les travailleurs sont davantage exposés à une usure physique et nerveuse et aux ruptures liées aux accidents de travail⁵⁹. Cette fragilité est renforcée par le fait qu'ils se trouvent souvent moins protégés en termes de stabilité, de reconversion, d'évolution et de droit (indemnisation des licenciements...). L'âpreté des conditions passées d'emploi a laissé des traces sur l'aptitude et l'efficacité aux tâches manuelles, contribuant à amoindrir les capacités d'adaptation et les chances de réinsertions futures.

Exposés à de longues périodes de chômage, les inemployés, même aptes, deviennent peu à peu inemployables. Ils subissent un processus progressif d'invalidation sociale.

3. Réévaluation des besoins, modification des priorités et « marquage institutionnel »

3.1. Dégradation des besoins et réévaluation des priorités

De tels phénomènes, latents dans les entretiens, seraient issus d'une dynamique de désorganisation et de réorganisation autour d'une situation existentielle nouvelle. Ils vont dans le sens d'un éloignement du marché du travail, non en termes de compétences mais d'un rapport au temps et aux valeurs profondément modifié. Face à la pérennité des difficultés, l'existence ne peut être qu'un éternel présent où se conjuguent absence de continuité et refus des responsabilités. Dans ces conditions, le travail passe au second plan. Il n'est qu'un instrument ponctuel d'assouvissement des besoins minimaux : alimentation et aspect vestimentaire. **Vincent**, à 23 ans, ne voit le travail qu'en termes « *de dépannage* ». De même, **Betty** qui vit dans une yourte sans eau potable ni électricité, vend des produits artisanaux sur les marchés afin d'assurer ses repas.

Les besoins tels qu'ils sont exprimés par les individus relèvent davantage du spirituel que du matériel car leurs conditions de survie sont en réalité perçues comme reliées au psychologique et à l'affectif, bien plus qu'à des considérations économiques.

⁵⁸ La population la plus « corvéable à merci » étant les immigrés sans autorisation de séjour en France, condamnés au travail au noir.

⁵⁹ Voir par exemple, V. Kovess, J. Bourget-Devouassoux, A. Chastang, M. Ortun, *La santé mentale dans l'enquête « Conditions de vie »*. *Problématiques et premiers résultats.*, 1992, Revue de Santé Publique, pp. 5-39.

3.2. Influence diffuse des institutions

Il est certain que les institutions modulent le rapport au marché du travail. La pérennité des situations de chômage a induit des contacts fréquents avec les principales institutions d'aides : ANPE, CCAS... L'impact de ces organismes sur le positionnement des bénéficiaires à l'emploi ne saurait être nié – bien que ces relations soient souvent opaques (car inconscientes ?) dans les récits .

Didier Demazières⁶⁰ nous invite à *passer d'une approche des mécanismes d'adaptation des identités individuelles à la privation d'emploi à une analyse des processus, relationnels, de construction d'identifications sociales mettant en jeu, outre les individus privés d'emploi, des acteurs professionnels chargés de la lutte contre le chômage*. Autrement dit, le positionnement adopté par les chômeurs face à l'emploi ne saurait se restreindre à une simple analyse biographique. Il faut également prendre en compte le fait que l'identité est modelée et lissée par interaction avec le personnel, au contact des méthodes de classement, de prise en charge et de réorientation opérées dans ces organismes. Demazières parle de *négociation de l'identité* dans le sens où elle est le produit de l'ajustement entre la manière dont le chômeur se définit et celle dont l'agent le catégorise. Partant de la construction de ces interactions en quatre idéal-types, on peut inférer le positionnement face à l'emploi des sujets interrogés.

- ***L'identité d'inactif-handicapé***

correspond à la mise en avant des handicaps de santé ou d'âge et mène au renoncement à la recherche d'un emploi. Il y a consensus, entre les deux parties, pour un retrait légitime de la sphère économique et l'attribution d'aides compensatoires à une inactivité reconnue comme inévitable.

Ce mode de définition par le handicap – que ce soit physique ou psychologique – apparaît fréquemment dans les entretiens. **René** l'illustre parfaitement. A l'âge de 59 ans, la vision qu'il a de lui-même se fonde principalement sur le handicap et sa reconnaissance par les différentes institutions : « *je suis un enfant de la DASS* », « *je suis reconnu comme fou dangereux* », « *je suis reconnu comme tumeur au cerveau* », « *je suis reconnu comme cirrhose* »...

Une forme prononcée d'abandon et de fatalisme teinte ces discours et s'exprime souvent par l'utilisation immodérée de la forme passive (lexicographiquement parlant).

⁶⁰ *La négociation des identités des chômeurs de longue durée*, Revue française de sociologie n° XXXIII, 1992, pp. 335-363.

- ***L'identité de demandeur d'emploi***

reconnaît à l'individu les capacités à rejoindre la sphère professionnelle, en dépit de plusieurs échecs. L'institution valorise ses atouts – insistant davantage sur sa personnalité que sur son cursus : volontarisme, motivation, mobilisation, abnégation... – et ses possibilités de réinsertion. L'échec de ses recherches est attribuée à un manque de connaissances administratives et à des projets désordonnés et mal ciblés⁶¹. Le mode de traitement classique consiste alors à proposer des formations censées ouvrir les portes vers une insertion future.

A l'exception de nos quatre jeunes étudiants – le diplôme poursuivi légitimant la position future de demandeur d'emploi –, force est de constater la rareté de tels positionnements. Seule **Fabienne**, à l'heure actuelle, attend une formation et s'inscrit ainsi comme travailleuse potentielle.

- ***L'identité d'assisté traitable***

correspond, pour l'ANPE, aux « cas lourds » relationnellement et psychologiquement parlant. Le problème ne provient pas ici des qualifications mais d'une inadéquation entre une personnalité jugée caractérielle – « renfermé », « nerveux »... – et le comportement demandé au travail. L'institution dénie toute prétention à l'emploi et focalise ses démarches vers des aides psychologiques visant à lisser des comportements jugés professionnellement et socialement inacceptables. Ce type de traitement « *contribue à amplifier une extériorité par rapport au marché du travail et à opérer un repli non pas revendiqué mais mal vécu, rationalisation d'une marginalité toujours croissante* », selon les termes de Demazières.

C'est cette mise en parenthèses des préoccupations professionnelles au profit d'un règlement préalable des conflits et problèmes intérieurs qui revient le plus souvent. Le rôle joué par les institutions, bien que transparent et plus ou moins diffus selon le type de structures, est latent. Il s'agit, avant tout :

- de régler les problèmes d'alcoolisme et/ou de toxicomanie (*via* des cures et un suivi psychiatrique) – **Morice, Loïc, Laurent, Flo, Serge, Vincent...** ;
- de lisser des incompatibilités relationnelles à l'insertion (pour les « gens de la rue »...) – **Patrick, Loïc, Henri, Jacky...** ;
- de se soustraire des conflits internes (reconstruction *via* des psychologues et des assistants sociaux) ;
- de soigner des dérèglements psychiatriques (*via* l'hôpital psychiatrique) ou sociaux (*via* la prison) – **Solange, Serge...**

- ***Les actifs déviants***

se caractérisent par le fait qu'ils pratiquent des emplois non déclarés et usent d'un réseau d'aides informelles. Ils ne sont pas totalement dépourvus de ressources mais doivent affronter

⁶¹ Demazières dit de ces personnes que « c'est moins par leurs comportements sur le marché du travail (recherche d'emploi) qu'ils sont jugés « responsables » que par leurs manières de s'engager dans l'interaction ».

un avenir incertain. Ils se trouvent dans des positions vulnérables bien qu'ils soient reconnus comme « débrouillards » et disposent des principaux attributs d'employabilité. Ce sont principalement des immigrés « sans papiers » que l'on peut regrouper sous ce vocable.

Ainsi, **Jo** a immigré de l'Algérie en France il y a une dizaine d'années. Aujourd'hui sa situation n'est toujours pas régularisée si bien qu'il ne peut valoriser un niveau scolaire satisfaisant et doit se restreindre à « l'économie souterraine ». Une telle situation s'accompagne d'une forte fragilité psychologique liée à une insécurité administrative et économique permanente⁶². Exercer un emploi au noir n'est en aucun cas un choix délibéré ; il est contraint par des menaces d'expulsion. Par ailleurs, remarquons que, si cette manière d'appréhender l'emploi est caractéristique des immigrés « sans papiers », elle se retrouve également pour les individus menacés judiciairement – dettes impayées, peine de prison en attente...

Le passé institutionnel des individus interrogés est chargé. Tous sont passés dans des structures d'aides et/ou de prise en charge de la détresse et des dérèglements psychosociaux. Comme le soulignent Demazières et Dubar, ces interactions répétées modèlent profondément leur identité sociale et professionnelle. Cependant, l'influence des structures sur la vision et la projection individuelle face à l'emploi ne saurait être restreinte aux institutions classiques d'insertion professionnelle. D'autres institutions plus « totalitaires », selon l'appellation de Goffman⁶³, telles que la DASS, les centres de soins généraux ou de désintoxication, l'hôpital psychiatrique ou la prison participent de l'assimilation, plus ou moins consciente et plus ou moins contrainte, d'une identité sociale et professionnelle dégradée.

L'évasion de l'emploi – passé et futur – ne saurait se traduire de manière unidimensionnelle. Ce phénomène articule et combine de manière originale trois principaux éléments :

- Un éloignement du marché du travail lié à une longue période d'inactivité et à un capital scolaire et professionnel restreint.
- Un mode d'adaptation aux nouvelles conditions qui, *via* la dégradation des besoins, la résurgence de nouvelles priorités et de nouvelles valeurs, donne au travail un aspect secondaire.
- Un renoncement ou un différencement des perspectives de travail négociés ou imposés au cours des nombreuses interactions avec les différentes institutions.

⁶² On retrouve chez **Nordine** un cas strictement similaire.

⁶³ Définie par Erving Goffman, dans *Asile*, comme « l'institution qui prescrit à la personne qui vit l'ensemble de ses comportements, l'ensemble de ses fonctionnements ».

C. Substitution du fardeau familial et du corps malade au récit du travail perdu

1. Mise en scène des récits

L'histoire de vie est « *recherche et construction de sens à partir de faits temporels personnels* »⁶⁴. La restitution à autrui de son parcours biographique relève à la fois de la mémoire et de la présentation de soi. L'histoire est intimement lié au temps et la façon de concevoir le temps conditionne directement la (re)présentation de ce passé – (re)construction. C'est le regard du présent (donc focalisé selon les conditions de vie et l'état d'esprit actuel) qui crée *a posteriori* le sens et la trame de la biographie, selon des mécanismes d'interprétation, de rationalisation ou encore de légitimation.

A la vue de la population approchée, il semble particulièrement intéressant d'appliquer la démarche compréhensive, démarche selon laquelle la signification accordée aux événements et aux situations relatées font partie de la réalité étudiée. *La mise en scène des récits*, qui sous-tend une objectivation individuelle des causes et du vécu de la précarité, peut être résumée en trois principales composantes⁶⁵ :

1.1. La contextualisation du récit

Cette première dimension repère le cadre général dans lequel s'insèrent les récits de vie, l'angle par lequel l'individu restitue son parcours général (et en particulier dans la précarité). Selon le contexte, la lexicographie et le ton employés diffèrent profondément.

Trois trames directrices peuvent être énoncées :

- Le « *drame intimiste* » s'apparente à une description approfondie des relations intra-familiales. L'individu narre les dysfonctionnements, les conflits et ruptures qui ont affecté le cercle clos de la famille, en puisant principalement ses mots dans le registre du sentiment.
- En revanche dans le « *drame contextualisé* », les relations inter-personnelles sont définies par rapport à un milieu de vie ou des conditions historiques particulières. A ce contexte socioculturel correspond souvent des modèles identitaires dont le narrateur est dépositaire. Trois sous-types de cadres historiques peuvent être repérés : le contexte *culturel* (gitans, immigrés...), le contexte *socioprofessionnel* (histoire reliée aux valeurs et pratiques d'un

⁶⁴ G. Pineau et J. L. Legrand, *Les histoires de vie*, 1993, PUF Editions Que sais-je ?

⁶⁵ Pour une plus ample description de ces composantes, on pourra consulter G. Menahem, *Enfance difficile, santé en péril* 1998, Document de travail du CREDES.

corps de métier) et le contexte *historico-économique* (histoire contextualisée par rapport à des bouleversements sociétaux, généralement économiques mais ce peut être aussi des guerres...).

- Le « *récit de la contingence* », enfin, témoigne de l'absence d'une mise en scène explicite. Contexte et chronologie sont éludés du discours.

1.2. L'inscription de la biographie dans le temps

Elle est relative au passé et porte sur les modes de détermination *a posteriori* des causes de la *disqualification sociale* (explication, rationalisation, légitimation) ; elle véhicule le sens global donné à l'histoire. Trois principaux idéal-types émergent des discours :

- ***Le « mythe d'origine »***

où l'existence est présentée comme un destin cellé d'avance, se référant à un manque, une injustice ou un handicap originel et inéluctable. Le récit insiste sur une fatalité innée (ou héritée prématurément).

- ***La « rupture » ou le « basculement de l'existence »***

où l'inscription dans le temps se fonde sur la survenue d'un événement négatif qui bouleverse les conditions de vie initiales. Il faut néanmoins ajouter qu'il s'agit davantage d'*effet cliqué* ou de *point de rupture* touchant des individus déjà fragilisés que de chocs réellement soudains qui les précipiteraient dans la précarité. Enfin, une telle rupture peut être temporelle (« avant » et « après ») ou spatiale⁶⁶ (« ici » et « là-bas ») et le déclencheur interne (famille...) ou externe (accident, licenciement...), endogène (toxicomanie...) ou exogène (perte d'un être cher...).

- ***La « succession intarissable de malheurs »***

où l'histoire se résume en une juxtaposition incommensurable d'expériences présentées comme autant de « coups du sort », de « hasards de la vie ». Souvent même, le flot permanent de paroles et de malheurs est déstructuré au point d'en perdre tout repère spatio-temporel. Le passé est ici rarement mis en cause (car il est peu investi) et les liens entre les nombreux événements ne sont pas même esquissés.

⁶⁶ Rupture spatiale qui corespond à la majorité immigrés récents que nous avons rencontrés.

1.3. L'implication affective ou sens aux mobilisations des individus

Cette dernière dimension cerne la manière dont les individus se positionnent face à la dégradation de leur condition économique et sociale. Elle porte donc sur la manière dont « ils se vivent dans la précarité et le dénuement ». Quatre principaux idéal-types peuvent être retenus :

- **Les « logiques de victimisation »**

L'individu se déculpabilise de sa situation présente et assigne la faute à une cause extérieure. Il s'agit soit d'événements aléatoires (accidents...), soit d'agents « contaminants » (majoritairement la famille mais aussi des institutions telles que la DASS ou l'hôpital psychiatrique) desquels ils ne parviennent à se détacher.

- **Les « logiques de culpabilité »**

correspondent à la perception d'une sombre destinée comme châtiment d'une faute passée. L'individu tend donc à inscrire « ses galères et souffrances » dans une logique d'expiation d'un passé coupable.

- **Les « logiques de construction face aux difficultés »**

L'individu se perçoit comme une victime mais il se refuse à en adopter la posture. Il se réfère à des valeurs d'abnégation et de dignité et des comportements actifs et structurant face aux difficultés.

- **Des « logiques de détachement »**

ont également émergé de quelques entretiens. Le narrateur adopte ici une forme de détachement et d'objectivation de son histoire : il n'accuse pas plus qu'il ne se plaint et avance la thèse d'une « destinée contre laquelle on ne peut rien ».

Naturellement, il s'agit ici d'idéal-types, donc de catégories conceptuelles qui permettent d'approcher la mise en mots des biographies mais ne prétendent nullement les assigner de manière stricte aux situations décrites. Pour chacune des dimensions, un idéal-type n'exclut pas nécessairement l'autre. En règle général, il y a *dominance* d'un idéal-type sur les autres mais il peut également arriver qu'il y ait concomitance⁶⁷. D'autre part, les trois dimensions de la *mise en scène du récit* sont loin d'être indépendantes les unes des autres. Par exemple, une personne se référant au « *mythe d'origine* » se livrera généralement à un « *drame intimiste* » qui postule une forme de « *victimisation* » face à sa disqualification sociale.

⁶⁷ Ces phénomènes de concomitance étant par ailleurs d'occurrence inégale selon les idéal-types. Par exemple, si nous considérons la dimension de *l'inscription dans le temps*, « *mythe d'origine* » et « *succession intarissable des malheurs* » sont plus fréquemment enchevêtrés.

C'est sur la base de l'analyse conjointe de ces trois dimensions, que nous pouvons mieux comprendre comment la dimension professionnelle s'est trouvée reléguée du discours. Au mieux, elle apparaît comme imbriquée et souvent relativisée par d'autres événements. Au pire, elle est évincée par un discours plus général mettant en avant trois grandes dimensions :

2. Une histoire familiale centrale

2.1. L'enfance fautive

La majorité des individus s'attarde sur une enfance subie et dont ils sont toujours négativement tributaires. Ils livrent alors des « drames intimistes » qui puisent dans le lexique du sentiment et du ressentiment, du manque et de l'incompréhension, de l'injustice et de la fatalité. Les modes d'expression de l'affectation, bien que variables, en sont symptomatiques : débit rapide, sans respiration ni ponctuation ; parole difficile entrecoupée de silences comme une souffrance mise en suspens ; ton amorphe... Ces sujets dévoilent un passé lourd d'événements auxquels ils ne parviennent à se soustraire. Dans maints cas, la précarité apparaît alors comme la continuité logique d'une descendance défavorable (*mythe d'origine*). Elle est présentée comme inhérente à l'ignorance de la filiation, à l'abandon et au placement en institutions (**René, Patrick, Loïc, Flo...**), à des violences et des maltraitements (**Solange, Laurent, Jacky**), ou encore à une incompréhension et/ou une indifférence affective des parents (**Jamad, Laeticia, Vincent**). L'enfance est retracée comme l'élément conditionnant leur devenir, comme si le manque, l'isolement et la souffrance originels étaient des caractéristiques innées de leur humanité, et en tant que telles immuables et inéluctables.

La famille fait figure d'un élément atemporellement contaminant, d'un handicap insurmontable contre lequel ils ne peuvent qu'adopter des comportements de résignation et d'oubli, et se positionner sous les vocables du manque et de l'injustice : « *J'ai pas de père, j'ai pas de père-repère* » (**Vincent**) ; « *c'est con parce qu'ils [mes parents] ont foutu un mec en l'air* » (**Loïc**) ; « *Le médecin m'a dit : allergie à la pourriture. Alors moi la pourriture j'en déduis.. enfin c'est la famille la pourriture... c'est la famille* » (**Solange**)... La trajectoire individuelle est reconstruite – et légitimée – essentiellement sur la défaillance familiale, responsable de tous les maux. Elle est régie sous le mode univoque de la « victimisation » et de la déresponsabilisation. L'idée centrale est que le destin est scellé d'avance. L'aspect redondant de certaines tournures (« *c'est le destin [...] pas de chance... encore pas de chance* » (**Roger**) ; « *j'avais pas le choix* » (**Jo**) ; « *de toutes façons, ça, c'est la vie je pense [...] de toute façons, ça sert à rien* » (**Flo**) ; « *maintenant c'est foutu* » (**Fabienne**)...) et l'emploi fréquent de la voie passive (« *ils [mes parents] m'ont fait faire [...] ils m'ont*

embarqué » (**Solange**), « *ma vie s'est arrêtée* » (**Vincent**)... témoignent de cette propension au fatalisme qui mène souvent les individus à des attitudes de laisser-aller et de dérive dans les psychotropes (« *logique de victimisation* » très marquée). L'existence ne se décline qu'à un seul temps : celui de l'éternel et inéluctable présent gris.

Le cas de **Laurent**, parmi d'autres, illustre fort bien cette conception fataliste et originellement déterminée de la précarité et de la souffrance. A 40 ans, l'ensemble des problèmes rencontrés dans sa vie adulte est mis en parallèle avec une enfance parsemée d'événements douloureux. Chacun de ses échecs est mis sur le compte d'une blessure ou d'une maltraitance juvénile : *échec scolaire et professionnel* relié aux exhortations parentales à passer un CAP de peintre alors qu'il aurait souhaité être pâtissier ; *échec sentimental* car le viol subi par son frère lui rend inconcevable toute relation sentimentale ; *échec relationnel* expliqué par les violences infantiles reçues dans l'indifférence qui lui ont « *fait baisser les bras* » ; *dérive dans l'alcool* directement relié au fait que ses « *parents lui mettaient de l'alcool dans le biberon quand il était bébé* ». Malgré un effort nouveau de reconstruction de sa trajectoire impulsé par des consultations psychiatriques, Laurent légitime et réduit ses conditions de vie, ses prises de risque, son manque d'estime et un rapport au corps dégradé (qui s'apparente assez fortement à une « *névrose d'échec* ») à la fatalité de ses origines.

Si beaucoup d'individus « *marqués par le sceau de l'enfance* » adoptent une telle posture de « *victimisation* » où oubli « *addictif* » et dévalorisation voire anéantissement de soi prédominent, il en est d'autres qui parviennent à dépasser ce poids identitaire et à élaborer des logiques de résistance et de lutte envers ce déterminisme originel (*logique de construction de soi*).

Patrick (21 ans) a connu une double rupture : « *enfant de la DASS* » et séparé de sa sœur dans un premier temps, il est ensuite rentré en conflit avec sa famille d'accueil. Les fugues et les errances nombreuses l'ont amené à une « *longue expérience de la dure vie de la rue* ». En dépit de l'usure physique et psychologique liée à l'ignorance de sa filiation et à la dureté de ses conditions de vie, ses expériences sont déclinées sous la forme d'un « *apprentissage* », d'une « *construction identitaire* ». Sa résistance à la douleur (« *mon histoire m'a rendu plus fort* »), « *sa liberté de choix de mec à la rue* » et les idées de lutte et d'adversité sont valorisées. Aujourd'hui il relativise ses handicaps, sait se mobiliser « *lorsqu'il se sent dans l'impasse* » (consultation de lui-même chez une psychologue) et voit le futur d'un oeil optimiste : « *tout le monde passe par là* ».

2.2. Les ruptures conjugales : entre facteur de fragilisation économique et dérives « addictives »

A l'enfance difficile se superposent pour certains⁶⁸ des ruptures conjugales. Il est frappant de voir que les individus sont très majoritairement séparés de leur conjoint ou célibataires et que peu ont reconstruit une relation sentimentale stable.

Dans les récits, les ruptures matrimoniales apparaissent comme un point de scission de l'existence. Ils la découpent en un « avant » et un « après » régi par l'incompréhension⁶⁹, l'abandon et la souffrance liée au déni de la paternité (**René**, **Flo** et **Serge** souffrent de ne plus entretenir aucun contact avec leurs enfants). Pour les femmes rencontrées, les conséquences des échecs sentimentaux sont essentiellement présentées en tant que facteur de vulnérabilité et d'oppression économique. En revanche, pour les hommes interviewés, la perte des attaches sentimentales est décrite en termes de dérives toxicomaniaques, de comportements autodestructeurs et d'atteintes corporelles. Le récit de la séparation conjugale fait souvent place à celui des errances géographiques, addictives et psychologiques et le récit bascule alors dans une énumération souvent coupable de ruptures relationnelles, d'accidents et de bagarres. Par ailleurs les répercussions s'avèrent souvent très ambiguës : si les ruptures conjugales sont présentées comme facteurs de dérives – c'est à dire comme facteurs aggravants plus que comme origines de la précarité – la famille perdue se cristallise également comme l'entité au nom de laquelle on tente de se reprendre (cures de désintoxication) et de se reconstruire. Le cas de **René** illustre parfaitement cette ambiguïté. Sa sévère toxicomanie est présentée comme l'ultime moyen de se protéger face à la perte de sa famille. Ses deux sérieuses tentatives de suicide sont explicitées comme un appel au secours et une expression de sa détresse dirigée vers sa femme. A l'inverse, il articule une plus grande écoute et une plus forte attention à sa santé à l'espérance (*a priori* illusoire) de revoir sa femme et ses deux enfants.

2.3. L'immigration : éloignement fragilisant, sentiment d'injustice et lutte pour ses droits

L'immigration telle qu'elle est restituée dans les entretiens s'apparente, sinon à une rupture, tout du moins à une transformation inhérente à un éloignement familial et socioculturelle. Elle est globalement source de fragilisation, et ce d'autant plus que l'immigration en France apparaît souvent comme un choix contraint : **Mounir** parce que le chômage sévissait au Maroc et en Algérie ; **Nordine** et **Marina** pour se mettre à l'abri de menaces politiques potentielles (respectivement en Algérie et au Gabon) et **Betty** car elle ne supportait plus son

⁶⁸ Ils appartiennent en général aux classes d'âge supérieures (au dessus de 35-40 ans).

⁶⁹ Incompréhension sur les raisons de ces ruptures visible par exemple chez **Morice**.

mode de vie en Angleterre. Arrivés en France, ils font donc l'expérience de la séparation des proches : **Jo** et **Nordine** ont tous deux du quitter leurs proches alors que leurs 7 frères et sœurs sont restés au « bled ».

Cependant, l'immigration de ces sujets se réfère schématiquement à deux contextes différents qui donnent lieu à des vécus et des expériences fondamentalement divergents.

Les plus jeunes, issus de milieux plus aisés, sont généralement en France pour poursuivre des études jugées plus valorisées. Ils se trouvent donc en situation régulière et directement immergés dans le cadre social qu'est l'université. Néanmoins, leur nouvelle situation est souvent perçue comme difficile et fragilisante car elle les expose à une indépendance nouvelle et à un devoir d'adaptation. A travers l'éloignement familial, c'est aussi le manque des valeurs socioculturelles qui y sont attachées qui déstabilise : « *l'ouverture d'esprit* », « *la famille élargie* », « *la solidarité* », « *la socialisation de la maladie* »... Ainsi, **Marina** et ses soeurs ont quitté le Gabon pour continuer leur cursus scolaire en France. En tant qu'aînée, elle doit assumer le rôle de « *tutrice* » de ses soeurs. En l'espace d'un an, son statut a brusquement évolué « *d'enfant à la charge de ses parents* » à celui « *d'adulte en charge de ses sœurs* ». Une telle responsabilité conjuguée aux difficultés qu'elle éprouve à gérer ses propres problèmes administratifs est source d'expression psychosomatique mineure d'anxiété. Elle souffre de « *devoir se débrouiller toute seule* » et « *de devoir s'adapter malgré tout* », loin de ses proches. Les sentiments d'isolement et de contrainte découvrent une demande implicite de prise en charge affective et de soutien face à la séparation parentale.

Lorsque s'ajoute, en sus, une situation irrégulière (**Jo**, **Nordine**), on comprend que leur quotidien soit régi par l'anxiété et la peur permanente d'être expulsé. Cependant, ces instabilités statutaires et psychologiques se trouvent souvent partiellement compensés par des réseaux de solidarité et de soutien. Si ils se présentent comme des *victimes administratives* véhiculées par un sentiment de non-reconnaissance (en France) et de danger (dans leur pays d'origine), les logiques d'entraide les poussent à adopter des logiques de *construction face aux difficultés* qui leur permettent de se loger, de trouver des petits boulots, tout en militant souvent pour le droit à la reconnaissance des « sans papiers ».

3. La santé : support de la douleur et réceptacle des expériences de précarité

3.1. Relativisation et déni des liens entre santé et précarité

Les liens entre problèmes de santé, conditions de vie et chômage sont rarement opérés alors même que de nombreuses études ont montré l'importance de ces liens⁷⁰. En réalité, peu font le lien entre les contraintes physiques et sanitaires imposées par l'instabilité de leur situation de logement et les troubles de santé dont ils souffrent. Et, lorsqu'ils reconnaissent le rôle joué par ces conditions, ils tendent à le relativiser au profit d'autres facteurs endogènes (contamination de la famille, équilibre psychologique...). Dans l'autre sens, la santé n'est en général articulée au chômage que de manière sommaire et implicite, et uniquement lorsqu'elle donne lieu à une reconnaissance administrative (Allocation Adulte Handicapé). Il n'y a donc pas réellement d'interpénétration explicite entre santé dégradée, usure et surexposition aux pathologies et déficiences professionnelles. Le récit des troubles de santé, des accidents et des handicaps est davantage articulé à une dégradation de son image et de son autonomie qu'à des considérations sur une potentielle incapacité au travail.

3.2. Douleur physique et psychique concomitante

En revanche, état de santé et histoire familiale sont profondément enchevêtrés. Fréquemment, les sujets les perçoivent comme indissociables l'un de l'autre. Parmi les nombreuses expériences de santé relatées par les sujets, douleur psychologique et douleur physique apparaissent souvent comme indissociables l'une de l'autre ; soit que le trouble de santé est l'expression psychosomatique de troubles affectifs ; soit que la détresse identitaire favorise les dépendances « addictives » (alcoolisme, toxicomanie), les comportements à risque (négligence des stimuli corporels, non préservation face au danger, absence de comportements préventifs, alcool au volant...) et les attitudes impulsives et/ou conflictuelles (bagarres...) portant ainsi atteinte à leur santé.

Si on reprend la classification de Laplantine sur l'origine des maux⁷¹, force est de constater la sur-représentation des affections de type « endogène ». Au contraire du « modèle exogène » où la maladie est quelque chose de distinct et d'extérieur à l'individu – comme dans les cas d'une bactérie ou d'un virus, ce n'est pas l'individu lui-même qui est malade mais un organe

⁷⁰ Les liens forts entre les conditions de précarité et l'occurrence de pathologie oculaires, dermatologiques ou psychiatriques sont mises en évidence dans maints ouvrages. Par exemple, on pourra consulter J. Lebas, P. Chauvin, *Précarité et santé*, 1998, Editions Flammarion.

qui est atteint – le « modèle endogène » postule que la source du mal provient de l'individu lui-même. La maladie est décrite comme l'expression d'une impuissance à lutter contre les troubles familiaux ou, plus rarement, comme une tare héréditaire contre laquelle on ne peut rien (**Zita**). La culture psychosomatique est omniprésente et la maladie « ronge de l'intérieur » les individus. D'une part de telles affections culpabilisent les individus puisqu'elles engagent indirectement leur responsabilité et, d'autre part, la visibilité des troubles (problèmes de peau, troubles du sommeil, tremblements, nervosité...) participe à la dévalorisation de leur image.

Dans l'autre sens, le discours sur les consommations passées ou présentes de psychotropes et/ou de médicaments et/ou d'alcool est omniprésent. Il est des cas où l'alcoolisme, la toxicomanie – et les passages en institutions conséquents : cures de désintoxication, hôpital psychiatrique... – prennent une place centrale, voire définissent le parcours de l'individu. Là encore, de telles conduites addictives sont entremêlées ou subordonnées au récit des difficultés familiales. Cependant, elles donnent davantage lieu à un conflit entre *logique de victimisation* et *logique de culpabilité*. De plus, elles se superposent à de nombreux accidents, bagarres voire, dans certains cas, à des tentatives de suicide.

4. « En souffrant, j'ai appris à vivre »

4.1. Le déni d'une identité fondée sur le manque

Il est donc évident que les individus tendent davantage à se référer à des histoires personnalisées pour expliquer l'origine de leur précarité plutôt que de s'identifier comme des victimes collectives de l'économie de marché. Ils ne sauraient se définir comme chômeur ou comme « sans domicile fixe » – ou de manière uniquement circonstanciée, c'est-à-dire lorsque ce mode de présentation permet l'obtention d'aides formelles ou informelles. Se définir par l'absence (de travail, de logement ou même de relation sentimentale) implique l'espoir de combler ce manque. Dès lors, lorsque les individus sont trop usés ou désillusionnés pour espérer, construire son identité sur ces défaillances reviendrait à construire une personnalité « de vide » et « de néant », synonyme de l'anéantissement de toute humanité. Aussi face au dénuement des objets sociaux fondamentaux de notre société, les individus les plus exposés tendent-ils à se définir par ce qui leur appartient, ce qui leur est propre : la confrontation aux expériences de malheurs, de ruptures, d'errances et de souffrances émaille constamment leur biographie. Ainsi, hors cadre institutionnel ou caritatif,

⁷¹ F. Laplantine, *Anthropologie de la maladie*, 1956, Editions Payot.

les personnes communément catégorisées comme « sans domicile fixe » préfèrent-elles se définir comme des « *gars de la rue* » ou encore comme des « *galériens* », termes qui véhiculent davantage l'appartenance à une sous-culture ou à un mode de vie.

4.2. Abnégation, refus de se plaindre et résistance à la douleur comme valeurs constitutives de l'identité et sens à l'existence

Les dimensions de la santé dégradée, des errances « addictives » et des troubles familiaux – et à travers elles le corps marqué et l'esprit meurtri – sont présentées comme fixateurs et révélateurs des histoires individuelles. Le corps y est présenté comme mode d'expression privilégié de la douleur, à défaut d'autres exutoires. La parole n'est, en effet, pas accessible à tous pour pallier les problèmes car elle présuppose, d'une part, d'être écouté et d'autre part d'avoir pu prendre du recul pour reconstruire les événements traumatiques. De telles conditions faisant souvent défaut, c'est par la mise en jeu (enjeu) du corps et l'intériorisation brutale que la souffrance s'exprime. Le corps est le réceptacle de l'histoire des malheurs, la toile où se peignent les ruptures et l'errance. Pendant les entretiens, les individus découvrent leurs cicatrices comme les sillons de leur existence, chaque marque inscrite sur le corps est mise en correspondance avec une rupture : accidents liés à des ruptures conjugales, traces des bagarres de rue, stigmates corporels des tentatives de suicide, nervosité inhérente aux troubles relationnels... Le corps est le support de la détresse. C'est un « corps-signe », un « corps-trace » et, en tant que tel, le support même de leur identité, de leur histoire. La forte valorisation de la dureté au mal (physique et psychologique) et du refus de se plaindre est extrapolée à une notion plus générale de résistance contrainte à la souffrance, à l'isolement et aux difficultés. Elle est l'expression de sa propre analgésie. Il est des cas (assez rares) où des phénomènes d'auto-exclusion, de repli ou de réclusion assimilés à des *logiques de sacrifice* ou *d'expiation* semblent recherchés comme forme de rédemption.

Chapitre IV

Rapports au corps, aux soins et à la santé

*Ce chapitre a été réalisé avec les collaborations de Hervé PICARD
et Georges MENAHEM.*

Rapport au corps aux soins et à la santé

L'analyse des processus de précarisation a montré à quel point les dimensions de la santé et de la précarité sont enchevêtrées. Schématiquement les récits de vie ont *explicitement* mis en évidence deux principaux liens. Premièrement, des accidents handicapants, des troubles psychiatriques invalidants, une forte usure physique ou, plus rarement, une fragilité chronique sont avancés comme causes de la dégradation de leurs conditions de vie. Certains individus présentent de tels handicaps comme le fondement d'une rupture professionnelle définitive et conséquemment d'une dégradation de leurs conditions de vie. Cependant, ces troubles de santé sont plus fréquemment exprimés sur le mode de la dévalorisation de l'image et de l'oppression quotidienne occasionnée par la gêne, la douleur et le stigmate qu'en termes d'incapacité au travail et de causes de la précarité. Deuxièmement, le corps apparaît souvent comme mode d'expression privilégié – mode contraint car souvent unique – de la détresse et du besoin d'écoute. La santé des individus est alors profondément affectée par la fréquence et l'excessivité des conduites ordaliques et des accidents concomitants ainsi que par une propension forte à prendre des risques et à moins écouter les signes corporels. La distinction entre ce qui relève du « psychologique » et ce qui relève du « physique » n'a souvent plus aucun sens pour ces individus lorsqu'ils parlent de leur douleur et de leur maladie.

Très souvent dans les récits de vie, ces deux formes de liens coexistent. *Implicitement*, se trouvent aussi des conditions de vie qui surexposent ces sujets à certaines infections et microbes (problèmes dermatologiques, problèmes ORL...). Cependant, lorsque de tels liens sont exprimés, ils sont souvent relativisés ; soit que les conditions sont jugées comme peu influentes soit qu'elles sont compensées par une « *plus forte résistance liée à l'habitude et l'expérience* ».

Dans un premier temps (**partie I**), il s'agira de connaître les raisons pour lesquelles les patients de notre échantillon sont venus consulter. Cette interrogation s'intègre dans la recherche des éventuelles spécificités pathologiques présentées par le groupe des précaires. Des études récentes privilégient la thèse des pathologies aggravées par les conditions de vie et le retard aux soins plutôt que celle de pathologies réellement spécifiques à la précarité¹. D'autre part, des auteurs tels que V.Kovess et C.Mangin-Lazarus² ont montré que le poids des pathologies psychiatriques était important parmi les sans-abri.

¹ J. Lebas et P. Chauvin, *Précarité et santé*, 1998, Editions Flammarion.

² Dans V.Kovess et C.Mangin-Lazarus, *La santé mentale des sans-abris dans la ville de Paris*, Association l'élan retrouvé (1999)

La **partie II** se concentrera sur l'étude des nombreuses composantes qui interagissent dans la constitution des représentations et des comportements de santé : les relations à la maladie, au corps et aux soins ainsi que le rapport entretenu avec les institutions médico-sociales. Ces différentes dimensions du rapport à la santé seront conjointement connectées aux parcours de précarité (conditions de vie et adaptation identitaire aux difficultés) et à la trajectoire globale des sujets (expériences passées de santé, transmissions familiales et culturelles des représentations et pratiques).

Fort de ces analyses, la **partie III** permettra de comprendre les différences qui existent dans les modes de mobilisation face à l'occurrence de problèmes de santé et les attitudes à l'égard des recommandations et prescriptions médicales. Après avoir construit 3 principaux idéaltypes de *logiques de recours aux soins* – adhésion, résistance ou refus des soins – , l'enjeu sera de déterminer le rôle joué par les facteurs exogènes de la précarité (conditions de vie) et par les facteurs endogènes (modes d'adaptation identitaire) sur la propension à renoncer ou refuser les soins médicaux.

Partie I. : Les motifs de recours aux soins

(Partie entièrement co-réalisée et co-écrite avec le Dr Hervé Picard)

Le volet médical recueilli sur les 590 individus, s'il permet d'analyser la fréquence des motifs de recours aux soins, n'autorise pas à se prononcer sur la gravité des symptômes. Par exemple, une infection broncho-pulmonaire est souvent bénigne mais elle peut aussi amener à de très fortes complications. Aussi, même si la nature d'un diagnostic fournit de précieuses indications sur la gravité de la maladie, nous nous garderons de nous avancer sur ce point³.

D'autre part, la lecture de cette partie doit être précédée de précautions relatives à son interprétation. Comme pour toute étude de morbidité, nous ne pourrions nous exprimer qu'en termes de motifs de recours aux soins, et non de « pathologies objectives » ; c'est-à-dire ce que le patient donne à voir et ce que le médecin cherche à voir⁴.

A l'aide de données très fiables fournies par Institut Médico-Social France – IMS Health-EPPM (Etude Permanente de la Prescription Médicale) : cumul mobil annuel de 1997 – sur les diagnostics effectués lors de consultations en médecine générale pendant l'année 1997-1998, nous avons pu comparer les motifs de recours des précaires à ceux d'un échantillon de la population générale. Pour ce faire, nous avons utilisé le concept des « Profils Nosologiques Comparatifs »⁵. Il consiste à comparer la fréquence d'un diagnostic dans l'ensemble des diagnostics émis pour notre population précaire à cette même fréquence dans une population de référence (ici la population générale). Il gomme donc « l'effet durée de la consultation » sur le volume de diagnostics⁶.

A partir d'une telle méthode, deux principaux points pourront être approfondis :

- La comparaison de l'activité des centres de soins pour précaires à celle de la médecine libérale (spécialistes inclus ou spécialistes exclus). Cette étude permettra de voir si les pratiques des centres sont proches de la médecine généraliste ou s'il y a un effet d'adaptation des médecins qui, connaissant le manque de moyens financiers des patients, prennent aussi en charge des activités relevant habituellement des spécialités (cardio-vasculaire, ophtalmologie...).

³ Ou alors de manière timide, à partir des récits de vie.

⁴ Bien que cela soit très tentant, je me garderai de comparer le nombre de diagnostics émis dans nos deux sous-populations (précaire et générale). En effet, il paraît incohérent de vouloir comparer des consultations qui sont foncièrement différentes dans leur mode d'appréhension (« consultation d'urgence » probablement plus fréquente parmi les précaires et « consultation ciblée » plus fréquente en population générale) et dans leur déroulement (connaissance du patient, temps accordé...).

⁵ Concept défini par le Docteur Hervé Picard dans *Une nosologie de la misère : le cas des tsiganes roumains de la banlieue parisienne nord*, thèse effectuée à Paris VI, 1997.

⁶ En effet, on conçoit aisément que plus le temps passé par le médecin avec son patient est important et plus il est susceptible d'émettre un grand nombre de diagnostics.

- Puis, en nivelant les différences structurelles d'âge et de sexe de nos populations (par la méthode de standardisation indirecte), il sera possible de comparer les motifs de recours aux soins des précaires à ceux d'une population générale et d'en analyser les spécificités.

A) L'activité des centres de soins gratuits pour personnes en situation de précarité

1. Les motifs de recours aux soins des patients précaires

Dans notre échantillon de 590 consultations, 1389 diagnostics ont été posés au total soit en moyenne 2,34 motifs médicaux identifiés pour un même recours aux soins. Ces motifs de recours peuvent être regroupés en grandes catégories : dermatologie, cardiologie, etc. Le tableau ci-dessous donne les fréquences respectives de chacune de ces catégories parmi l'ensemble des motifs identifiés, classées par ordre décroissant.

Tableau n°12 : Effectifs et fréquences des différents motifs de recours aux soins.

Catégorie	Nombre de motifs	Part de l'ensemble des motifs
Psychiatrie	278	20,0%
ORL et pneumologie	170	12,2%
Bucco-dentaire	142	10,2%
Appareil locomoteur	141	10,2%
Appareil digestif	115	8,3%
Dermatologie	88	6,3%
Ophthalmologie	93	6,7%
Cardio-vasculaire	75	5,4%
Neurologie	74	5,3%
Autres motifs	72	5,2%
Génito-urinaire et obstétrique	60	4,3%
Endocrino-métabolique	57	4,1%
Pathologie infectieuse spécifique	17	1,2%
Oncologie	5	0,4%
Hématologie	2	0,1%
TOTAL	1389	100%

Source : Enquête Précalog du CREDES

Les problèmes mentaux, dentaires, locomoteurs et des voies respiratoires représentent à eux seuls plus de la moitié des motifs de recours dans les consultations « précarité ».

Un examen détaillé de la répartition fine de chacune de ces catégories (voir *l'annexe 14*) permet d'éviter une interprétation trop hâtive :

- Plus de la moitié des problèmes mentaux sont probablement relativement bénins, voire non pathologiques *stricto sensu*⁷ : angoisse, troubles du sommeil, dépression. Une autre part importante de cette catégorie est représentée par les dépendances à l'alcool ou aux drogues illicites. Les problèmes psychiatriques « autres » (comportant entre autres les pathologies lourdes comme les psychoses) représentent en fait moins de 2% de l'ensemble des motifs de recours. Ce résultat tend donc à contredire les nombreuses théories voyant dans la précarité la conséquence d'un dérèglement psychiatrique et à invalider le « mythe de la folie » des sans domicile fixe.
- Plus de la moitié des problèmes respiratoires sont eux aussi probablement bénins (infections broncho-pulmonaires et ORL correspondant sans doute le plus souvent à des rhumes, angines etc.).

2. Des différences nettes par rapport aux motifs de recours en médecine libérale

(Voir le tableau numéro 13).

Nous avons comparé les motifs des recours aux soins en centres « précarité » avec ceux des recours aux soins en médecine libérale. Pour cela deux échantillons de consultations ont été construits à partir des données de l'enquête permanente sur la prescription médicale (E.P.P.M.) de l'institut IMS-France (données de l'année 1997) :

- Le premier est tiré de l'activité des médecins libéraux, tant généralistes que spécialistes ;
- Le second est issu de l'activité des seuls médecins généralistes.

Ces échantillons de référence ont été construits de manière à ce qu'ils soient représentatifs de l'activité médicale en secteur libéral sur l'ensemble du territoire français⁸ tout en étant méthodologiquement comparables avec l'échantillon de consultations « précarité »⁹.

⁷ On peut imaginer qu'un état anxio-dépressif chez une personne en grande précarité soit purement réactionnel aux difficultés de vie rencontrées et ne témoigne donc pas d'une structure de personnalité pathologique.

⁸ Représentativité de l'activité médicale française en ce qui concerne le lieu d'installation, la spécialité et l'âge des médecins.

⁹ Même période de l'année (pour éviter le biais lié aux maladies « saisonnières ») et même méthode de construction de l'échantillon (les trois premiers patients de plus de 18 ans rencontrés par chaque médecin à partir du premier jour de sa participation à l'enquête) que chez les précaires.

Les diagnostics des échantillons de référence, initialement codés selon la 9^{ème} révision de la Classification Internationale des Maladies (C.I.M.9), ont été recodés en quinze catégories qui se superposent presque exactement avec les têtes de chapitre de la C.I.M. Les effectifs des catégories « pathologie infectieuse spécifique », « oncologie » et « hématologie » étaient particulièrement faibles (inférieurs à 30) dans tous les groupes ; on a donc regroupé ces trois catégories en une seule. Les fréquences brutes des différents motifs de recours aux soins figurent dans le tableau ci-dessous.

Tableau n°13 : Comparaison des proportions des différents motifs de recours aux soins entre consultations en centres de soins gratuits et consultations en médecine libérale.

Fréquence brute de chaque catégorie dans l'ensemble des motifs de recours	En médecine libérale		Dans les centres pour personnes précaires
	généralistes et spécialistes	généralistes seulement	
Psychiatrie	8,7%	6,1%	20,2%
ORL et Pneumologie	12,1%	13,9%	12,3%
Bucco-dentaire	0,3%	0,4%	10,3%
Appareil locomoteur	9,7%	11,5%	10,2%
Appareil digestif	4,3%	5,1%	8,3%
Dermatologie	3,0%	1,6%	6,4%
Ophthalmologie	3,6%	0,6%	6,1%
Cardio-vasculaire	17,8%	20,0%	5,4%
Neurologie	2,8%	3,1%	5,4%
Autre	23,0%	21,7%	5,2%
Génito-Urinaire et obstétrique	4,1%	3,8%	4,4%
Endocrinologie	6,3%	7,4%	4,1%
Onco-hématologie et pathologie infectieuse spécifique	4,7%	4,7%	1,7%
TOTAL	100% (8000 motifs)	100% (4451 motifs)	100% (1389 motifs)

Sources : IMS Health-EPPM (Etude Permanente de la Prescription Médicale) : cumul mobile annuel de 1997, Enquête Précalog du CREDES.

METHODE DE CONSTRUCTION DES ECHANTILLONS DE REFERENCE

Nous décrivons ici la méthode de construction de l'échantillon de référence « médecine libérale (généralistes et spécialistes) », la méthode utilisée pour l'échantillon « généralistes seulement » étant strictement analogue. L'enquête permanente sur la prescription médicale (E.P.P.M.) de l'institut IMS-France réalise un suivi annuel par vagues d'un échantillon de médecins libéraux français, chaque médecin transmettant les informations relatives à toutes les consultations qu'il réalise durant une semaine donnée. Les diagnostics posés par les médecins sont recueillis en clair et secondairement codés selon la 9^{ème} révision de la Classification Internationale des Maladies (C.I.M.9). A chaque médecin est affecté un coefficient de pondération (dépendant de son âge, de sa spécialité et de son lieu d'installation) permettant d'obtenir a posteriori une estimation sans biais de l'activité médicale libérale sur le territoire français.

L'échantillon de consultations "précarité" a été construit en incluant les trois premiers patients de plus de 18 ans rencontrés par chaque médecin participant à partir d'une date de début d'observation, alors que dans l'E.P.P.M. ce sont l'ensemble des consultations (enfants et adultes) réalisées durant une semaine par chaque médecin participant qui sont prises en compte. Il était donc nécessaire de ne retenir que les trois premiers patients majeurs vus par chaque médecin de l'enquête E.P.P.M. pour pouvoir réaliser ensuite une comparaison valide.

Par ailleurs, l'E.P.P.M. couvre les 12 mois de l'année alors que les trois quart des consultations « précarité » étudiées dans la présente enquête ont été réalisées entre décembre 1999 et mai 2000. Pour éviter un biais de saisonnalité, il était nécessaire de tirer un sous-échantillon aléatoire de consultations au sein de la base de données E.P.P.M, afin que la répartition temporelle y soit analogue à celle observée dans l'échantillon de consultations « précarité ».

La procédure suivante a été appliquée pour tirer de la base de données E.P.P.M. un échantillon aléatoire de consultations dont la taille soit aussi grande que possible et qui respecte les deux contraintes ci-dessus tout en conservant la représentativité obtenue grâce aux coefficients de pondération déterminés par l'institut I.M.S.-France.

- *Pré-traitement des données E.P.P.M. :*
 - *Exclusion des consultations ayant eu lieu chez des mineurs ;*
 - *Exclusion des médecins ayant vu moins de trois patients au total ;*
- *Tirage des médecins E.P.P.M. pour le trimestre de référence :*
 - *Au sein du trimestre qui est le mieux représenté dans l'échantillon « précaires », on retient l'intégralité des médecins de l'E.P.P.M. ;*
 - *Le nombre total de consultations (pondérées) que l'on obtiendra pour ce trimestre de référence dans l'échantillon « médecine libérale » est égal à trois fois la somme des coefficients de pondération de chacun des médecins ayant participé à l'E.P.P.M. durant ce trimestre.*
- *Tirage des médecins E.P.P.M. pour chacun des autres trimestres :*
 - *Le nombre de consultations (pondérées) à inclure durant un trimestre est donné par $N = (\text{nombre de consultations pour ce trimestre dans l'échantillon « précaires »}) / (\text{nombre de consultations pour ce trimestre dans la population de référence})$;*
 - *On réalise un tri aléatoire (loi uniforme) de l'ensemble des médecins E.P.P.M. de ce trimestre ;*
 - *On inclus séquentiellement ces médecins dans l'ordre du tri, jusqu'à ce que le cumul des coefficients de pondérations des médecins inclus atteigne la valeur $N/3$*
- *Sélection des consultations :*
 - *A l'issue de cette procédure, on dispose d'un échantillon de médecins E.P.P.M. ;*
 - *On retient les trois premières consultations réalisées par chacun de ces médecins*
- *Chaque consultation sera pondérée par le coefficient de pondération du médecin qui l'a réalisée (rapporté au coefficient moyen de la base E.P.P.M.)*

La méthodologie précise et sa mise en œuvre statistique peuvent être consultées en *annexe 15*.

La catégorie « bucco-dentaire » occupe une place particulière dans ce tableau comparatif. En effet, l'enquête à partir de laquelle sont construits les échantillons « médecine libérale » ne concerne que l'activité des médecins et exclut donc celle des chirurgiens-dentistes. L'énorme différence observée entre le groupe « précaires » et les deux groupes « médecine libérale » suggère que chez les précaires, les problèmes dentaires motivent fréquemment des recours au médecin, alors qu'en population générale les recours se font en pareil cas directement auprès du dentiste.

Ce phénomène s'explique très vraisemblablement par un effet d'adaptation de l'offre de soins à la demande. La rareté des structures spécifiquement dentaires destinées aux plus démunis explique sans doute que les structures de soins « précarité » à vocation généralistes prennent également en charge ce type de problèmes et témoigne de difficultés d'accès aux soins dentaires accrues pour les personnes en situation précaire.

Toutefois, cela implique que la fréquence des recours aux soins pour des problèmes dentaires n'est pas quantitativement comparable entre le groupe « précaires » et les deux groupes « médecine libérale » ; pour cette raison, la catégorie « bucco-dentaire » a été exclue de la suite de cette étude comparative.

Pour chacun des 12 motifs de recours restants, nous avons calculé le rapport entre la fréquence de ce motif chez les précaires, et la fréquence du même motif en médecine libérale (tableau ci-après).

Tableau n°14 : Profils Nosologiques Comparatifs bruts « précaires » versus « médecine libérale » (rapport de fréquences brutes hors bucco-dentaire)

Fréquence en consultations "précarité" rapportée à la fréquence en médecine libérale (hors bucco-dentaire, fréquences brutes)	médecine libérale : généralistes et spécialistes		médecine libérale : généralistes seulement	
	Ratio des fréquences	Intervalle de confiance +/-	Ratio des fréquences	Intervalle de confiance +/-
Psychiatrie	2,54	0,13	3,65	0,15
Neurologie	2,30	0,26	1,93	0,27
Appareil digestif	2,11	0,20	1,81	0,21
Dermatologie	1,98	0,23	4,41	0,30
Ophthalmologie	1,50	0,23	10,60	0,42
Appareil locomoteur	1,21	0,17	0,99	0,18
ORL et pneumologie	1,18	0,15	0,99	0,16
Génito-urinaire et obstétrique	1,16	0,27	1,25	0,29
Endocrino-métabolique	0,80	0,27	0,62	0,27
Oncologie, hématologie et patho. Inf. spécifique	0,41	0,41	0,42	0,42
Cardio-vasculaire	0,35	0,22	0,30	0,23
Autres motifs	0,24	0,24	0,27	0,23

Sources : IMS Health-EPPM (Etude Permanente de la Prescription Médicale) : cumul mobile annuel de 1997, Enquête Précalog du CREDES.

Ce «ratio des fréquences»¹⁰ s'interprète de manière simple. Par exemple, le motif « dermatologie » est deux fois (1,98) plus fréquemment en cause dans les recours aux soins en centres « précarité » que dans les recours aux soins en médecine libérale, si l'on compare avec l'activité des spécialistes et des généralistes réunis. Il est plus de 4 fois plus fréquent (4,41) si l'on compare seulement avec la médecine générale. Dans les deux cas, l'intervalle de confiance de ce ratio n'inclut pas la valeur 1 ce qui signifie que la différence est statistiquement significative.

¹⁰ On pourra désigner ce ratio comme le « Profil Nosologique Comparatif » de la population des consultants de centres de soins gratuits versus la population générale.

3. Adaptation de l'offre de soins aux besoins des patients

Pour les problèmes de vue, la dermatologie et la psychiatrie, l'activité des centres de soins destinée aux précaires est très nettement supérieure à l'activité habituelle des praticiens généralistes.

Le graphique n° 25 (page 173) offre une présentation commode des données du tableau précédent. On y distingue très nettement cinq groupes de motifs de recours.

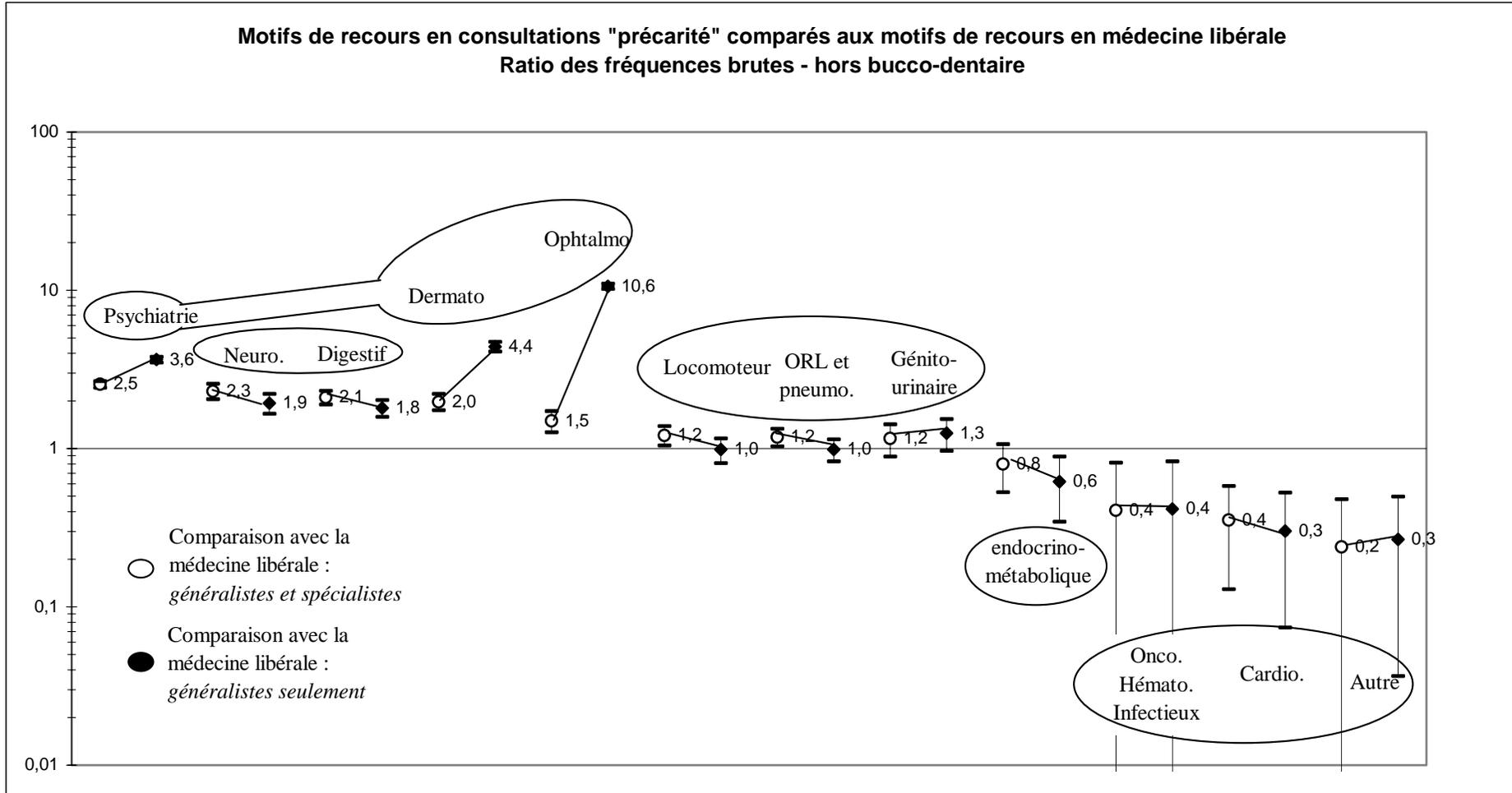
- **Premier groupe** : les motifs de recours plus fréquents dans les consultations « précarité » qu'en médecine libérale et pour lesquels l'écart est encore plus marqué par rapport à la médecine générale que par rapport à la médecine libérale dans son ensemble (spécialistes et généralistes). Il s'agit de l'ophtalmologie surtout mais aussi de la dermatologie et de la psychiatrie.
Dans ce groupe, l'activité des consultations « précarité » est bien plus proche de celle de la médecine libérale, spécialistes inclus, que de celle de la seule médecine générale. Cela traduit vraisemblablement un phénomène d'adaptation de l'offre de soins similaire à celui observé pour les problèmes dentaires.
- **Second groupe** : les motifs de recours plus fréquents dans les consultations « précarité » qu'en médecine de ville, pour lesquels l'écart est semblable que l'on compare avec la seule médecine générale ou avec la médecine libérale spécialistes inclus¹¹. Ce groupe est formé par la neurologie et les pathologies de l'appareil digestif ;
- **Troisième groupe** : les motifs de recours dont la fréquence chez les précaires ne diffère pas significativement par rapport à la médecine de ville : pathologies de l'appareil locomoteur, ORL et pneumologie, affections génito-urinaires et obstétricales.
- **Quatrième groupe** : les motifs de recours aux soins significativement plus rares en consultations « précarité » qu'en médecine libérale ; les effectifs faibles dans ce groupe conduisent à des intervalles de confiance particulièrement larges, ce qui ne permet pas de distinguer une éventuelle différence selon que l'on compare avec la médecine générale ou avec l'activité de tous les médecins libéraux spécialistes inclus. Ce groupe est formé de la cardiologie, de l'oncologie-hématologie-maladies infectieuses spécifiques, ainsi que des « autres motifs de recours » (qui correspondent dans bon nombre de cas, nous y reviendrons, à la médecine préventive).

¹¹ Comme on peut le voir, les intervalles de confiance du ratio avec « généralistes et spécialistes » chevauchent ceux du ratio avec « généralistes seulement ».

- **Cinquième groupe** : la pathologie endocrino-métabolique occupe une place particulière sur ce diagramme, puisqu'il s'agit d'un motif de recours significativement plus rare en consultations « précarité » qu'en médecine générale, alors que la différence n'est pas significative avec la médecine libérale spécialistes inclus.

Les centres de soins gratuits se démarquent donc nettement de l'activité des généralistes. Les médecins y exerçant sont contraints à opérer d'eux-mêmes une très forte spécialisation en psychiatrie, en dermatologie, en ophtalmologie et en dentisterie. A l'opposé, les problèmes « endocrino-métaboliques », de cardiologie et de prévention (qui constituent une part très importante des « autres » motifs de recours aux soins) sont très peu recensés. Pour les deux premiers, une explication peut d'ores et déjà être avancée : ce sont des diagnostics qui exigent une forte investigation médicale – or, on sait que les centres pour précaires tendent à manquer de temps et de moyens pour explorer les problèmes de ce type.

Graphique n° 25 : Motifs de recours en consultations « précarité » comparés aux motifs en médecine libérale (ratio des fréquences brutes - hors bucco-dentaire).



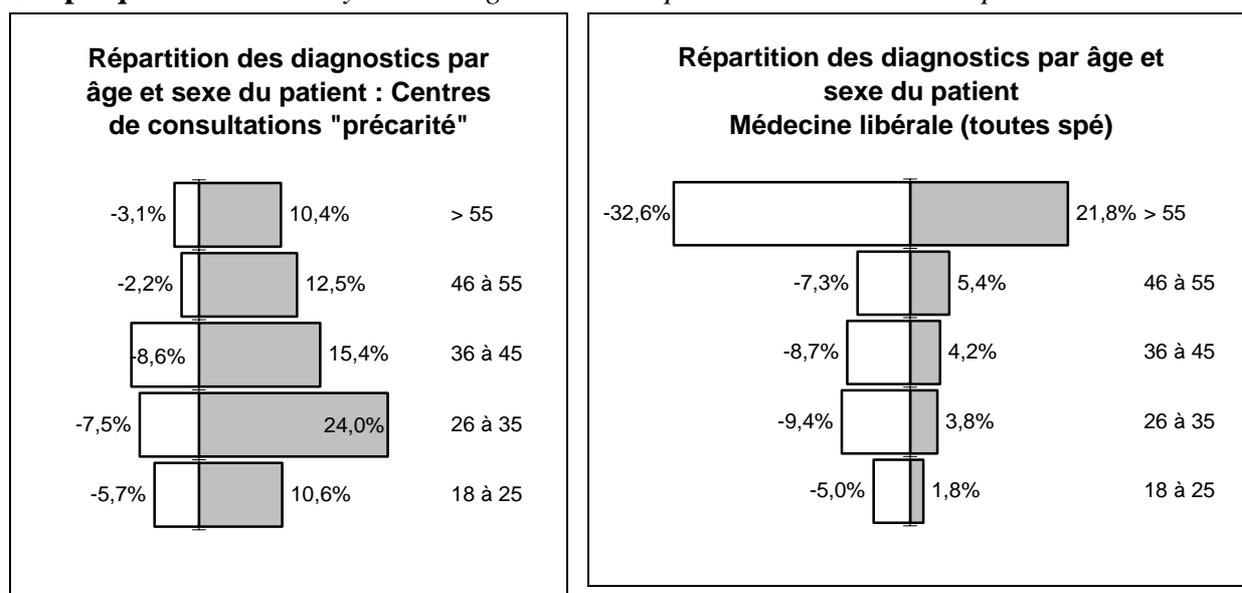
Sources : IMS Health-EPPM (Etude Permanente de la Prescription Médicale) : cumul mobile annuel de 1997, Enquête Précalog du CREDES.

B) Comparaison standardisée des motifs de recours aux soins précaires versus non précaires

1. Standardiser pour comparer les motifs de recours individuels

Nous venons de comparer l'activité des centres pour précaires à l'activité de la médecine libérale. Cependant, en aucun cas ces résultats ne permettent de se prononcer sur les éventuelles sous-représentations ou sur-représentations des motifs de recours aux soins des précaires. En effet, la répartition par âge et sexe (décrite ci-dessous) dévoile des structures de population sensiblement différentes. Il y a une très forte sous-représentation des femmes de plus de 55 ans dans l'échantillon des précaires compensée par une sur-représentation des hommes de moins de 55 ans.

Graphiques n°26 et 27 Pyramides âge-sexe des « précaires » et des « non précaires ».



Source enquête Précalog CREDES

Source : IMS Health-EPPM (Etude Permanente de Prescription la médicale) : cumul mobil annuel de 1997.

Les rectangles blancs décrivent la structure par âge des femmes et ceux en gris celle des hommes.

C'est donc en standardisant par l'âge et le sexe – méthode de standardisation directe explicitée dans le deuxième point de l'annexe 15 – que l'on peut réellement comparer les motifs de recours aux soins des précaires à ceux de la population générale.

Ici, nous choisirons de prendre pour base de comparaison les motifs de recours en médecine libérale, spécialités comprises, car tout laisse à penser que les individus précaires s'adressent aux centres pour personnes démunies indépendamment du type de symptômes. Cette

hypothèse de logique de non-choix est appuyée par le constat d'une spécialisation des centres pour précaires induite par la demande. Aussi pouvons-nous considérer que ces centres apparaissent comme organismes de substitution à la médecine libérale dans son ensemble.

Le tableau n°15 (page suivante) présente les Profils Nosologiques Comparatifs des précaires avant et après standardisation sur l'âge et le sexe. Il permet donc de voir si les écarts de fréquences sont le simple fait de l'hétérogénéité des clientèles ou s'il existe de réelles différences entre les motifs de recours des deux groupes.

2. Etude comparée des motifs de recours « précaires » versus population générale

2.1. Marginalité des visites de prévention

Le résultat le plus frappant est que, à âge et sexe rendus comparables, les recours pour prévention sont quatre fois moins importants parmi les précaires. Il ne s'agit pas là d'un quelconque « effet âge et sexe ». Visites systématiques, suivis, vaccinations et « check-up » sont des comportements très marginaux parmi la population des consultants de centres de soins gratuits.

2.2. Sur-représentation des troubles somatiques et toxicomaniaques

A âge et sexe comparables, les individus en situation de précarité présentent bien une sur-représentation des motifs de recours pour raisons psychiatriques. Sur 100 diagnostics posés, les motifs psychiatriques sont deux fois plus invoqués dans les centres de soins gratuits. Les précaires, de par leur situation matérielle et/ou le sentiment d'exclusion, révèlent un état de grande vulnérabilité psychologique. Ils expriment une détresse somatisée de leur condition (troubles du sommeil, angoisse, dépression...) et dévoilent une tendance aux comportements « d'abandon » dans l'alcool et les psychotropes.

2.3. Problèmes ophtalmologiques et dermatologiques

L'importance relative des motifs de recours aux soins pour raisons ophtalmologiques et dermatologiques n'est pas le seul fait de la substitution des centres aux spécialités onéreuses ou de la structure par âge et sexe des individus. Les consultants précaires présentent, sur 100 diagnostics, 2,3 fois plus de troubles de la vue et de la peau.

Tableau n°15 : Comparaison des profils nosologiques comparatifs avant et après standardisation (i.e. part de l'effet âge et sexe sur les motifs de recours)

Motifs de recours aux soins : comparaison entre lieux de soins pour public précaire et médecine libérale pondérée (médecine générale et toutes spécialités hors bucco-dentaire)	APRES standardisation sur l'âge et le sexe		SANS standardisation sur l'âge et le sexe	
	Fréquence relative de la catégorie diagnostique	Intervalle de confiance : +/-	Fréquence relative de la catégorie diagnostique	Intervalle de confiance : +/-
Psychiatrie	1,96	0,51	2,54	0,13
Système nerveux (y compris AVC)	2,61	1,20	2,30	0,26
Digestif	2,04	0,78	2,11	0,20
Peau	2,38	1,08	1,98	0,23
Vue et ophtalmologie	2,34	0,95	1,50	0,23
Appareil locomoteur et traumatismes	1,56	0,50	1,21	0,17
Respiratoire et ORL	0,82	0,22	1,18	0,15
Génito urinaire	1,39	0,54	1,16	0,27
Endocrinologie	1,21	0,54	0,80	0,27
Immu-onco-infectieux	0,35	0,19	0,41	0,41
Cardio-vasculaire	0,74	0,29	0,35	0,22
Autre	0,27	0,12	0,24	0,24

Sources : IMS Health-EPPM (Etude Permanente de la Prescription Médicale) : cumul mobile annuel de 1997, Enquête Précalog du CREDES.

2.4. Sur-représentation des troubles d'origine relationnelle

A âge et sexe comparables, les individus en situation de précarité présentent des maux relevant davantage du « relationnel » que de « l'ontologique ».

Nous pouvons en effet distinguer deux grandes formes de représentation de l'origine de la maladie¹² :

- L'origine ontologique pour laquelle la maladie est une chose distincte et indépendante du malade. Le mal « se déclare », « se déclenche ».
- L'origine relationnelle pour laquelle normal et pathologique sont considérés en termes d'équilibre qui vient à être perturbé. L'individu fait alors partie intégrante de la maladie (causalité externe mais aussi interne).

Il est assez difficile de se prononcer sur l'origine d'un motif de recours. C'est le discours tenu par l'individu sur sa maladie qui, en réalité, est le plus révélateur. Cependant, le graphique n°28 (page 179) fait apparaître une sur-représentation de motifs connus pour être fréquemment d'origine relationnelle : les troubles psychiatriques réactionnels, les pathologies du système nerveux (céphalées, épilepsie...) – qui, si elles restent assez marginales, apparaissent comme 2,6 fois plus fréquentes parmi les recours des consultants de centres de soins gratuits. On peut également citer l'importance relative des problèmes de l'appareil digestif (2 fois plus fréquents) et de la peau (2,4) qui peuvent s'expliquer conjointement par des excès individuels (alcool...) et un certain mal être ainsi que par les conditions financières (malnutrition...) et sanitaires (insalubrité des lieux d'habitation, conditions d'hygiène déplorable...).

2.5. Importance des troubles de la motricité et de la mobilité physique

Les pathologies handicapant l'autonomie de mouvement sont sur-représentées parmi les consultants précaires. Problèmes oculaires et de l'appareil locomoteur sont des motifs significativement plus fréquents chez les précaires. Ce sont là des troubles perturbant l'autonomie des individus : perte des repères spatiaux, difficultés pour se déplacer, gênes dans les gestes quotidiens... Ce constat tend à confirmer les pistes dégagées dans maints entretiens : beaucoup de personnes en situation de précarité y affirmaient, en effet, que plus que par la douleur ressentie, leur consultation était motivée par la crainte du handicap et de la perte d'autonomie.

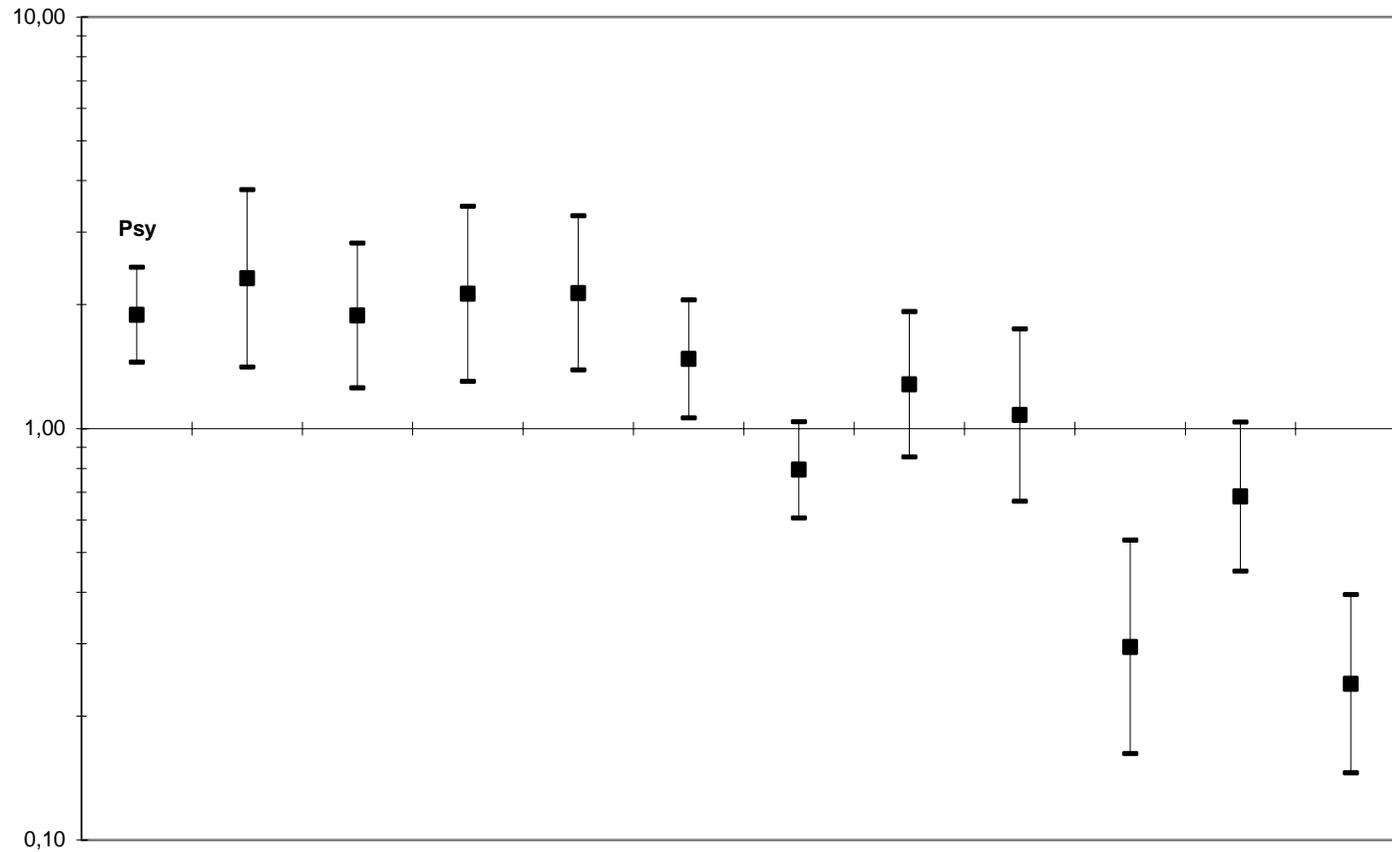
¹² F. Laplantine, *Anthropologie de la maladie*, Editions Payot, 1956.

2.6. Une médecine à deuxième vitesse ?

A âge et sexe comparables, on constate une forte sous représentation des pathologies exigeant une exploration médicale minutieuse. Le dépistage des pathologies du groupe immuno-onco-infectieux – infection à VIH, cancers... – est trois fois moins fréquent dans les centres de soins gratuits qu'en médecine libérale classique. Cette différence très significative ne peut être sciemment imputée à une « invulnérabilité » des précaires à ces maladies – et ce d'autant plus que plusieurs études ont montré que les plus démunis, à travers leur forte propension à prendre des risques et à adopter des conduites ordaliques, y étaient particulièrement exposés. En réalité, elle reflète davantage une inégalité d'accès aux soins : le plateau technique dont disposent les centres est plus restreint. Aussi l'investigation médicale, la prévention et le suivi des pathologies lourdes y sont contraintes. Les centres se consacrent alors davantage à soulager ou à résoudre un problème sur le court terme.

Graphique n° 28 : Fréquences relatives des motifs de recours chez les précaires par rapport à la médecine libérale pondérée France entière (hors bucco-dentaire et après standardisation par l'âge et le sexe). Sources : IMS Health-EPPM (Etude Permanente de la Prescription Médicale) : cumul mobile annuel de 1997 & Enquête Préalog du CREDES.

Fréquences relatives des motifs de recours chez les précaires par rapport à la médecine libérale pondérée France entière (hors bucco-dentaire - ages et sexes comparables)



Partie II. : Rapport aux soins et à la maladie

(La majorité des analyses statistiques ont été réalisées avec Hervé Picard et l'analyse plus qualitative faite avec la collaboration de Georges Menahem)

La **partie I** a permis de dresser un portrait précis des motifs de recours aux soins des individus en situation de précarité, en les comparant à ceux de la population générale. Elle dévoile une forte sur-représentation des motifs pour troubles psychosomatiques, problèmes de toxicomanie et gêne de mobilité et de motricité. D'autre part, de nombreuses études ont indiqué qu'il s'agissait plus souvent de pathologies aggravées que de pathologies spécifiques. Si la plus forte exposition du corps à de tels troubles peut être rapprochée de conditions de vie souvent peu salubres, elle est également fortement soumise aux bouleversements identitaires – principalement décrits dans le chapitre 3 – qui affectent les personnes en situation défavorable. Dans des situations douloureuses, les ressources personnelles de protection de soi sont difficilement mobilisables. Les sentiments de dévalorisation de soi et la construction d'une identité reposant sur la résistance à la douleur (physique et psychologique) peuvent être exacerbés au point de nier l'utilité de toute démarche curative ou analgésique.

A travers les expériences passées et le parcours dans la précarité, l'ensemble des comportements, rapports et représentations vis à vis du corps, de la maladie (**partie A**), des soins (**partie B**) ou encore des institutions socio-médicales (**partie C**) peuvent se trouver profondément modifiés. Lorsque ces dimensions s'expriment sous la forme de retards ou de renoncement à recourir, d'une moindre écoute du corps et d'une plus grande prise de risque, elles agissent de manière interactive sur l'état de santé et le degré de précarisation des individus.

Il s'agira donc ici de comprendre la genèse et la spécificité des logiques de prise en charge des problèmes de santé. Dans l'optique d'une telle analyse, le « *Baromètre santé 2000* »¹³ permettra de réaliser de nombreuses comparaisons entre notre sous-population de consultants de centres de soins gratuits et un échantillon de la population générale.

¹³ Cette base constituée par le Comité Français pour l'Education de la Santé (CFES) fournit une mine d'informations sur les comportements à l'égard des soins et les attitudes par rapport aux risques sur 13685 individus.

A) Logiques de gestion du corps et de la maladie

1. Les logiques de gestion de la maladie

Trois principales logiques de gestion de la maladie s'opposent dans les récits de nos interlocuteurs.

1.1. Gestion de la maladie et rapport utilitariste au corps

D'un côté, une faible majorité (13 individus sur 24) maîtrise d'une certaine manière ses problèmes de santé : ils ont un rapport utilitariste à leur corps et à leurs affections. Ils « gèrent » d'une manière pragmatique leurs problèmes de santé même si la réussite en la matière est très inégale et reflète l'inégalité des ressources dont ils disposent.

Par exemple, malgré ses 48 ans et un passé chargé de problèmes, **Maurice** se débrouille très bien pour gérer et coordonner sa désintoxication alcoolique : il s'est isolé de son lieu de vie en prenant un petit studio près du centre de soins gratuits où il a entrepris un travail psychothérapeutique. En revanche, **Vincent**, à 23 ans, a le même rapport pragmatique à son corps mais semble bien plus mal parti dans la mesure où il ne prend qu'un jour sur deux ou trois le traitement qu'il devrait suivre pour soigner sa jambe gravement nécrosée; ce qu'il explique par le fait qu'il n'en a « rien à foutre » – *i.e.* des soins, de sa santé et de la vie en général.

Inversement, les 11 autres patients semblent davantage « être gérés par leur maladie ». Confrontés à elle, ils se sentent impuissants même si certains savent « vivre avec » et en calmer les symptômes. Parmi ces individus, deux formes d'impuissance à l'égard de la maladie peuvent être distinguées.

1.2. Impuissance à prendre en charge une maladie angoissante

Dans un premier sous-groupe, sept patients sont largement gouvernés par leur maladie et l'angoisse qu'elle génère. Si la maladie semble régir directement leur destin, c'est d'abord parce qu'elle est souvent grave et menace leur survie même, mais c'est aussi parce qu'ils ont le sentiment de ne pas avoir de prise sur elle¹⁴. Dans ce groupe de rapport à la santé, l'éloignement vis à vis du système de soins et le niveau de méconnaissance en matière médicale joue bien entendu un rôle essentiel. Ainsi, si **Zita** est persuadée d'être touchée par une grave maladie « héréditaire » au coeur, elle n'a jamais consulté pour être diagnostiquée et éventuellement traitée (« *C'est la maladie de la famille. C'est le destin.* »).

¹⁴ C'est le cas, par exemple de **Joseph** dont les comportements sont fortement contraints par ses crises épileptiques ou encore de **René** face à sa tumeur au cerveau.

1.3. Psychosomatisation et abattement face à la maladie

Enfin, dans le deuxième sous-groupe, cinq patients semblent dépendants de relations familiales qu'ils maîtrisent mal, lesquelles s'expriment en particulier par des troubles psychosomatiques durables (asthme, psoriasis, spasmophilie). Ces personnes s'accommodent aussi, dans une certaine mesure, de leurs troubles mais elles restent impuissantes à les maîtriser. De plus, la culture diffuse concernant l'aspect psychosomatique de ces maladies incite certains de ces patients à douter de l'utilité d'un recours classique, d'où un certain retard aux soins imputable à leurs formes de représentation de la santé¹⁵. Dans ce dernier cas, l'individu fait partie intégrante de la maladie (causalité externe mais déclencheur interne) et les sentiments conjugués d'impuissance et de culpabilité affectent profondément l'image de soi – et ce, d'autant plus que les affections subies donnent lieu à des manifestations visibles. Laplantine définit de tels troubles comme des « maladie-sanction »¹⁶.

2. Rapport général au corps

2.1. Le corps : expression de la détresse ou réceptif d'expériences

16 de nos 24 patients considèrent prendre beaucoup de risques ou en avoir pris dans le passé de façon inconsidérée. La plupart rattache cette prise de risques à des consommations excessives et incontrôlées d'alcool et de drogues donnant lieu à des comportements « casse-cou ». Ainsi, accidents de la route et bagarres émergent fréquemment des récits.

Notons que, chez les toxicomanes, le corps est souvent perçu différemment dans sa temporalité – toute-puissance de l'instant présent et horizon myope – et dans son usage – **Loïc**, par exemple, nous parle du corps comme « d'un réceptif d'expériences ».

Le lien entre ces comportements d'abandon et la biographie des individus se décline essentiellement selon deux modalités (parfois conjuguées) : implicitement en rapport aux violences subies pendant leur enfance et, de manière plus explicite, en rapport avec des ruptures soudaines d'ordre professionnel, sentimental ou familial. Tenailés par le sentiment d'avoir perdu toute considération de la part de leurs proches, la valeur qu'ils accordent à leur existence s'en trouve largement imputée. Dans ce cadre, l'individu devient très vite vulnérable à l'alcoolisme et/ou la toxicomanie et de manière générale à des réactions impulsives d'abandon.

¹⁵ C'est le cas du psoriasis de **Jamad**, des crises de spasmophilie de **Laetitia** ou encore de l'asthme de **Patrick**.

¹⁶ F. Laplantine, *Anthropologie de la maladie*, 1956, Editions Payot.

2.2. Résistance à la douleur et moindre écoute du corps

Il existe différentes manières de prêter attention aux sensations corporelles, aux sensations à partir desquelles un signe va être tenu pour anormal et va déterminer un recours aux soins.

De manière générale, l'usage du « corps-signe » diffère profondément selon les cultures et la socialisation initiale¹⁷. Pour nos interlocuteurs, il semble s'agir de facteurs relativement annexes. Leur rapport à la douleur est principalement construit sur leur parcours de santé (souvent très chargé) et leurs conditions de vie (de manière plus nuancée).

Près de 75% des personnes interviewées se disent « résistantes » voire « très résistantes » à la douleur, compte tenu de ce qu'elles ont déjà enduré. Ce sentiment de résistance – que leur expérience de santé tend à objectiver crûment – est souvent perçu comme un « non-choix financier » voire même comme une condition nécessaire à la survie physique et psychologique comme l'illustre **René** : « Résistant à la douleur, moi ? J'ai pas le choix... sinon j'me serai flingué ».

Chez nombre d'entre eux, il existe un refus de « trop s'écouter », une valorisation de la dureté au mal ou de la mise en jeu de leur corps dans la prise de risques, éléments qui jouent un rôle primordial dans les comportements d'auto-soin, le retard aux soins et la mauvaise observance des prescriptions. Ces comportements trouvent leur légitimité dans « un récit initiatique des difficultés » comme nous l'avons vu précédemment (cf. « en souffrant j'ai appris à vivre »).

Remarquons qu'un tel usage brutal du corps – prises de risques et valorisation de la dureté au mal – correspond aux valeurs viriles et à la valorisation de la violence. Cet usage instrumental du corps se retrouve quasi exclusivement chez des hommes (à l'exception de **Marina**).

¹⁷ P. Adam, C. Herzlich, *Sociologie de la maladie et de la médecine*, 1994, Editions Nathan.

B) Les rapports aux soins des précaires

Le rapport des individus à l'égard des soins est approché sous de multiples prismes – refus des soins, renoncement pour raisons financières, retard aux soins, observance d'une prescription médicale ou d'examen complémentaires, comportements d'automédication – et ce, tant dans le questionnaire que dans le guide d'entretien.

1. Modes de réactions à un épisode douloureux

1.1. Approche et premiers résultats

Dans le questionnaire, l'ensemble des patients avait à répondre à la question suivante : « *Au cours des douze derniers mois, avez-vous souffert d'une douleur difficile à supporter ?* ».

323 personnes soit 55% des individus ont répondu positivement, alors que ce n'était le cas que d'une personne sur trois dans la population générale de référence (*données Baromètre Santé 2000*). De plus, un individu sur 7 ne s'est pas prononcé sur cette question – alors qu'une telle non réponse n'existe tout simplement pas dans l'échantillon de référence.¹⁸

Les individus ayant déclaré une telle douleur, devaient alors décrire quelle avait été alors leur réaction. Quatre modalités leur étaient proposées et il était formellement stipulé que plusieurs réponses étaient possibles :

- Position d'attente,
- Prise en charge individuelle de la douleur par l'automédication (position active et autonome).
- Consultation en médecine de ville ou hospitalière¹⁹.

Pour une douleur remémorée, les individus déclarent en moyenne 1,34 réactions. Les réactions sont parfaitement partagées entre consultations (66% la déclarent) et réactions non médicalisées *stricto sensu* (68% décomposé en 40% déclarant des attitudes d'attente et 28% des comportements d'automédication).

¹⁸ Voir le point 1 de l'*annexe 16*.

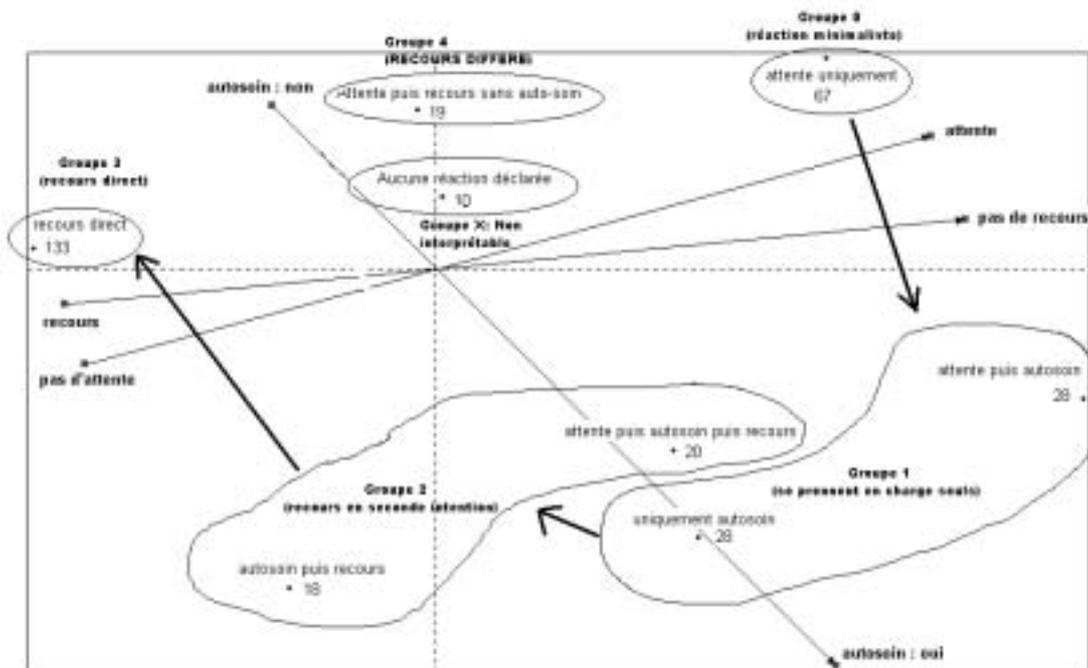
¹⁹ Ces deux recours médicalisés seront ici jugés comme équivalents. En effet, maintes études ont montré que, si pour les populations aisées, le choix entre consultation libérale et consultation hospitalière se fonde souvent sur les critères d'urgence et de gravité ressenties par la douleur, une telle distinction n'est pas valable pour les plus démunis.

1.2. Les logiques de réactions à un épisode douloureux

Les individus témoignent d'une grande diversité de réactions à la douleur, puisqu'ils tendent à les combiner²⁰. Une Analyse des Correspondances Multiples (décrite au point 3 de l'annexe 16) permet de mieux saisir la diversité des logiques de prise en charge d'un épisode douloureux.

Le premier plan factoriel (ci-dessous) résume 84% de l'information du nuage. Il discrimine les individus selon deux critères : s'ils ont ou non consulté sans attendre et s'ils ont ou non pris en charge leur douleur.

Graphique n°29 : Logiques de réactions à un épisode douloureux



Source : Enquête Préaloc du CREDES

Le graphique distingue clairement cinq grands groupes :

- 133 individus – soit 41% des individus concernés – déclarent un **recours direct** aux structures médicales.
- 19 individus – soit 6% des individus concernés – ont eu un **retard différé** au médecin.
- 38 individus – soit 12 % – ont **recouru en seconde intention**, c'est à dire qu'ils ont dans un premier temps tenté de pallier eux-mêmes leur douleur par l'automédication puis, devant un probable échec, ils s'en sont remis aux structures médicales.

²⁰ Voir point 2 de l'annexe 16.

- 56 individus – soit 17 % des individus se remémorant une douleur dans les 12 derniers mois – ont **pris en charge seuls** leur douleur sans consultation préalable (automédication). Ce groupe témoigne d'un comportement actif et sans délégation aux structures médicales.
- Enfin, ils sont 67 – soit 20% de la sous-population – à avoir adopté un **comportement minimaliste** d'attente. Par ailleurs, il est probable que les 10 individus n'ayant indiqué aucune réaction à cet événement douloureux (4%) soit proche de cette logique.

Les résultats statistiques concordent fort bien avec les logiques de prise en charge repérées dans les entretiens et leur fréquence relative. Elles permettent également de comprendre la sévérité accrue rencontrée dans les maladies des précaires (ORL,...). Si 40% des patients se sont adressés, sans trop attendre, à un médecin lorsqu'ils ont perçu une douleur *difficile à supporter*, nombreux sont ceux qui ont retardé les soins ; soit qu'ils aient jugé que « *ça passerait tout seul* », soit qu'ils aient préféré traiter eux-mêmes leurs troubles.

Ils sont conscients des graves conséquences que peuvent engendrer de tels retards. Pour les expliquer, ils invoquent (et, par là, légitiment) soit des contraintes qui pèsent sur leur accès aux soins – problèmes financiers²¹, absence de protection sociale ou stigmatisation de leurs conditions – soit des choix individuels – relativisation (et valorisation) de la douleur, confiance limitée en la médecine ou inutilité du recours (*logique d'abandon de soi* ou, au contraire, de toute puissance du corps).

Enfin, il faut souligner l'importance des comportements d'automédication puisque 30% des sujets ont notifié de telles pratiques. Ce point sera approfondi par la suite.

1.3. Des modes de réactions différenciés selon le type de douleur

Selon les sociétés et les cultures, l'intérêt porté aux différents organes ou parties du corps est plus ou moins grande²². De telles différences dans la perception et l'approche du corps jouent naturellement sur les comportements individuels selon la nature et la localisation des maux. Sur la base de notre échantillon de patients de centres de soins gratuits, il sera donc intéressant de voir comment se modulent les réactions en fonction de la localisation douloureuse.

Pour ce faire, la méthode de l'Analyse Factorielle des Correspondances²³ permettra une interprétation simple et lisible du tableau de contingence croisant les 4 principales logiques de prise en charge avec la localisation du foyer douloureux²⁴. Une telle démarche est légitimée par le fait que la somme des lignes et la somme des colonnes ont un sens dans ce tableau

²¹ En particulier pour les spécialités médicales onéreuses comme le dentaire, l'ophtalmologie...

²² P. Adam, C. Herzlich, *Sociologie de la maladie et de la médecine*, 1994, Editions Nathan.

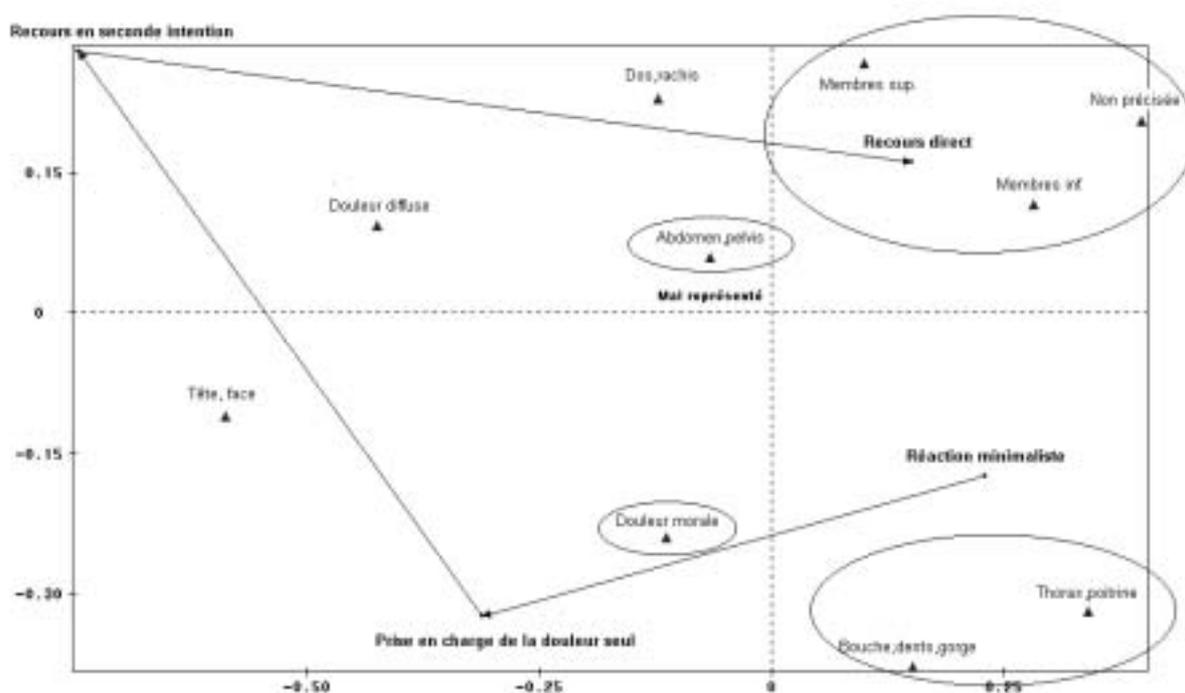
²³ Il s'agit d'un type d'analyse de données proche de celle déjà utilisée jusqu'ici (ACM).

²⁴ Les localisations de la douleur étaient exprimées dans les propres mots du patient. Ils ont donc fait l'objet d'un recodage *a posteriori* par les soins du Docteur Hervé Picard. Pour une description et une analyse des fréquences des différents foyers douloureux, le lecteur pourra consulter *l'annexe 17*.

croisé : la première représente la proportion de chaque type de douleur sur l'ensemble des douleurs déclarées alors que la seconde s'interprète comme la propension à une réaction quelle que soit le type de douleur ressentie.

Les deux premiers axes résument à eux seuls 90% de l'inertie totale du nuage ; le premier discrimine les douleurs occasionnant une propension forte à l'automédication, et le second distingue les individus selon qu'ils aient ou non recouru à un médecin.²⁵

Graphique n°30 : Logiques de prise en charge de la douleur selon sa localisation.



Source : Enquête Précalog du CREDES

La projection des localisations de la douleur sur ce plan factoriel permet de distinguer :

- Les douleurs fréquemment « enterrées » par les individus : douleurs au thorax et à la poitrine (pourtant généralement considérées comme très angoissantes), problèmes dentaires et ORL. Face à ce type de problèmes, ils pratiquent facilement la « politique de l'autruche » en adoptant des comportements minimalistes.
- A l'opposé, les douleurs aux membres supérieurs et inférieurs ainsi que les localisations « non précises » (qui s'avèrent souvent être des états, extrêmement douloureux, de manque alcoolique ou toxicomaniaque) alarment les patients au point qu'ils préfèrent aller directement consulter.

²⁵ La description précise des axes et de la qualité de représentation se trouve à la fin de l'annexe 17.

Entre ces deux profils extrêmes, s'intercalent les autres localisations de la douleur qui donnent lieu à des réactions hybrides et plus nuancées :

- Les réactions face à une douleur dorsale ou lombaire sont, en termes de mobilisation médicale, assez proches des douleurs aux membres supérieurs et inférieurs. Ceci avalise la thèse selon laquelle un individu en situation de précarité recourt rapidement aux structures médicales dès lors que sa douleur se révèle invalidante pour son autonomie de mouvements. Une forme prononcée de peur du handicap, fortement exprimée dans les entretiens, sous-tend donc la plus forte mobilisation pour les douleurs susceptibles d'affecter leur mobilité et leur motricité. Plus que par l'intensité ou la durée de la douleur, c'est davantage le fait de se sentir handicapé ou de pouvoir le devenir qui motive les individus à prendre en considération et en charge leurs troubles.
- En revanche, la douleur morale, très présente, est subie dans l'attente ou l'automédication. Souvent, les patients font état d'une détresse psychologique lancinante et pérenne contre laquelle ils se déclarent plus sensibles et plus impuissants que face aux maux strictement physiques. Ne parvenant pas à les traiter durablement – soit que différentes thérapies aient échouées, soit qu'ils ne parviennent à se résigner à entreprendre ou à suivre un traitement psychiatrique de fond –, ils adoptent des comportements passifs ou de soulagement médicamenteux ponctuel. Du reste, il est probable qu'étant donnée la forte exposition des précaires à la toxicomanie et aux épisodes anxio-dépressifs, ils aient acquis une certaine connaissance des effets et posologies des différents calmants et/ou antidépresseurs. De tels phénomènes se trouvent fortement confortés par l'analyse des entretiens.
- Les douleurs à la tête ou à la face font fréquemment l'objet d'une prise en charge individuelle, en première instance. Cependant, les réactions postérieures à ce premier traitement diffèrent. Certains se seront contentés de l'auto-soin alors que d'autres, devant l'inefficacité de l'automédication iront finalement consulter un médecin.

Enfin, les liens étroits qui peuvent exister entre rapport au corps et capacité au travail, bien qu'assez minoritaires, sont apparus comme le *leitmotiv* des recours aux soins de 6 individus. Pour **Mounir, Henri, Pierre** et **Jamad** (qui exercent ou exerçaient des travaux ouvriers) ainsi que chez **Laeticia** et **Marina** (étudiantes), les comportements « d'écoute » et de prise en charge des troubles corporels sont presque exclusivement liés à la gêne ressentie au travail.

2. Observance des prescriptions et propension à l'automédication

De manière générale, les prescriptions de médicaments semblent bien respectées. Plus de 80% des personnes ayant eu, lors de leur dernière consultation médicale, un traitement à suivre déclarent l'avoir scrupuleusement respecté. Cependant, les entretiens mettent en exergue des spécificités propres aux conditions de vie, aux expériences passées, à la perception de soi et de la médecine qui pèsent sur les attitudes à l'égard des médicaments.

2.1. Déterminants économiques de l'observance des prescriptions

Les individus déplorent fortement les déficiences économiques qui pénalisent l'accès aux prescriptions. Si le poids financier est objectivement associé à un moindre recours médical et à l'impossibilité temporaire de réaliser des examens complémentaires coûteux (radiographie, analyse de sang, consultation complémentaire chez un spécialiste...), il semble moins peser sur l'obtention des médicaments (une fois prescrits). Bien que l'avance de frais apparaisse comme facteur contraignant, elle ne semble que marginalement responsable d'un renoncement ou d'une restriction dans le suivi d'un traitement médicamenteux de court terme. Même les individus parmi les plus démunis en termes de protection sociale et de ressources parviennent *via* différentes stratégies à se procurer des médicaments : grâce à des amis, à des dons d'organisme de santé ou encore en se présentant comme « SDF » chez différents pharmaciens. Nous ne prétendons pas ici que la barrière économique n'est pas réelle et fortement contraignante mais plutôt qu'elle se mêle à d'autres éléments pour expliquer une mauvaise ou une non-observance.

Ainsi, la forte mobilité géographique et l'instabilité des conditions de logement apparaissent comme une barrière au suivi des traitements médicamenteux. Oublis, difficultés à s'approvisionner régulièrement et à respecter scrupuleusement les posologies sont souvent imputés aux conditions de logement et à l'urgence du présent. De tels phénomènes s'observent particulièrement pour les traitements de long terme. Cependant, l'irrégularité de l'observance est alors aussi attribuée à un sentiment de lassitude, d'impuissance ou de doutes dans la guérison.

Enfin, il faut ajouter qu'à la mauvaise observance partielle dans le temps se mêle des attitudes d'observance limitative de la prescription. Devant une liste assez longue de médicaments, certains individus vont choisir de prendre tels médicaments et pas tels autres, alors même qu'ils sauraient être complémentaires. Parmi eux, nombreux sont ceux qui tendent à privilégier les médicaments à visée analgésique rapide plutôt que ceux dont l'effet traite plus lentement la cause du mal.

2.2. Déterminants individuels et culturels de l'observance des prescriptions

De nombreux individus semblent appliquer l'omnipotence du présent, caractéristique de la dégradation de leurs conditions de vie (« avenir myope »), au suivi des prescriptions médicamenteuses : priorité donnée aux traitements de la douleur plutôt qu'à ses causes réelles ; ou encore arrêt prématuré dès amélioration de l'état de santé.

Certains entretiens découvrent des représentations et pratiques héritées de la famille, ou plus généralement, du milieu socioculturel. L'emploi et la croyance en l'efficacité de « *vieilles recettes de grand-mère* » pour soigner les petits maux (tisanes, cataplasmes, pommades à base de plantes concoctés par leurs soins et auto-administrés) semblent particulièrement développés parmi les individus originaires de la Bretagne populaire, des régions rurales du Poitou ou encore parmi les gitans et africains. Très souvent, de telles pratiques sont conjuguées à des recours ponctuels passés ou présents aux médecines parallèles type *rebouteux, guérisseurs, marabouts...* Cependant, les individus conçoivent de telles pratiques comme un complément et non un substitut à la médecine moderne.

D'autre part, le rejet ou la méfiance vis à vis des médicaments ne concernent souvent qu'un type circonscrit de prescriptions. Dans les entretiens, il s'agit principalement de deux classes de pharmacopées :

- *Les thérapeutiques à visée psychiatrique (type neuroleptiques, antidépresseurs...)*. Cette défiance, très marquée chez certains (**Laurent, Florent, Nordine, Solange**), est à rapprocher d'un lourd passé psychiatrique personnel ou familial – ayant donné lieu à de nombreux passages traumatisants en institutions et à une forte sur-médication – et de consommations intenses, passées ou présentes, d'alcool et de drogues.
- *Les antibiotiques*. Une telle méfiance est articulée à deux modes de représentations différentes. D'une part, pour les moins démunis (**Fabienne...**), ces traitements sont jugés comme « *agressifs* » et « *trop violents* » pour l'organisme et sont remplacés par des médecines jugées « *plus douces* » (acupuncture, homéopathie...). L'idée que le corps « *doit se soigner tout seul* » et que l'usage des antibiotiques « *affaiblit la résistance biologique* » est davantage avancée par les publics les plus démunis. Les cas où la toute-puissance du corps est mise en avant correspondent surtout aux individus dont les assises identitaires résident principalement dans l'adversité face aux souffrances (cf. « *en souffrant, j'ai appris à vivre* »).

Ce serait donc l'incompatibilité entre les « *thérapeutiques soustractives* » – qui consistent à expulser le mal, à le retirer – et un « *mode de définition de soi cristallisé sur la douleur et la résistance* » qui expliquerait, pour partie, la réticence à ce type de médicaments.

2.3. Automédication

C'est le plus souvent cette même sous-population qui se caractérise par une tendance nette à prendre en charge seule ses problèmes de santé par des comportements d'auto-soin. Le lien entre problèmes dans l'enfance et de tels comportements n'a été que très rarement esquissé. Cependant, à la vue de leur biographie, deux facteurs antagonistes peuvent expliquer de telles démarches. D'un côté, le fait que ces individus aient été prématurément livrés à eux-mêmes peut expliquer leur refus de prise en charge et leur souci de régler seuls leur problème puisqu'ils se sont toujours « construits seuls face aux difficultés ». D'un autre côté, les troubles relationnels conjugués à la précarité de leur situation actuelle ont pu induire méfiance, repli sur soi et laisser-aller s'incarnant en particulier par une réaction minimale à un problème de santé (pallier les douleurs). Cette dernière assertion apparaît comme la plus convaincante, d'autant plus que le comportement d'auto-soin est souvent accompagné d'une surconsommation passée ou récente d'alcool et/ou de drogues (pour plus de la moitié d'entre eux). Ce constat doit être cependant imputé aux seuls hommes français puisque femmes et étrangers²⁶, au contraire, se révèlent nettement plus prudents.

C) Rapport aux structures médico-sociales

1. Logiques de confiance, méfiance ou défiance à l'égard des soignants

1.1. Peur et méfiance à l'égard du médecin comme expression d'une asymétrie d'informations

Des sentiments exacerbés d'appréhension à l'idée de passer devant « les blouses blanches » peuvent être responsables de retards conséquents ou de renoncements dans le fait de recourir à un médecin. Le tableau n°16 (page suivante) montre que, dans notre échantillon, seul un individu sur huit déclare une forte appréhension à l'idée d'aller consulter un médecin. Cependant, un tel résultat minimise probablement la proportion réelle d'individus ayant une crainte de la consultation, et ce, pour deux raisons :

- La non-réponse élevée à cette question (9%) laisse présager que les individus n'ayant su trancher cette question sont des personnes plutôt anxieuses à l'idée de consulter.
- Il est probable qu'il existe un phénomène de biais déclaratif. En effet, déclarer une peur vis-à-vis du médecin peut être interprété individuellement comme une dévalorisation de son image.

²⁶ Pour la plupart d'origine maghrébine.

Tableau n°16: *Appréhension face à une visite médicale*

Peur d'aller chez le médecin?		
	Effectif	Pourcentage
Oui	76	12,88
Non	461	78,14
Non réponse	53	8,98
Total	590	100

Source : Enquête Précalog du CREDES

Le facteur le plus explicatif de cette appréhension²⁷ s'avère être le nombre de problèmes affectifs déclarés pendant l'enfance. Plus un individu exprime une enfance douloureuse et plus la peur du médecin est ancrée – 10% parmi les individus ne notifiant aucun problème affectif juvénile, 14,5% pour ceux qui en déclarent 1 à 2 et 20% pour ceux qui en déclarent au moins 3. Un tel résultat suggère l'idée qu'une fragilisation juvénile s'incarne dans les représentations et les logiques de mobilisation à l'âge adulte ; les sentiments d'anxiété et de mal-être contraignant les manières de prendre soin de soi.

Par ailleurs, le manque d'informations, d'explications et de contacts humains des médecins est très fréquemment reproché, dans les entretiens (**Laeticia, Patrick, Laurent, Pierre, Fabienne...**). Il amène les individus à mettre en valeur les qualités d'écoute, de soutien, d'accueil du personnel des centres de soins gratuits fréquentés. Nos interlocuteurs sont donc particulièrement sensibles à l'asymétrie d'informations qui existe dans la relation patient-médecin, et ce d'autant plus qu'ils ont déjà une image d'eux-mêmes dévalorisée. Leurs attentes dans l'interaction avec le médecin est à rapprocher d'une *demande affective implicite* émanant d'individus perdus ou isolés (voir plus loin au point 2).

Si une telle asymétrie d'information apparaît assez peu influente sur la décision de consulter un médecin, elle tend à s'incarner par des postures de méfiance et semble avoir une grande importance sur le choix des structures de soins, ainsi que sur le fait d'observer des prescriptions (« *si on me dit pas à quoi ça sert, moi je le prends pas* »).

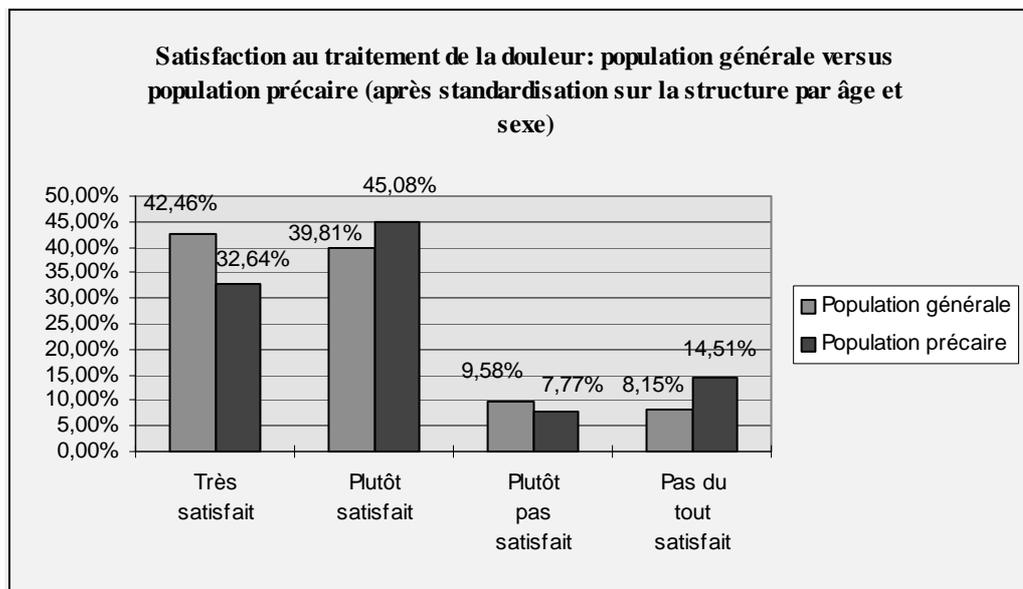
1.2. Méfiance ou défiance liée aux expériences de santé

A première vue, le niveau général de satisfaction des précaires au traitement d'un épisode douloureux est semblable à celui de la population générale (78% sont très satisfaits ou plutôt satisfaits contre 82% dans l'échantillon issu du baromètre santé). Cependant, l'analyse détaillée des réponses – graphique 31 ci-dessous – indique que des logiques de défiance sont plus ancrées parmi les précaires. Comparativement à la population générale – et à structure d'âge et de sexe rendus comparables – ils expriment moins facilement une totale

²⁷ i.e. niveau de significativité du test d'indépendance du Chi-Deux le plus élevé.

reconnaissance (32,5% contre 42,5% en population générale) alors qu'ils n'hésitent pas à exprimer un profond mécontentement (14,5% contre 8% dans l'échantillon Baromètre Santé).

Graphique n° 31: Comparaison standardisée entre les degrés de satisfaction des patients précaires à une population générale lors du traitement médical d'un épisode douloureux.



Sources : Enquête Précalog du CREDES & Baromètre Santé 2000 du CFES

Les problèmes marquants de santé sont fréquemment évoqués chez la majorité de nos interlocuteurs. Cependant, il est assez rare que les événements de santé dans l'enfance ou dans l'adolescence soient associés à une mise en cause parentale (négligence, maltraitance manque d'écoute...). C'est davantage le sentiment d'avoir été mal soigné ou qu'un proche ait été mal soigné qui introduit une défiance certaine dans les recours aux soins et leur sélection. Cependant, cette méfiance reste en général circonscrite à un groupe de soignants (par exemple les médecins généralistes ou les psychiatres). Cette mise en cause d'un groupe soignant est véhiculée par trois principaux événements :

- n'avoir pas pris au sérieux ou n'avoir pas détecté un problème qui s'est avéré par la suite gênant ou grave (le panaris de **Jacky**, l'appendicite de **Betty** pendant sa grossesse qui a coûté la vie à son bébé...) ;
- avoir subi de mauvais traitements (enfermement et traitements durs en hôpital psychiatrique pour **René** et **Solange**) ou un traitement inadapté, n'arrangeant rien voire empirant les choses (opération de **Joseph** pour ses kystes hépatiques, mort de la mère de **Zita** attribuée à l'incompétence des médecins...)
- avoir le sentiment d'une stigmatisation des conditions de précarité (qui, en réalité, se rapproche davantage d'une stigmatisation des comportements toxicomaniaques).

2. Prise en charge, demande affective et sentiment de dévalorisation

2.1. Rapport aux personnels soignants

Les comportements à l'égard du personnel des institutions pour personnes démunies diffèrent selon les individus.

Le rapport de l'Institut de l'Humanitaire²⁸ élabore une typologie dynamique des formes que peut prendre le rapport aux centres de soins. Il décrit des « idéal-types » fortement liés à la fidélisation au centre ainsi qu'à l'ancienneté de la situation de précarité.

- La fréquentation ponctuelle, due à de récentes difficultés économiques, est généralement caractérisée par une *distanciation* prise par le patient. Cette visite, ancrée dans le « *non-choix* », souligne leur déclassement social et certains souffrent d'humiliation. Au contraire, d'autres mettent en avant le *pragmatisme* de leur démarche et, rationalisant l'aspect passager de ce recours, se protègent de toute dégradation de leur image.
- Une fréquentation régulière de ces structures, devant la persistance de la précarité, mène à deux grands types de comportements : l'installation d'une *relation de prise en charge*, caractérisée par la création de liens interpersonnels dépassant souvent le cadre médical et le respect des règles du centre ou la *revendication de la prise en charge*, les individus mettant en avant leur position d'ayant-droit et réclamant avec défiance, sans respecter les règles internes du centre, à être soignés.
- Enfin, une fréquentation instable est souvent le propre de personnes très déstructurées socialement, moralement et psychologiquement. Certaines se maintiennent volontairement hors des institutions. Ils portent peu d'attention au respect des normes en vigueur, et consultent avec méfiance. Le suivi et la réussite des traitements sont, du fait de l'état très avancé de désocialisation des individus, minimes.

Les entretiens effectués par le CREDES permettent d'approfondir la relation patient-personnel au sein des structures pour démunis. Schématiquement, plus les patients manifestent de demandes de reconnaissance ou de relations « humaines » et plus ils semblent dépendants des institutions qui les prennent en charge.

- Dans un premier groupe (4 femmes, 5 hommes), les 9 patients gèrent dans l'ensemble leurs rapports avec les centres de soins et autres institutions sans sembler en être dépendants. Pourtant certains vivent dans une grande précarité depuis longtemps.

Par exemple, **Henri**, un rempailleur de 53 ans qui vit avec le RMI dans un « squat » est un enfant de la DDASS qui a connu la prison, les foyers et un nombre impressionnant d'accidents. Pourtant, il vit bien en faisant la manche, met son RMI sur son CCP et se

²⁸ P. Chauvin P., M. Guignet, J. Lebas, G. Menahem, I. Parizot, N. Pech, *Trajectoires de précarité, état de santé et accès aux soins*, 1999, Institut de l'Humanitaire.

débrouille entre ses passages dans son « *squat* » et des séjours périodiques à l'hôpital qu'il sait provoquer « pour faire avancer son dossier RMI ».

- Dans le second groupe, les quinze personnes (3 femmes, 12 hommes) manifestent à des degrés divers des problèmes de reconnaissance de leur identité. Retard aux soins, mauvaise observance et auto-soin sont caractéristiques de cette sous-population. Fréquemment, ce sont des individus qui nous ont déclaré manquer d'affection (hier comme aujourd'hui) et dévoilent une image noircie d'eux-mêmes qui s'inscrit dans une logique de prise en charge. Ils soulignent la sympathie et le temps accordé à les écouter, éléments qu'ils sont soulagés de trouver dans ces structures. Du reste, certains passent régulièrement au centre, indépendamment des problèmes de santé, pour « *prendre un café* » et « *parler un peu* ». Le centre est avant tout perçu comme un repère de socialisation.

2.2. Non-choix et stigmatisation des conditions de vie

Dans la majorité des cas, le recours aux centres gratuits est un choix par nécessité (un « non-choix »), ce qui joue dans le retard aux soins (on y va lorsqu'on n'en peut plus). On peut distinguer deux niveaux d'influence de la situation de précarité sur les logiques de recours aux soins (niveaux contradictoires) :

- **Hier** : C'est la méconnaissance de l'existence d'une telle possibilité de recours (gratuité, anonymat possible...) ou encore des démarches pour obtenir des droits sociaux qui sont souvent mis en avant pour expliquer le retard aux soins. Parallèlement, beaucoup d'individus jugent les médecins selon le caractère désintéressé de leur activité (« *à l'hôpital, au moins ils travaillent pas pour les sous* »²⁹). L'expérience d'un rejet par la médecine du fait de la situation de précarité est assez rarement évoquée et concerne, en général, les spécialistes (**Patrick, Zita, Betty, Fabienne et Florent**). C'est davantage la peur ou la certitude qu'ils seront « *traités différemment* », du fait de leur « *habillement...* », qui les incite à renoncer à certains soins (en particulier les soins dentaires et les troubles concomitants aux toxicomanies).
- **Aujourd'hui** : En revanche, ce recours dans un centre gratuit peut être vécu (et explicité) comme la résultante d'une **contrainte** dite temporaire et paradoxalement en limiter l'accès : on l'utilise avec parcimonie, faute de pouvoir choisir un autre recours ou pour un usage circonscrit.

Pour certains, la dévalorisation de soi par l'image stigmatisante que véhicule un tel recours peut être aggravée. Même si les individus soulignent les qualités d'accueil et d'écoute, rares sont ceux qui, si la précarité ne les y avait contraints, auraient choisi un tel recours. Pour renverser le stigmate, nombreux sont les patients qui insistent sur le caractère éminemment temporaire de l'utilisation de ces structures. Beaucoup insistent, dans leur

²⁹ Zita.

discours, pour se démarquer « *des gens de la rue* » – en soulignant toutefois qu'ils « *n'ont rien contre eux, au contraire...* » – : « *je pensais pas que je pouvais y accéder* » ; « *ça m'embête un peu parce que c'est pour les pauvres* ».

Partie III. : Les logiques de recours aux soins et leurs déterminants

(Pour cette partie, j'ai bénéficié des conseils méthodologiques et interprétatifs de Georges Menahem et Hervé Picard)

Saisir les *modes de mobilisation médicalisée face à des problèmes de santé* demeure complexe tant les éléments intervenant dans ces modes de prise en charge sont nombreux, interactifs et imbriqués de manière complexe : rapport au corps et aux risques, représentations de la maladie et des systèmes de soins, image de soi...

L'enjeu de cette partie sera donc de saisir au mieux les principales formes de rapport aux soins présentées par les patients, d'en analyser les spécificités puis d'en chercher les déterminants sociaux, psychologiques et économiques.

Grâce à une batterie riche et multiforme d'informations, nous pourrons avoir une vision **globale** des comportements individuels en matière de soins (renoncement déclaré à des soins, observance des prescriptions, réaction à un épisode douloureux, attitudes vis à vis de problèmes ORL ou dermatologiques éventuellement détectés...). Après avoir explicité la méthodologie mise en oeuvre afin de combiner ces différentes dimensions médicales, nous pourrons différencier plusieurs *logiques de recours aux soins* qui s'intègrent dans le cadre plus global du rapport à la santé, au corps et aux institutions médico-sociales (**sous-partie A**). Puis, à l'aide de méthodes de régression, l'objectif sera de comprendre quels sont les déterminants influant sur la propension à adopter telle ou telle *logique de recours aux soins* (**sous-partie B**). En particulier, l'enjeu sera de distinguer les poids relatifs que peuvent avoir les déterminants exogènes de la précarité (protection sociale, déficiences économiques, instabilité du logement...) et les déterminants endogènes (fatalisme et dévalorisation de son image, conduites ordaliques incarnées dans une moindre capacité ou un déni de l'utilité de prendre soin de sa santé). Une telle approche permet d'insérer la recherche des mécanismes d'une moindre utilisation des structures médicales dans un cadre de politique sociale : faut-il agir sur les contraintes matérielles des individus et les inégalités objectives d'accès aux soins ou bien le renoncement s'explique-t-il davantage par la structure de personnalité des individus conséquente à la situation de précarité (sentiment d'isolement, logique de méfiance ou de défiance, non écoute de son corps...) ? Les résultats avancés feront alors pencher la balance plutôt vers l'amélioration de l'accès aux soins (thèse en faveur de la Couverture Maladie Universelle) ou plutôt vers une amélioration de la prise en charge du patient (allant davantage dans le sens du maintien voire du développement des centres « précarité » qui assurent parallèlement à son rôle médical un intense travail d'écoute et de sociabilité).

A) Les logiques de recours aux soins

1. Objectifs et méthodologie

1.1. Une vision globale des rapports aux soins

Le questionnaire *Précalog* fournit une batterie de huit indicateurs pertinents qui permet d'approcher les comportements des personnes en situation de précarité face aux soins, selon de multiples dimensions (voir le questionnaire en annexe 2) :

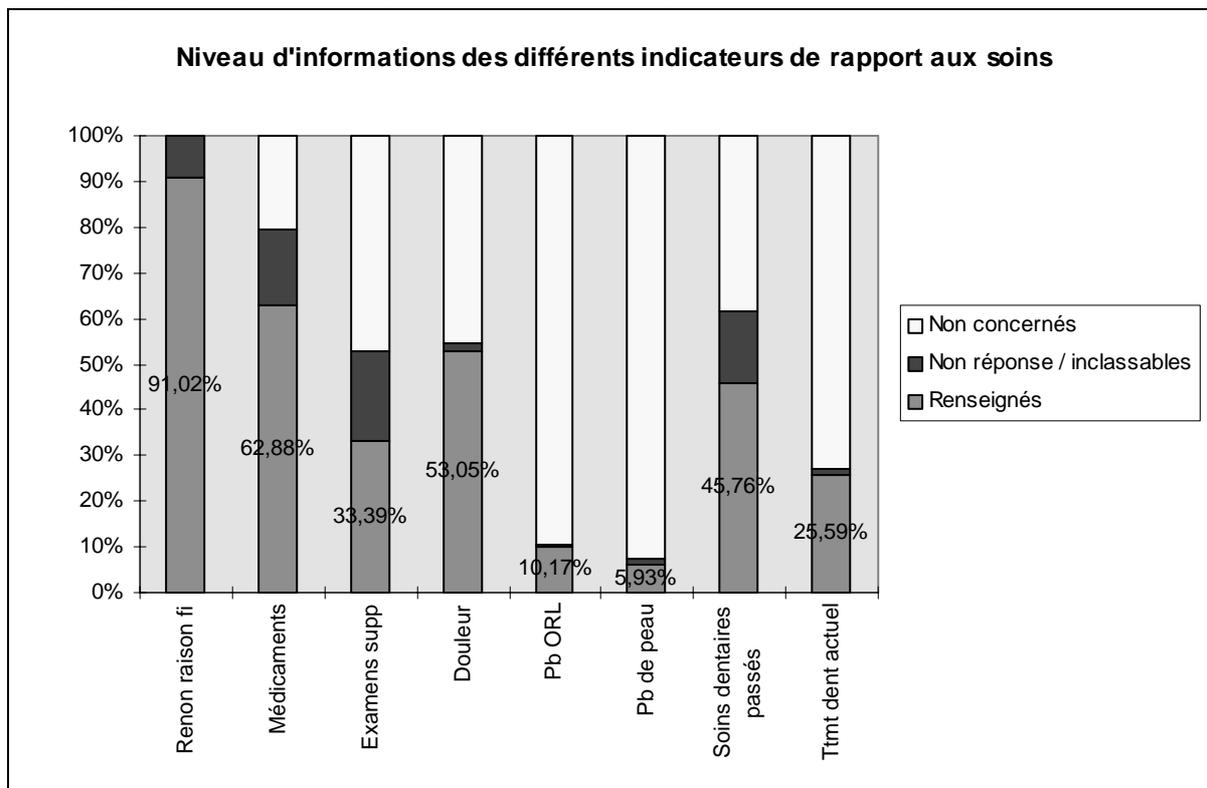
- Q. 15 : le renoncement à des soins pour des raisons financières (*non, 1 renoncement, 2 ou plus*);
- Q. 16.1 et 16.3 donnant la typologie décrite au point B.1.2 de ce chapitre : réaction à un épisode douloureux (*recours direct, recours différé, non recours*) ;
- Q. 17.1 et 17. 2 : le rapport à une prescription de médicaments (*observance totale, observance partielle, non observance*),
- Q. 17. 3 : le rapport à une prescription d'examen d'approfondissement (*observance, non observance*) ;
- Q. 24.1, 24.2 et 24.3 : l'historique d'un problème ORL détecté pendant la consultation (*recours, non recours*) ;
- Q. 24.4, 24.5 et 24.6 : l'historique d'un problème de peau détectée pendant la consultation (*recours, non recours*) ;
- Q. 27.1 et 27.2 : les soins dentaires passés (*remplacement de toutes les dents manquantes, remplacement insuffisant des dent manquantes, non remplacement des dents manquantes*)
- Q. 27.4 : le consentement à aller chez le dentiste lorsque l'examen dentaire a fait apparaître la nécessité de soigner des caries ou de mettre en place des prothèses (*oui, ne sais pas, non*).

A partir de ces informations riches et variées, le but est de réaliser une typologie des logiques de recours aux soins – et ce, afin de pouvoir par la suite, expliquer par des modèles de régression ce qui entrave ou au contraire favorise ces différentes logiques.

1.2. Une information multiforme, inégale et hybride

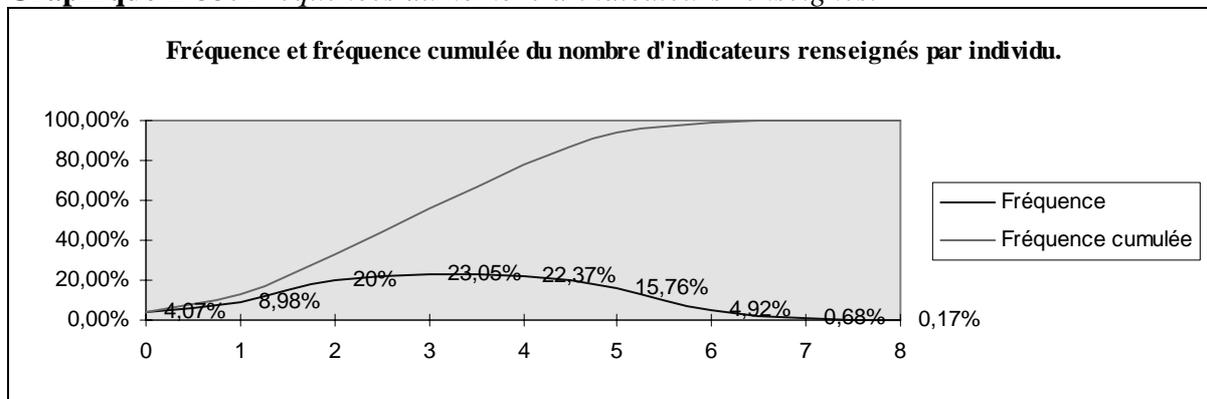
Cependant, comme le montrent les deux graphiques suivants, ces différentes informations ne sont pas renseignées de manière homogène, que ce soit en termes de nature (*graphique 32*) ou de quantité d'informations (*graphique 33*).

Graphique n°32: Pourcentages d'individus renseignés sur nos 8 indicateurs.



Source : Enquête Précalog du CREDES

Graphique n°33: Fréquences du nombre d'indicateurs renseignés.



Source : Enquête Précalog

Le principal écueil à la construction d'une typologie des attitudes à l'égard des soins est bien la grande variabilité des informations individuelles sur leur rapport aux soins, tant en quantité qu'en type d'informations. Devant une telle hybridité, il a fallu sélectionner les individus dont on considère qu'ils ont une information suffisante **et** comparable, permettant ainsi de témoigner d'une vision globale des logiques de recours aux soins.

1.3. Méthodologie

Méthodologie de construction des types homogènes de rapport aux soins.

Objectif :

Le but est de réaliser, à partir des huit principaux indicateurs comportementaux, une typologie des logiques de rapport aux soins – et ce, afin de pouvoir par la suite, expliquer par des modèles de régression, ce qui entrave ou au contraire favorise ces différents comportements.

Problèmes :

Un niveau « numérique » d'informations inégal: les individus ont renseigné de 2 à 6 questions sur leurs comportements face à un problème de santé. De plus, les différents indicateurs sont très inégalement renseignés.

Une information hybride : nous disposons d'informations qui, si elles renseignent toutes sur le rapport des individus aux soins, n'en demeurent pas moins très hétérogènes : réaction à la douleur, attitude face à des problèmes dentaires, face à l'observance... Or, renoncer à soigner une carie ne relève pas de la même logique que d'ignorer une douleur intense ou bien encore refuser de prendre des médicaments prescrits.

Résolution :

A la vue des fortes inégalités tant en termes de richesse que de nature de l'information individuelle, nous ne pouvons nous permettre ni de nous avancer sur les logiques d'individus mal renseignés, ni de rendre comparable des logiques qui ne le sont pas de par les différences de la nature de l'information disponible.

Le choix a donc été fait de ne raisonner que sur les seuls individus ayant une information à la fois complète et de nature homogène.

Etape 1 : rapprochement des huit indicateurs en quatre grandes dimensions.

Si certains indicateurs se révèlent fortement hétérogènes et ne peuvent donc s'interpréter de manière uniforme, d'autres peuvent être rapprochés. Ainsi, nos huit indicateurs peuvent se résumer en quatre grandes dimensions : le renoncement à des soins pour des raisons financières, le comportement face à une douleur et/ou une maladie décelée par l'individu, la réaction face à un problème dentaire, et enfin l'observance d'une prescription médicale.

Nous créons alors quatre variables dichotomiques qui nous indiquent si l'individu a ou non fourni au moins une information sur chacune de ces dimensions.

Etape 2 : analyse multidimensionnelle des groupes d'information et sélection de la population

A partir de ces quatre variables, nous pouvons, à l'aide d'une analyse des correspondances multiples couplée à une classification ascendante hiérarchique, constituer des groupes homogènes d'information. L'étude de ces classes nous permet de filtrer notre population d'intérêt, c'est à dire les individus pouvant se prêter à une conceptualisation en termes de logiques de rapports aux soins. Le critère de sélection de notre population – les dimensions du renoncement pour raisons financières, de la réaction face à une douleur ou une maladie et la dimension de l'observance doivent être nécessairement renseignés – s'est voulu volontairement drastique afin d'obtenir des groupes très interprétables et se révélant fiables à des modélisations par les méthodes de régression

Etape 3 : analyse multidimensionnelle et obtention de types homogènes de rapport aux soins

Pour cette population, nous caractérisons de manière simple les comportements individuels sur chacune de ces dimensions. Puis, à l'aide d'une classification ascendante hiérarchique précédée d'une analyse des correspondances multiples sur les trois dimensions d'intérêt, nous obtenons des groupes homogènes et parfaitement interprétables de rapport aux soins.

1.4. Restreindre la population pour mieux cerner les logiques

- *Groupes d'informations et restriction de la population*

Par l'application conjuguée d'analyse de données et de classification, nous avons pu distinguer 8 classes d'individus selon leur niveau d'information sur les 4 principales dimensions³⁰. L'analyse montre que pour 3 classes – soit 144 individus –, la pauvreté de l'information afférente aux rapports aux soins (0 ou 1 dimension renseignée) rend impossible une analyse en termes de logiques. Pour 3 autres classes – 185 individus –, l'information est correcte mais jugée insuffisante pour avoir une vision réellement fiable des logiques de recours aux soins³¹.

Nous nous sommes donc restreints à deux classes (la classe 6 et la classe 7). Ces 261 individus renseignent au moins trois des quatre dimensions fondamentales : le renoncement aux soins pour raisons financières, la réaction à un problème de santé (épisode douloureux et/ou problème ORL et/ou problème de peau) et l'observance d'une prescription (médicaments et/ou examens complémentaires)³².

- *Modes d'évaluation des comportements sur ces dimensions de rapports aux soins*

Pour ces 261 individus, il a fallu caractériser leur rapport à chacune de ces trois – ou quatre – dimensions. Pour ce faire, on établit un *score pondéré de renoncement* ou *d'écart à la norme comportementale idéale*. Un tel score se calcule en deux étapes :

– Pour chacun des indicateurs renseignés – parmi les 8 sus cités et quelle que soit la dimension à laquelle il appartient – on administre un score de 0, de 0,5 ou de 1 selon le comportement observé. Prenons deux exemples pour mieux illustrer ce raisonnement :

Pour les individus ayant répondu à la question sur l'observance d'une prescription médicamenteuse, son score sera de 0 si il l'a scrupuleusement respectée (*observance totale*); de 0,5 si il s'est arrêté en cours de traitement ou qu'il n'a pris qu'une partie des médicaments (*observance partielle*) et de 1 s'il n'a absolument pas pris ces médicaments (*non observance*).

En ce qui concerne la réaction à un épisode douloureux, son score sera de 0 s'il a tout de suite recouru au médecin, de 0,5 s'il a recouru tardivement et de 1 s'il n'a pas recouru.

– Pour chacune des 3 (ou 4) dimensions décrites, l'individu peut avoir répondu à plusieurs indicateurs. Aussi faut-il calculer un *score pondéré* afin de rendre comparables les comportements des individus. Il suffit, pour chacune des dimensions, de sommer les scores

³⁰ Voir **annexe 19**. Pour connaître la nature de ces classes, se reporter directement au point II de cette annexe.

³¹ Pour 2 classes, seules 2 des 4 dimensions sont renseignées. Pour la dernière, 3 dimensions sont renseignées mais la dimension jugée la plus primordiale – réaction à un épisode douloureux ou à une maladie – n'est pas renseignée.

³² Sur ces 261 individus, 152 renseignent également la réaction à un problème dentaire.

partiels sur les indicateurs s'y afférant et de diviser par le nombre de questions auquel l'individu a répondu³³.

Indice de renoncement sur dimension I = (somme de score renoncement sur dimension I / nombre de questions répondues sur dimension I),
 en rappelant que pour chaque question répondue, l'individu se voit attribuer :
 0 s'il n'a pas renoncé à un soin ou à un recours,
 0,5 s'il a partiellement renoncé (recours, soins différés ou partiels)
 1 s'il a totalement renoncé.
 D'autre part, si aucune information n'est renseignée sur la dimension I, le ratio de tendance au renoncement est incrémenté à valeur manquante.

Ces quatre indices (pondérés) de renoncement sont donc compris entre 0 et 1. Plus on est proche de 0 et plus la propension au renoncement est faible ; au contraire, plus on est proche de 1 et plus cette propension est forte. Pour une meilleure lisibilité et une meilleure interprétation, ces indices ont été recodés en 3 classes :

- Pour chacune des dimensions, l'individu est jugé *peu renonçant* si il découvre un indice strictement inférieur ou égal à 0,3.
- Il est jugé *moyennement renonçant* si ce même indice est strictement supérieur à 0,3 et inférieur ou égal à 0,5.
- Enfin il dévoile une *forte propension au renoncement* si l'indice est strictement supérieur à 0,5.

2. Logiques d'adhésion, de résistance et de refus des soins

2.1. Typologie des rapports combinés aux différentes dimensions des soins

En alliant analyse de données et classifications, il est alors possible d'observer les combinaisons des comportements individuels par rapport à chacune des dimensions et ainsi de dessiner des logiques globales de recours aux soins³⁴.

La classification Ascendante Hiérarchique fournit 8 groupes particulièrement homogènes de logiques de recours aux soins (le quotient inertie inter classe sur inertie totale vaut plus de

³³ Par exemple, pour un individu ayant répondu aux deux indicateurs afférant à la dimension de « *observance d'une prescription* » : s'il a été faire les examens supplémentaires éventuellement demandés par le médecin (*i.e.* score de 0) mais n'a pas absolument pas observé la prescription de médicaments (*i.e.* score de 1), il se verra attribué un score de : $(0+1) / 2 = 0,5$. Le raisonnement est strictement identique pour calculer les indices des trois autres dimensions.

³⁴ L'Analyse des Correspondances Multiples (ACM) et la Classification Ascendante Hiérarchique se trouvent en *annexe 19*. Il est à noter qu'elles portent sur les 3 dimensions que sont *l'observance*, le *renoncement à des soins pour raisons financières* et *la réaction à une douleur ou une maladie*. La quatrième dimension, ne concernant pas tous les individus et étant jugée plus annexe – *réaction à un problème dentaire* – a été placée en variable supplémentaire (*i.e.* elle n'intervient pas dans la construction des axes factoriels et des classes d'individus).

0,9, ce qui signifie que les individus regroupés dans un même groupe sont extrêmement proches en termes de comportements vis à vis des soins).

Les huit classes obtenues – le lecteur pourra les consulter à la fin de *l'annexe 19* –, sont rangées selon la logique suivante : des individus qui renoncent les moins à des soins médicaux à ceux qui renoncent le plus fréquemment.

- **Classe 8**

Ces 46 individus présentent un comportement parfaitement homogène sur les trois dimensions étudiées. Ce sont des individus caractérisés par une propension forte à user des structures et des conseils des professionnels de la santé : dès lors qu'ils perçoivent une douleur ou une maladie, ils consultent un médecin sans différer et suivent scrupuleusement sa prescription. D'autre part, ces individus ne déclarent aucun frein financier à la réalisation des soins nécessaires.

- **Classe 5**

Ce groupe parfaitement homogène de 43 individus témoigne de comportements très proches de ceux de la classe précédente. Comme eux, l'occurrence d'une maladie ou d'une douleur donne lieu à un recours quasiment immédiat et les prescriptions médicales sont suivies à la lettre. En revanche, ils ont déclaré avoir renoncé à un soin pour des raisons financières, une fois dans l'année.

- **Classe 1**

Les 35 individus de cette classe n'ont pas strictement les mêmes comportements. Tous accusent, à deux reprises ou plus, le manque de ressources financières pour se soigner mais suivent néanmoins les prescriptions médicales. Cependant, ils révèlent des réactions hybrides en cas de douleur ou de maladie : seuls 57% d'entre eux vont, dans ce cas de figure, consulter sans plus attendre un médecin. Les autres individus, probablement par manques économiques, tendent davantage à prendre en charge ces problèmes de santé par l'automédication ou encore à attendre que la douleur passe.

- **Classe 6**

Les 30 individus de cette classe révèlent un profil mitigé en termes de recours aux soins : leur propension à ne pas recourir au médecin en cas de douleur et/ou de maladie est très forte. En revanche, ils déclarent que pendant l'année écoulée, ils n'ont jamais renoncé à un soin pour des raisons financières. D'autre part, lorsqu'ils se voient prescrire médicaments ou examens complémentaires, ils tendent à suivre ces recommandations médicales.

- *Classe 4*

Les 32 individus composant ce groupe dévoilent des attitudes à l'égard des soins très proches de celles de la classe précédente. Comme eux, ils ont une logique de recours ambivalente : une très forte propension à ne pas consulter en cas de douleur et/ou maladie mais une observance scrupuleuse des prescriptions médicales. A la différence de la classe 6, ces individus déclarent avoir été contraints de renoncer une fois dans l'année à des soins par manque de moyens financiers.

- *Classe 7*

Les 20 personnes de cette classe témoignent, eux aussi, d'une attitude à l'égard des soins assez ambivalente. D'une part, ils ont tendance à consulter directement un médecin dans le cas d'une douleur ou d'une maladie (pour 80% d'entre eux) et aucun d'entre eux ne déclare avoir souffert d'insuffisances financières pour se soigner. Cependant, ils se révèlent incapables ou averses au suivi des prescriptions médicales.

- *Classe 2*

Ces 19 individus apparaissent comme de « forts renonceurs ». Ils déclarent avoir renoncé à deux reprises ou plus à des soins par contrainte budgétaire. Ils témoignent d'une propension très marquée à ne pas suivre les prescriptions médicales, Enfin deux individus sur trois ont adopté des attitudes attentistes lors du dernier épisode douloureux, d'infection ORL ou cutanée.

- *Classe 3*

Les 36 individus regroupés dans cette classe ont des comportements similaires à ceux du groupe précédent : à savoir le sentiment d'une contrainte économique pesant sur les soins nécessités (tous déclarent avoir du renoncé à un soin dans l'année), une propension forte à ne pas suivre les prescriptions médicales (100%) et une tendance marquée au non-recours médicalisé en cas de douleur ou de maladie (53% des individus).

2.2. Trois idéal-types et cinq logiques globales de recours aux soins

A partir de ces huit groupes initiaux – très homogènes entre eux et aux comportements très finement détaillés –, il est possible de mettre en évidence 3 idéal-types de logiques de recours aux soins, à l'intérieur desquels deux sous-groupes pourront être distingués.

- *Les logiques d'adhésion, de résistance ou de refus des soins*

Nous pouvons clairement distinguer trois logiques de mobilisation face aux problèmes de santé :

- Pour 124 individus (47,5% du sous-échantillon), dès lors qu'une douleur ou un problème médical apparaît, ils ont tendance à consulter au plus vite un médecin et, lorsqu'une prescription leur a été notifiée, ils la respectent scrupuleusement. Ces individus adoptent des comportements attentifs aux stimuli corporels, témoignent d'une propension forte à médicaliser leurs éventuels troubles de santé et à considérer les diagnostics et conseils médicaux comme omniscients. Une telle attitude peut être qualifiée de **logique d'adhésion aux soins médicaux**.
- 82 individus (31,4% du sous-échantillon étudié) révèlent des comportements ambivalents à l'égard du recours et du suivi médical : si consultations médicales et observance des prescriptions en cas de problèmes de santé ne sont pas exclues, elles ne relèvent pas non plus de comportements automatiques incorporés comme *normatifs*. Soit ils diffèrent ces recours médicalisés, soit ils modulent un tel recours selon l'intensité ou la localisation de la douleur, soit encore ils consultent un médecin mais ne font finalement que peu état des conseils et des traitements prescrits. Ces individus relèvent donc de **logiques de résistance aux soins**.
- Enfin, 55 sujets (21,1% du sous-échantillon) adoptent un recours minimaliste aux structures de soins. Consultations médicales et observance des prescriptions alors occasionnées sont des démarches très marginales. Nous pourrions dire que de tels comportements se réfèrent à **une logique de refus des soins**.

- *Approfondissement des logiques d'adhésion et de résistance aux soins*

Un niveau de détails peut être ajouté pour décrire les *logiques d'adhésion* et les *logiques de résistance* aux soins.

- Parmi les 124 individus faisant montre de *logiques d'adhésion* : 89 ne déclarent aucune entrave financière à la prise en charge de leur santé alors que, au contraire, 35 sujets jugent que leurs insuffisances économiques a porté à plusieurs reprises préjudice à leurs démarches de soins (plusieurs renoncements déclarés, en particulier dans le domaine dentaire).
- Parmi les 82 sujets se référant davantage à des *logiques de résistance*, les réticences à l'égard des soins s'expriment sous deux formes différenciées. 62 patients semblent éprouver des difficultés à initier une démarche de prise en charge médicale lorsqu'ils ressentent des troubles physiques ou psychologiques. Ils tendent à voiler, relativiser ou soulager temporairement (automédication) les problèmes ressentis et à repousser les consultations jusqu'à ce que « *la douleur soit trop intense* ». De telles attitudes s'apparentent à des *logiques de diffèremment des recours* où une prise en charge médicale n'est envisagée qu'en seconde intention suivant l'aggravation (plus que la persistance) des troubles. Les 20 autres patients présentent, quant à eux, des difficultés à suivre une prescription médicale. Il semble

que si ils se déplacent chez le médecin, c'est davantage pour obtenir un diagnostic ou se rassurer sur la sévérité des symptômes. Dans une telle démarche, ils sont davantage susceptibles de se prononcer sur la nécessité ou au contraire l'inutilité de tel ou tel traitement. Ils tendraient donc à adopter des *logiques de recours ponctuel* où la consultation serait davantage perçue comme une source d'informations et de conseils et non d'un engagement strict dans une démarche de traitement médical de fond.

Tableau n° 17 : 3 idéal-types de logiques de recours aux soins décomposés en cinq types spécifiques.

Logique d'adhésion aux soins médicaux: 124 individus		Logique de résistance aux soins médicaux : 82 individus		Logique de refus des soins médicaux: 55 individus
Faible renoncement aux soins médicaux		Difficultés à initier une démarche de soins médicaux	Difficultés à suivre une prescription médicale	Fort renoncement au recours et au suivi médical
" sans grandes difficultés" : <i>89 individus</i>	"logique médicale en dépit de la contrainte financière": <i>35 individus</i>	"logique de recours différé?": <i>62 individus</i>	" logique de recours ponctuel?": <i>20 individus</i>	" Cumul des difficultés?": <i>55 individus</i>
Classe 8 et classe 5	Classe 1	Classe 4 et classe 6	Classe 7	Classe 2 et classe 3

- *Remarques sur la représentativité de ces logiques de recours aux soins :*

Les groupes décrits permettent une vision exhaustive des logiques de recours. Cependant, les proportions observées d'individus adoptant tel ou tel rapport aux soins ne sauraient refléter la réalité de notre échantillon – et à plus forte raison de la population des consultants de centres de soins gratuits.

En effet, la construction de ces idéal-types s'est opérée sur le sous-échantillon qui renseignait un maximum d'informations sur leurs comportements de soins (observance, réaction à un épisode douloureux, renoncement aux soins). La probabilité d'intégrer des individus qui ont régulièrement recours aux structures socio-médicales est donc plus forte ; alors que les chances de prendre en considération les sujets consultant marginalement ou encore faisant peu état d'événements douloureux est plus faible. Un tel phénomène tendrait donc *a priori* à surestimer la proportion des *logiques d'adhésion aux soins* et à sous-estimer les *logiques de refus*.

2.3. Pistes interprétatives des logiques de recours aux soins

- *Liens entre les 3 idéal-type et le rapport au corps et aux institutions*

La mise en parallèle de ces logiques de recours aux soins avec représentations individuelles du corps et de la douleur, d'une part, et les attitudes vis à vis des structures socio-médicales, d'autre part, soulève deux éléments d'interprétation.

- Les individus les plus à l'écoute de leur corps – que cette écoute soit motivée par un souci de bien-être ou par des considérations d'aptitude au travail – seront davantage enclins à *une forte mobilisation médicale*. En revanche, les sujets peu attentifs aux stimuli corporels – que cela soit lié aux toxicomanies ou à un rapport endurci à la douleur – se référeront davantage à des logiques de *prise en charge ponctuelle* ou de *non prise en charge*.
- Parallèlement, les *logiques d'adhésion* se rapprocheront davantage d'une forte demande de prise en charge et d'une valorisation des expériences passées et/ou présentes de santé (*rapport de confiance*). Les logiques de *résistance* ou de *refus des soins* seront davantage véhiculées par des sentiments de mépris, de stigmatisation à l'égard de leur mode de vie ou par un refus d'une intrusion extérieure dans leur souffrance (*rapports de méfiance ou de défiance*).

- *Précarité et difficultés à initier une démarche de soins*

Le manque de ressources se traduit, certes, par des difficultés d'accès à un logement décent qui handicape fortement les capacités à se soigner et à bénéficier de conditions d'hygiène minimum. De même, les personnes démunies doivent supporter des efforts bien plus importants pour trouver de quoi s'alimenter, se vêtir ou avoir une vie sociale minimum ; d'où

une vulnérabilité plus grande. Mais bien souvent, parmi les personnes interviewées, la disposition d'un revenu ou de ressources patrimoniales non négligeables voisine avec une situation pour le moins précaire du point de vue de la santé et des modes de recours aux soins. **Pierre**, avec ses revenus et son camion, est toujours empêtré entre ses algies paralysantes et sa méfiance à l'égard des médecins, ce qui ne l'empêche pas de continuer à multiplier ses prises de risque. **Roger** possède une maison et reste toujours coincé avec ses problèmes cardiaques. En sens inverse, des individus qui n'ont comme seule ressource que leur santé, justement, ne semblent pas handicapés en matière de modes de recours aux soins. **Nordine**, par exemple, le jeune immigré kabyle sans papiers ni ressources depuis huit mois, porte une forte attention à son corps et sa santé. **Mounir**, le vieil ouvrier marocain qui ne peut toucher sa retraite après avoir travaillé toute sa vie, vit paisiblement avec ses 400 francs par trimestre en se débrouillant pour faire face à ses petits ennuis.

B) Les déterminants des logiques de recours aux soins

1. Caractérisation des logiques de recours aux soins

1.1. Logiques de recours aux soins et caractéristiques sociodémographiques

Parmi les variables sociodémographiques classiques – âge, sexe, nationale, situation familiale –, deux dimensions discriminent assez fortement les logiques de recours aux soins.

- *La répartition par âge et sexe (cf. point 1 de l'annexe 20)*

Si le sexe semble peu différencier les rapports aux soins des sujets observés, l'âge apparaît, lui, comme un facteur très influent. On peut souligner, en particulier, deux phénomènes :

- Il existe une très forte propension chez les plus jeunes – moins de 25 ans, hommes comme femmes – à refuser toute prise en charge médicale et, à moindre niveau, à se référer à des *logiques de résistance aux soins*.
- En revanche, les personnes ayant entre 30 et 40 ans sont plus nombreuses à adopter des *logiques d'adhésions aux soins* bien que subsistent chez nombre d'entre elles des réticences à initier une démarche de soins.

- *La situation familiale des individus (cf. point 3 de l'annexe 20)*

L'analyse de la situation familiale confirme l'influence, apparue dans les entretiens, de cette caractéristique sur les logiques de recours aux soins.

Les individus adoptant des *logiques de refus des soins* sont, à la fois moins nombreux à déclarer une relation amoureuse revêtant de l'importance à leurs yeux (38,2% contre 44,8% et 47,6% dans les autres classes), et plus nombreux à déclarer avoir des enfants. Leur situation familiale globale permet de confirmer l'idée (incarnée dans les entretiens) qu'une blessure narcissique – liée à une rupture familiale – est souvent responsable d'une forme de laisser-aller, particulièrement exprimé dans une moindre attention à la protection de soi.

1.2. Logiques de recours aux soins et expériences de précarité

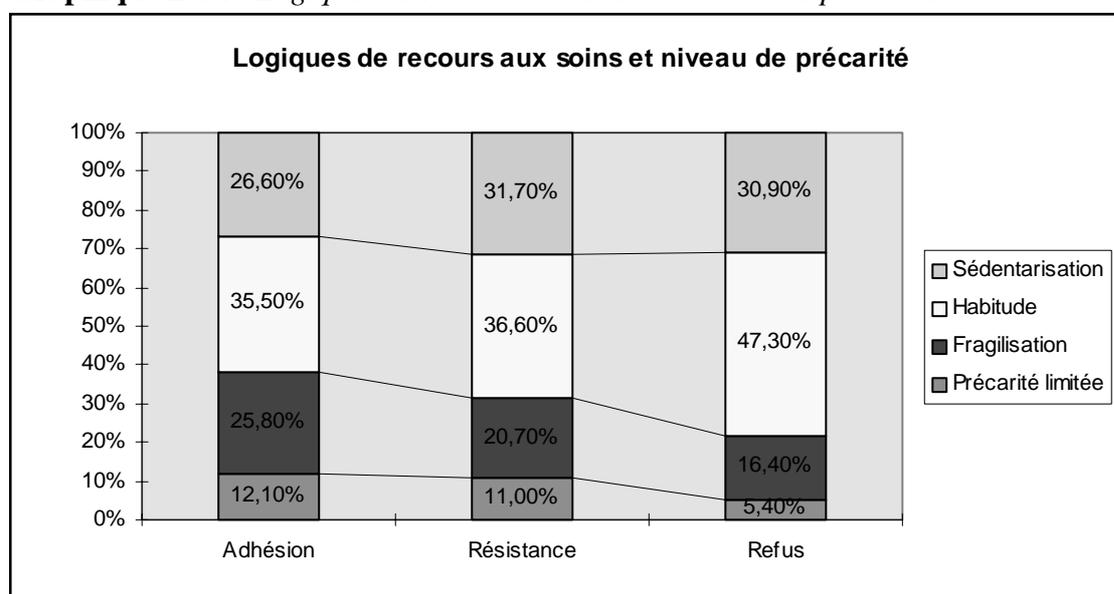
- *Une faible influence de l'expérience globale de précarité (graphique n°34)*

La comparaison du niveau de précarité – selon la typologie en quatre degrés inspirés par Damon et Firdion – et du type de rapport aux soins s'insère dans l'hypothèse selon laquelle

les conditions de vie globales auraient un effet restrictif sur l'accès aux soins. Une telle hypothèse semble se confirmer mais de manière assez nuancée.

- Les individus en situation plus favorable apparaissent comme nettement plus enclins à une adhésion totale ou partielle à l'égard des soins. Il en va de même, bien que de façon moins prononcée, pour les individus en situation de « fragilisation ».
- Les personnes qui connaissent depuis longtemps de graves difficultés – « habitude » – dévoilent pour leur part une forte propension au refus ou à une minimalisation de toutes formes de soins.
- Contrairement à nos attentes, le rapport aux soins des plus démunis se partage de manière assez équitable entre les 3 différentes logiques de recours. Si les logiques de mobilisation restreinte ou minimale sont bien présentes, elles sont contrebalancées par des comportements d'adhésion aux soins.

Graphique n°34 : Logiques de recours aux soins et niveau de précarité.



Source : Enquête Précalog du CREDES

Un tel résultat ne signifie pas que les conditions et les expériences de précarité ne jouent que faiblement sur les logiques de recours aux soins. En réalité, c'est plutôt que les différentes composantes de la précarité sont susceptibles d'annuler ou de minimiser leurs effets les uns par rapport aux autres. Ainsi, si l'on reprend le cas des « sédentarisés », on peut supposer que la dévalorisation subie par leurs conditions et leur inclination à des attitudes d'abandon (*variables endogènes*) sont susceptibles de les mener à des *logiques de refus des soins*. Cependant, ces effets peuvent être compensés par le fait que, étant reconnus comme démunis, ils sont couverts par une protection sociale spécifique. Aussi est-il nécessaire de décomposer les effets propres à chaque dimension de la précarité, en distinguant ceux qui relèvent des conditions de vie objectives et ceux qui se réfèrent davantage à une dégradation identitaire.

- *Influence des variables exogènes de la précarité sur le rapport aux soins (voir point 1 de l'annexe 21)*

En termes de conditions de vie, deux dimensions semblent principalement affecter le rapport aux soins :

- Le fait de disposer d'une protection sociale a, naturellement, une influence sur les *logiques de recours aux soins* des précaires : le *refus* et, dans une moindre mesure, la *résistance* à la prise en charge correspondent à des taux plus forts de non protection (respectivement 47,3% et 39% contre seulement 36,3% parmi les individus du groupe « *adhésion aux soins* »). A ce niveau-là, deux remarques peuvent être faites. D'une part, en dépit de l'absence de couverture, un nombre important d'individus parvient à se soigner et à se procurer des médicaments, ce qui correspond probablement à des stratégies de mobilisation de réseaux informels et/ou à une bonne connaissance des structures gratuites. D'autre part, l'attribution d'une protection sociale semble avoir une importance assez relative dans les logiques de recours aux soins des consultants de centres de soins gratuits.
- En revanche, la précarité professionnelle – plus encore que la précarité économique – apparaît comme extrêmement discriminante sur les relations aux soins puisque les écarts selon l'inactivité sont très importants : respectivement parmi les logiques *d'adhésion*, de *résistance* et de *refus* à l'égard des soins médicaux, il y a 71%, 80% et 93% d'inactifs).

- *Influence des variables endogènes de la précarité sur le rapport aux soins (voir point 2 de l'annexe 22)*

Deux variables, relevant d'une structure de personnalité fortement fragilisée, influencent de manière très significative les aptitudes à la mobilisation médicale en cas de troubles de santé.

- Force est de constater le lien extrêmement fort qui existe entre déclaration de problèmes juvéniles et acceptation ou capacité à prendre en charge médicalement ses troubles de santé. Les écarts sont sur ce point flagrants. D'un côté, le fait de ne déclarer que peu de problèmes (0 ou 1) est fortement à relier au fait que ces personnes n'adoptent que très marginalement *des logiques de refus des soins*. Au contraire les individus déclarant 3 problèmes ou plus adoptent essentiellement ce type de logiques. Trois types d'explications, non exclusives, peuvent être envisagées à un tel phénomène : d'une part, la répétition des problèmes et une propension forte à l'abattement et à la « *victimisation* » peut donner lieu à des comportements de repli et d'abandon de soi ; au contraire, une construction identitaire se fondant sur la résistance aux souffrances peut induire un refus délibéré de toute aide extérieure ; enfin, des conflits et troubles familiaux peuvent être reliés à des lacunes dans l'apprentissage des modes de protection de soi et à une méconnaissance des systèmes de soins.

- La « peur du médecin » apparaît également comme explicative de formes prononcées de refus des soins – mais dans une moindre mesure – puisque cette appréhension concerne un quart des individus ayant un rapport minimaliste aux soins, contre seulement une personne sur dix dans les deux autres logiques. La crainte d'apprendre l'existence d'une maladie grave ou encore le sentiment d'être dévalorisé face à ce « *puits de connaissances* » peuvent donc être responsables d'une forte réticence à prendre en charge ses ennuis de santé ; et de ce fait, les rendre plus alarmants.

2. Déterminants des logiques de recours aux soins

2.1. Méthodologie : recherche des déterminants et de leur poids relatif

La partie précédente a permis de montrer que plusieurs grands types de variables semblaient influencer sur la relation aux soins des patients. Cependant, cette analyse univariée, aussi nécessaire qu'elle soit, n'est qu'un préalable à une explication plus globale des déterminants de ces *logiques de recours aux soins*. En effet, les différentes dimensions étant liées entre elles, nous ne pouvons distinguer l'effet propre de chacune d'entre elles.

C'est en utilisant des modèles de régression logistique³⁵ que nous pourrions évaluer le poids spécifique de chacune des variables intégrées dans l'analyse – i.e. « *toutes choses égales par ailleurs* » – sur les propensions à adopter telle ou telle logique de recours aux soins. Aussi avons-nous réalisé trois modèles de régression – un pour chacune des logiques – qui permettent de déterminer les éventuels facteurs qui restreignent ou encouragent significativement l'adoption de la logique étudiée. C'est grâce aux odds-ratio – ou *rapport de risques relatifs* – que l'on peut évaluer l'existence d'une telle influence³⁶ mais aussi sa puissance explicative. Ce concept sera rapidement explicité plus loin.

Les variables prises en considération dans ces trois analyses se décomposent en quatre grandes dimensions³⁷.

- *Les variables de cadrage*

Il s'agit, d'une part, des variables sociodémographiques classiques (âge, sexe, nationalité et situation familiale, mais aussi des caractéristiques du centre dans lequel nous avons interrogé le patient (type de centre et taille du centre).

- *Les variables exogènes de la précarité*

³⁵ Le lecteur pourra trouver les fondements et l'explicitation de cette méthode statistique dans A. Agresti, *An Introduction to Categorical Data Analysis*, 1996, John Wiley & Sons, Inc ; ou encore Ch. Gouriéroux, *Econométrie des Variables Qualitatives*, 1992, Économica (2e édition).

³⁶ Les modèles raisonnent en termes d'augmentation ou de diminution de la probabilité d'appartenance à un groupe.

³⁷ L'ensemble de ces variables et de leurs modalités respectives sont décrites au début de *l'annexe 22*.

Ce sont là les six dimensions classiques utilisées jusqu'à présent : les degrés de précarité professionnelle, économique, affective et du logement ainsi que la situation administrative (pour les étrangers) et la couverture sociale face au risque de maladie. Il a paru nécessaire d'ajouter également le niveau de PCS de l'individu tant cette dimension est susceptible de moduler les logiques de recours aux soins.

- *Les variables endogènes de la précarité*

Il s'agit des variables qui expriment une fragilité subjective susceptible d'entraver les comportements de soins des individus : déclaration de problèmes juvéniles, appréhension à l'égard d'une consultation médicale, sentiment d'isolement, niveau de santé estimée.

- *Les variables concernant les rapports aux risques*

Trois grandes composantes ont été intégrées dans les modèles : les attitudes face à l'alcool et au tabac ainsi que le nombre d'accidents graves déclarés dans son existence.

2.2. Résultats des régressions (voir annexe 22)³⁸

Les trois régressions présentées ci-dessous modélisent la probabilité de se référer à chacune des trois logiques de recours aux soins plutôt qu'aux deux autres. La synthèse de ces trois modèles permettra ainsi de mieux comprendre les contraintes qui pèsent sur la relation au corps et à la santé des personnes en situation de précarité.

Remarque préliminaire : les odds-ratio ou risques relatifs.

Les odds-ratio, présentés ci-après, représentent le *risque relatif* d'appartenir au groupe modélisé selon chacune des variables intégrées dans le modèle. Pour chaque facteur (variable), le modèle cherche à voir si, « *toutes choses égales par ailleurs* », il augmente, diminue ou est peu influent sur la probabilité d'appartenir au groupe étudié. Ainsi :

* Un odd-ratio supérieur à 1 pour une variable³⁹ est interprété comme un facteur d'accroissement de la propension à adopter la démarche de soins étudiée (et plus l'odd-ratio s'éloigne de 1 plus le facteur est influent).

* Au contraire, un odd-ratio inférieur à 1 pour une variable s'interprète comme facteur de réduction de cette propension (et de même plus l'odd-ratio s'éloigne de 1 plus le facteur est influent).

* Il s'agit de facteurs estimés. Aussi, pour qu'un facteur soit jugé significativement influent (à 95% de chances), il faut que l'intervalle de confiance de l'odd-ratio ne contienne pas la valeur 1. Le cas échéant, la variable est jugée peu ou pas influente sur la logique de recours aux soins étudiée.

³⁸ Cette annexe regroupe la présentation et les résultats globaux des trois modèles de régression présentés. En particulier elle permet d'évaluer leur qualité via trois indicateurs le *R2*, le *pseudo R2* et le *pouvoir prédictif du modèle* (pour plus de renseignements sur ces indicateurs, voir les ouvrages sus cités).

- *Modélisation de l'adhésion aux soins*

Ici, on modélise la probabilité d'appartenir au groupe « adhésion aux soins ».

Deux facteurs se révèlent extrêmement influents sur la propension à se référer à une démarche normative face aux problèmes de soins :

- Avec l'âge, les individus sont nettement plus enclins à médicaliser leurs troubles – la probabilité d'appartenir à ce groupe est 1,8 fois supérieur pour les personnes ayant plus de 30 ans que pour les autres.
- D'autre part, le poids des situations de chômage ou d'instabilité professionnelle concourt nettement à une moindre propension à accéder aux soins nécessités (odds-ratio très significatif valant 0,43).

Deux autres dimensions influencent, dans une moindre mesure, les logiques d'adhésion aux soins.

- Plus l'individu déclarera être en mauvaise santé et plus il sera disposé à témoigner d'une demande de prise en charge médicale.
- Enfin, il faut noter que les individus adoptant des relations attentives et actives aux soins sont davantage enclins à limiter les comportements à risque (moins sujets à une intense tabagie).

Tableau n° 18 : les facteurs influents sur la propension à adopter une logique d'adhésion

Modélisation de la probabilité d'adopter une logique d'adhésion			Intervalle de confiance à 95%
Facteurs significativement influents ⁴⁰	Odds ratio	Borne inférieure	Borne supérieure
Classe d'âge	1,81	1,02	3,19
Précarité professionnelle	0,43	0,25	0,76
<i>Santé estimée</i>	<i>1,28</i>	<i>0,94</i>	<i>1,77</i>
<i>Rapport au tabac</i>	<i>0,8</i>	<i>0,55</i>	<i>1,16</i>

Source : enquête Préalogue du CREDES

- *Modélisation de la résistance aux soins*

On modélise, à présent, la probabilité de témoigner de « logiques de résistance aux soins ». Trois dimensions se sont révélées comme fortement influentes sur la propension à adopter des logiques de report ou de restriction des soins nécessaires :

- Le premier facteur, pourtant extrêmement significatif, est au premier abord d'interprétation délicate : les individus déclarant ne ressentir aucune appréhension à l'idée de consulter le médecin ont trois fois plus de chances de se référer à ces logiques (odds-ratio très significatif valant 2,97). Il faut ici « raisonner par défaut » afin de comprendre ce résultat : c'est parce que l'appréhension à l'idée d'aller

³⁹ Par rapport à une modalité de référence (ici, c'est la première modalité de chacune des variables décrites en **annexe 22**).

⁴⁰ Les facteurs en italique sont les variables qui ne sont pas totalement significatives au risque d'erreur de 5% – i.e. valeur 1 incluse dans l'intervalle de confiance – mais le sont lorsque le risque d'erreur est un peu plus large.

consulter un médecin est liée à la peur d'y apprendre l'existence d'une maladie – ou de manière plus générale témoigne d'une structure de la personnalité plus fragilisée – que les individus vont se référer aux deux autres logiques : *adhésion aux soins* ou *refus des soins* selon que cette fragilité donne lieu à un besoin d'être rassuré ou à une forte réticence à faire face à une démarche médicale.

- Le modèle indique l'importance des contraintes économiques sur les démarches de soins. Face à un manque de ressources, les personnes vont avoir tendance à minimiser la charge financière liée à leur santé en renonçant ponctuellement à des soins et/ou traitements ou en différant les consultations (« *si ça passe pas, faudra malgré tout, que j'aie voir le médecin* »).
- D'autre part, une tabagie intense correspond à une plus forte propension à adopter une *logique de résistance aux démarches de soins*. Deux interprétations peuvent être envisagées : dans le sens du rapport au corps, il témoigne d'une moindre attention à sa santé qui s'incarne tant dans les comportements addictifs que dans les modes de gestion des troubles de santé ; dans le sens de la relation entre le médecin et le patient, la peur ou la répulsion à l'égard de remontrances potentielles sur le mode gestion de sa santé peut amener le patient à éviter ou différer une confrontation médicale. A la vue des entretiens, c'est majoritairement la première interprétation qui est avalisée.

Enfin, remarquons que les consultants témoignant d'un tel rapport aux soins ont été davantage rencontrés dans des centres de grande taille. Ils se situent davantage dans une optique de recours ponctuel et impersonnel et, par conséquent, choisiront en cas de besoin d'importantes structures socio-médicales (hôpital...).

Tableau n° 19 : les facteurs influents sur la propension à adopter une logique de résistance

Modélisation de la probabilité d'adopter une logique de résistance			Intervalle de confiance à 95%
Facteurs significativement influents	Odds ratio	Borne inférieure	Borne supérieure
Peur du médecin	2,97	1,11	7,92
Rapport au tabac	1,59	1,05	2,4
Précarité économique	1,75	0,98	3,1
Taille du centre	0,76	0,49	1,15

Source : enquête Préalogue du CREDES

- *Modélisation du refus des soins*

Enfin, le dernier modèle cherche à estimer les facteurs influents sur la propension à adopter des « *logiques de refus des soins* ».

Ce modèle, de très bonne qualité, met en évidence quatre facteurs très significativement prépondérants (voir tableau 20).

- *Trois facteurs endogènes de la précarité* : les résultats obtenus vont dans le sens d'une inscription dans des logiques de non-prise en charge des problèmes de santé principalement liée à une très forte fragilisation identitaire. Ainsi, la probabilité de témoigner de comportements attentistes très marqués est près de 3 fois supérieure pour les individus ayant déclaré au moins 2 problèmes juvéniles. L'adoption d'un tel comportement est également expliqué par une forte propension à exprimer des sentiments de menace ou d'anxiété à l'égard des médecins (odd-ratio de 0,35). Enfin, ces individus ont très majoritairement été rencontrés dans des structures humanitaires et associatives, structures où les postures empathiques d'écoute sont davantage développées parmi le personnel soignant. L'ensemble de ces éléments témoigne d'une très forte concordance entre les difficultés à mobiliser les ressources de protection de soi et un état de détresse, d'isolement et de manque affectif fortement ancré.
- *Un facteur sociodémographique* : L'âge apparaît également comme un facteur très discriminant du renoncement aux soins médicaux. La probabilité de se référer à des *logiques de refus des soins* est près de trois fois plus importante parmi les consultants de moins de 30 ans (odd ratio valant 0,38). Les entretiens avalisent cette tendance forte à exprimer des formes accentuées de défiance à l'égard des structures institutionnelles. L'idée pour les jeunes démunis est qu'ils n'ont besoin de personne pour s'en sortir et ne comptent que sur eux-mêmes, y compris lorsqu'ils sont touchés par des troubles de santé.

Tableau n° 20 : les facteurs influents sur la propension à adopter une logique de refus

Modélisation de la probabilité d'adopter une logique de refus			Intervalle de confiance à 95%
Facteurs significativement influents	Odds ratio	Borne inférieure	Borne supérieure
Problèmes dans l'enfance	2,9	1,18	7,11
Classe d'âge	0,38	0,18	0,79
Peur du médecin	0,35	0,15	0,84
Type de centre	0,3	0,09	0,98
Précarité professionnelle	2,63	0,92	7,5
Protection sociale	1,65	0,7	3,8
Rapport au tabac	0,78	0,49	1,27

Source : enquête Préalogue du CREDES

Pour autant, de tels résultats ne doivent pas faire oublier le rôle des déficiences matérielles, bien qu'elles se révèlent nettement plus relatives (car moins significatives).

L'inactivité professionnelle concourt à augmenter les risques d'adopter des comportements médicaux minimalistes. D'autre part, l'absence de protection sociale jusqu'ici peu explicative des logiques de recours aux soins (de manière surprenante), est susceptible de surexposer les individus à un fort renoncement aux soins.

2.3. Synthèse des résultats

L'analyse comparative des facteurs influents sur les logiques individuelles de mobilisation face à l'occurrence de problèmes de santé remet fortement en cause l'idée assez répandue selon laquelle si les personnes en situation de précarité ne se soignent pas, c'est uniquement parce qu'elles n'en ont pas les moyens. En réalité, les conditions matérielles de précarité n'expliquent que très partiellement les *logiques de recours aux soins*. Il faut toutefois nuancer ce propos par fait que, vue la méthodologie d'enquête, nous n'avons rencontré que des individus qui connaissaient la possibilité d'accéder à des soins gratuitement – ce qui tendrait, en particulier à minimiser l'influence de l'absence de protection sociale.

Plusieurs éléments ont été mis en exergue :

- La dégradation des conditions de vie restreint la marge de manoeuvre face à l'occurrence d'un problème de santé. Devant l'oppression matérielle, les troubles jugés mineurs ou passagers revêtent une place secondaire dans l'ordre des priorités et donnent lieu, dans un premier temps, à un report des démarches médicales (« *j'attends un peu pour voir si ça passe* »). Comme en témoignent les entretiens, ce n'est que marginalement l'ignorance des comportements normatifs qui explique les difficultés à se soigner dès les premières alertes corporelles. L'éloignement du modèle de *l'adhésion totale aux soins* est avant tout lié à des déficiences économiques.
- Cependant, lorsque la douleur devient de moins en moins tolérable, que les troubles persistent, s'aggravent ou gênent l'activité, l'état de santé devient alarmant. Comment expliquer alors que, pour certains, la prise en charge de tels troubles revient au premier plan des priorités, en dépit des difficultés matérielles (*logiques de résistance aux soins*) ; alors que d'autres persistent dans le non-recours (*logiques de refus des soins*) ? En réalité, c'est le cumul des facteurs exogènes et endogènes de la précarité que l'on retrouve chez les individus ayant le plus fortement tendance à un renoncement inéluctable, alors que les individus moins marqués psychologiquement initieront finalement une démarche de soins.

Conclusion

Conclusion

Conclusion

Plutôt que d'élaborer une synthèse des résultats, la conclusion se concentrera davantage sur les « zones d'ombre » de ce mémoire et sur certaines pistes de recherches *a priori* pertinentes qui n'ont pu être qu'évoquées. L'optique relève donc davantage de propositions et d'approfondissements de nouveaux éléments principalement centrés sur les *logiques de mobilisation et de protection de soi* face aux difficultés.

L'étude détaillée des situations de précarité des individus consultant dans des centres de soins gratuits, a permis de montrer la très forte hétérogénéité des profils sociodémographiques, des difficultés quotidiennes et des degrés de dégradation des conditions de vie auxquelles les sujets sont confrontés. Les quinze groupes homogènes dessinent bien un *continuum* de situations allant de la personne rendue vulnérable par une rupture récente jusqu'à l'individu vivant dans la rue sans autre ressource que la mendicité. Pour autant, plusieurs remarques doivent être faites.

L'étude détaillée des origines, des reconstructions et des modes de mobilisation des ressources formelles et informelles disponibles face à une *disqualification sociale* ne dessine pas « une trajectoire type de précarité » mais une multitude de processus nettement différenciés ; processus agissant selon des ressorts particuliers et mettant différemment en jeu l'équilibre identitaire. Si les états de dénuement face aux principaux objets sociaux sont proches pour les « grands précaires français » et les « sans papiers », les individus n'ont pas connu les mêmes dynamiques et relèvent de stratégies de survie très distinctes. Les premiers présentent une forte propension à des formes prononcées « d'abandonnisme pathologique » dans les comportements addictifs, les seconds axent davantage leurs pratiques vers un resserrement des liens familiaux et culturels, les protégeant mieux des sentiments de détresse et de dévalorisation de soi. C'est en analysant les parcours globaux – le rôle prépondérant des problèmes juvéniles déclarés, le contexte d'immigration pour les étrangers... – et le mode de reconstruction de ces trajectoires que l'on peut réellement comprendre les comportements adoptés par tel ou tel. Dans cette même optique, il semblerait judicieux de ne pas se cantonner aux dynamiques de dégradation sociale – comme le font la grande majorité des études portant sur le thème de la précarité – mais d'intégrer dans une même analyse les trajectoires de « *requalification sociale* ». Une telle comparaison amènerait de nouveaux éclairages sur les interactions psychosociales qui existent entre la dégradation des conditions de vie et les modes de mobilisation et de préservation de soi.

En particulier, dans le domaine de la santé, l'étude ici présentée a confirmé la sur-représentation des troubles psychologiques – non pathologiques *stricto sensu*, à savoir des états anxio-dépressifs et des conduites addictives –, des problèmes dentaires et

ophtalmologiques. D'autre part, les individus ont dévoilé un rapport utilitariste au corps. Autant les individus sont capables de différer ou d'ignorer de fortes douleurs, autant, dès lors que les troubles portent atteinte à leur mobilité ou à leur motricité, ils acceptent plus facilement des logiques de prise en charge médicale. Enfin, une interprétation des données recueillies permet d'observer que les personnes en situation de précarité consultent pour des maladies qui relèvent souvent de psychosomatisme – de problèmes relationnels et/ou affectifs et/ou liée à la dévalorisation de son image – plus qu'elles ne sont ontologiques.

Par manque de temps, deux analyses pourtant sources d'interprétations prometteuses n'ont pu être poursuivies à ce jour. D'une part, la comparaison des motifs de recours aux soins selon les expériences et les degrés de précarité auraient permis de tester l'inégale priorité donnée à tel ou tel aspect de la santé et de contribuer à expliciter les spécificités des rapports au corps et aux soins. Enfin, dans la base du CREDES, nous disposons du motif initial de recours aux soins tel qu'il a été exprimé par l'individu. Il aurait été intéressant de comparer le ou les diagnostic(s) posé(s) par le médecin au motif de la consultation. En particulier, on aurait pu tester l'hypothèse selon laquelle derrière certains recours médicaux se cachent en réalité une demande d'écoute, de socialisation et des signes de détresse psychologiques.

Enfin un même ensemble de phénomènes concourt à la fois au développement des processus de précarisation et à la genèse de *logiques de défiance* à l'égard des soins, ce qui explique la fréquente simultanéité de leurs manifestations. Un dernier axe de recherche repose donc sur l'interaction entre les facteurs exogènes et les facteurs endogènes de la précarité et de leur impact en termes de *logiques de recours aux soins*. Les résultats ici avancés ont montré que c'est le cumul de ces deux types de facteurs que l'on retrouve chez les individus ayant la plus forte tendance à adopter des *logiques de refus des soins* et des comportements de *défiance* ou d'*évitement* à l'égard des institutions médico-sociales.

Les dimensions de la précarité des ressources matérielles jouent un rôle bien moins important dans la genèse des logiques de recours aux soins que d'autres déterminants psychologiques (précarité sentimentale et dévalorisation de soi). La précarité matérielle apparaît davantage comme un facteur aggravant qui accentue le poids d'autres déterminants des inégalités de santé et qui augmente l'effort (objectif et subjectif) à fournir pour avoir accès aux soins. Là encore, la restitution de l'évolution des rapports aux soins et aux institutions semble primordiale afin d'approfondir ce thème.

Proposition de thèse

Proposition de thèse⁴¹

INCIDENCES DES LOGIQUES DE PRÉCARISATION SUR LE RAPPORT AU CORPS, A LA SANTÉ ET A L'ACCÈS AUX SOINS.

A) Problématique de recherche

1- Cadre général et enjeux socio-politiques de la recherche :

La terminologie commune tournant autour de la précarité se réfère généralement à des manques économique-professionnels : chômage ou, plus récemment, instabilité des contrats et des conditions de travail. Dans un tel cadre, le processus de précarisation menant à la figure du sans domicile fixe « s'aplanit » en un phénomène, certes dynamique, mais relativement unique, durable et irréversible, indépendant des autres sphères sociales et des stratégies de mobilisation des individus face aux difficultés. Cette conception fortement centrée sur la situation vis-à-vis du marché du travail, a permis aux pouvoirs publics d'élaborer des catégories simples de distribution des ayant-droit autour de la gamme des aides ciblées (RMI, Allocation Adulte Handicapé...). Cependant elle gomme toute visibilité quant à la diversité des situations, des conditions de vie et des expériences vécues⁴² et masque la polymorphie des processus qui se trouvent engagés. En réalité les phénomènes de précarisation des individus relèvent de la combinaison de multiples déficiences sociales : emploi, famille (rupture conjugale, problèmes dans l'enfance...), santé (handicaps liés aux accidents et maladie, problèmes psychologiques, conduites addictives...), sociabilité (isolement, accès à l'information, éloignement du milieu culturel...), droits administratifs (sans-papiers, anciens détenus...)...

Les populations concernées sont donc exposées, à des degrés divers, à des déficiences sociales directement liées aux principaux modes d'accès à une couverture sociale – à savoir la famille et l'exercice d'un emploi stable et déclaré. Dans les années 90, la veine d'études – épidémiologiques, sociologiques ou en économie de la santé – portant sur les liens entre précarisation et santé des individus a abouti à un triple constat. Premièrement, la précarité sociale est souvent associée à une dégradation de l'état de santé, et les inégalités de santé, aux vues d'indicateurs tels que les taux de mortalité ou d'incapacité physique et psychologique,

⁴¹ Ce projet de thèse a été écrit et présenté avec l'aide et l'appui de Michel Joubert et Dominique Merllié, que je souhaitais ici remercier.

⁴² J.M. Firdion et M. Marpsat, *Devenir sans domicile ; ni fatalité ni hasard*, Populations et Sociétés n°313.

Conclusion

sont particulièrement prégnantes dans le bas de l'échelle sociale⁴³. Deuxièmement, le niveau de protection sociale des plus démunis se révèle médiocre⁴⁴ et, parmi les populations précarisées, il existe une zone de trou entre deux seuils d'accès à la protection sociale ; le seuil « supérieur » correspondant à l'accès normal aux droits qui nécessite un minimum d'insertion et une certaine stabilité au regard du logement et le seuil « inférieur » correspondant à l'accès à des dispositifs d'aides spécifiques⁴⁵. Enfin, des travaux récents ont montré que, d'une part, ce ne sont pas tant des pathologies spécifiques que des pathologies aggravées demandant des soins d'urgence qui affectent cette population et que, d'autre part, la prévalence des maladies respiratoires, des affections psychologiques et des problèmes bucco-dentaires s'avérait particulièrement forte⁴⁶. En se fondant sur ces résultats et en postulant que le déterminant essentiel de la santé réside dans l'accès et la qualité des soins, les pouvoirs publics ont mis en place la Couverture Maladie Universelle (CMU) afin de résorber les inégalités de santé.

La reconnaissance de l'existence de ces inégalités de santé n'a pas pour autant donné lieu à une véritable réflexion sur les causes de ce phénomène. Leur prise en considération par les pouvoirs publics s'est principalement traduite par la mise en place de dispositifs tentant de réduire les inégalités par une revalorisation des droits effectifs et une généralisation des possibilités d'accès aux soins⁴⁷. Par là même, ils postulaient que la gravité des troubles de santé et la désaffection face à une démarche de soins enregistrées parmi les individus en situation précaire étaient essentiellement le fait de manques administratifs et structurels. Or, lorsque l'on se penche sur les représentations, les comportements et les logiques de soins de cette population, on peut supposer que la problématique de la santé déborde largement le cadre et l'approche traditionnelle des inégalités de santé. Elle ne saurait se restreindre au seul problème de la perte – ou du déni pour les sans-papiers – des droits et des supports ouvrant aux démarches de soins. D'autres éléments interviennent : des problèmes d'usure conduisant à l'épuisement des ressources de base dans la gestion de la santé (dégradation de savoir-faire, de connaissance des modes d'accès aux services et à l'information), une vulnérabilité individuelle s'exprimant dans une perte de la mobilisation face aux atteintes et stimuli corporels et/ou dans une entrée ou une amplification des conduites à risques ou encore la (re)construction d'une identité et de valeurs fondées sur un rapport au corps durci comme extrapolation de la résistance à une existence difficile.

Les travaux sur l'accès aux soins se sont jusqu'ici essentiellement attachés à l'identification des facteurs sociaux conditionnant l'accès aux droits et exposant à des risques propres aux

⁴³ Voir par exemple . Mesrine, *La surmortalité des chômeurs : un effet catalyseur du chômage ?*, octobre 2000, Economie et Statistiques n° 334.

⁴⁴ T. Lecomte, An. Mizrahi, Ar. Mizrahi, *Santé et recours aux soins des personnes sans abri à Paris*, dans *La rue et le foyer* de M. Marpsat et J.M. Firdion, 2000, Editions PUF-INED, pp. 323-339.

⁴⁵ Ce résultat a été démontré dans mon DEA.

⁴⁶ Cf. P. Chauvin et J. Lebas, *Précarité et santé*, 1998, Editions Flammarion.

⁴⁷ D. Fassin, H. Granjean, M. Kaminski, T. Lang , A. Leclerc, *Les inégalités sociales de santé* , 2000, Editions la Découverte, ouvrage collectif de l'INSERM.

conditions de vie précaire. Je me propose dans cette thèse d'approfondir les déterminants sociaux et anthropologiques du rapport à la santé et aux soins, en interrogeant le rôle des « ressources sociales » (réseaux de survie, soutien social) et les ressorts individuels de confrontation aux difficultés (usages sociaux du corps, expression de la souffrance, stratégies de négociation avec les acteurs médico-sociaux présents dans la proximité). Il s'agira également de comprendre comment ces deux axes de recours et de mobilisation (droits, ressources officielles / soutiens, ressources informelles) peuvent connaître une précarisation conjointe, ouvrir à des logiques de perte de maîtrise et à des situations d'exposition accentuée aux risques sanitaires et sociaux (amplification des effets, cumuls de difficultés). Une telle recherche sur les déterminants et la compréhension des modes de recours aux soins – et plus généralement des modes de gestion du corps et de la maladie – permettra d'explorer des orientations alternatives et complémentaires aux politiques sociales actuellement mises en oeuvre.

Il ne s'agit ni de remettre en cause les réformes structurelles (CMU..) et les dispositifs récemment mis en place (lois contre l'exclusion, Programmes Régionaux d'Accès à la Prévention et aux Soins...) ni d'évaluer l'efficacité de chacune de ces réformes, mais d'explorer les processus conduisant à entretenir et reproduire les inégalités. L'enjeu est ici, que si le droit constitue une condition nécessaire pour accéder aux ressources du système de santé, il n'est pas suffisant quand il s'agit de populations confrontées à la précarité et aux processus de précarisation⁴⁸.

2- Comprendre les processus : la production sociale de l'éloignement et des vulnérabilités à l'égard des ressources de santé

Mon travail de DEA, intitulé « dynamiques de précarisation, modes d'adaptation identitaire et interactions avec les logiques de santé », se fonde sur une recherche réalisée au sein du CREDES (Centre de Recherche d'Etudes et de Documentation en Economie de la Santé) s'étalant de avril à décembre 2000. En qualité de statisticien (principalement), j'ai pu participer à un appel d'offre de l'INSERM portant sur les inégalités de santé et d'accès aux soins de la population précaire. Cette recherche ciblée sur les patients des centres de soins gratuits (Médecins du Monde, Centre Communal d'Action Sociale, Centres d'Hébergement et de Réinsertion Sociale...) s'est appuyée sur deux principaux outils complémentaires :

- Une enquête quantitative administrée à 590 usagers sous la forme d'un questionnaire riche de deux volets : le premier sur les conditions de vie des individus et le second sur leurs comportements médicaux ;
- une enquête qualitative approfondissant les liens entre précarité, santé et rapport aux soins a été parallèlement réalisée. Elle a donné lieu au recueil de 24 récits de vie.

⁴⁸ M. Joubert, P. Chauvin, F. Facy, V. Ringa (dir), *Précarisation, risque et santé*, 2001, INSERM.

Conclusion

Dans le cadre de l'étude du CREDES, nous nous sommes davantage orientés vers une étude épidémiologique de l'état de santé, des démarches de soins et des relations aux structures médico-sociales des patients précaires⁴⁹.

L'idée de ce DEA était, à partir de ces mêmes outils, d'approfondir la dynamique de la précarité et d'aborder la dimension de la santé du point de vue de ses interactions avec le processus de précarisation. Pour traiter de la précarité, j'ai tenté de dépasser la scission souvent opérée entre paradigmes structurels et paradigmes individuels. Les premiers consistent en l'analyse des processus socio-économiques sous-jacents à la précarité. Les seconds font une place plus importante aux caractéristiques des individus, à leur mode de réaction et de mobilisation face aux difficultés. Ils se réfèrent donc moins à un contexte socio-économique qu'à des formes de vulnérabilité individuelle pour analyser et comprendre le processus de précarisation. Il m'a semblé nécessaire de combiner ces deux approches, c'est-à-dire d'analyser la précarité comme une interaction permanente entre la dégradation des conditions de vie, les réactions pratiques et comportementales et la mobilisation des ressources formelles et informelles⁵⁰. Il s'est donc agi de prendre simultanément en compte l'analyse des caractéristiques individuelles – existe-t-il des constantes dans la structure socio-démographique, dans les trajectoires, les difficultés, les comportements et modes de mobilisation de la population touchée par la précarité ? – et une approche globale et empirique – repérer des situations type, des degrés de précarité et des expériences différenciés.

Dans ce cadre, la dimension de la santé – au sens large du rapport au corps, aux institutions et aux soins – est apparue comme pertinente. D'une part elle participe de la dégradation des conditions de vie des sujets *via* les conduites addictives, les prises de risque, la surexposition à certaines pathologies... D'autre part, elle permet d'étudier et de comprendre les différences qui existent dans les modes de réaction et de mobilisation des ressources formelles et informelles face à l'occurrence d'un problème de santé.

3- Se confronter à des problèmes de santé : analyse des composantes de production des inégalités de recours :

L'étude détaillée des situations objectives de précarité m'a permis de constituer 15 groupes fins de conditions de vie⁵¹. Elle met à jour une forte hétérogénéité tant au niveau des expériences que du degré et des formes de déficiences auxquels les individus sont confrontés. Il existe un *continuum* de précarité matérielle – c'est à dire une tendance globale à l'association linéaire entre précarité professionnelle, économique et des conditions de

⁴⁹ Etude qui devrait prochainement donner lieu à la parution d'un rapport pour l'INSERM, co-écrit par G. Ménahem, V. Paris, H. Picard et moi-même, intitulé « *Logiques de recours aux soins des personnes en situation de précarité* ».

⁵⁰ Une telle approche interactive est, en particulier prônée, par C. Chasseriaux, *La grande exclusion sociale, questions liées à l'insertion et au devenir des publics en grande difficulté sociale*, 1993, rapport au ministre des Affaires Sociales de la Santé et de la Ville, La Documentation Française.

⁵¹ Cf. Mémoire de DEA.

Conclusion

logement – allant de la « non précarité » à la « grande précarité ». Cependant, cette dynamique de précarisation est profondément liée à d'autres dimensions telles que la situation administrative (sans-papiers), l'affiliation à une protection sociale ou encore les réseaux formels et informels mobilisables et effectivement mobilisés par les personnes. Selon les ressources initiales, l'éducation et le réseaux de sociabilité dont dispose l'individu, il réagira différemment aux phénomènes de rupture ou de glissement professionnel, familial ou sanitaire qui affectent son existence. Il faut donc éviter de se restreindre à une « trajectoire » ou une « carrière » de précarité indépendante et exogène, mais au contraire la relier à la trajectoire globale de l'individu. On comprendra mieux, d'une part, la polysémie des liens entre les différentes dimensions de la précarité⁵² et, d'autre part, les facteurs aggravant (comportements addictifs ou de laisser-aller) ou au contraire protecteurs des difficultés. Les reconstructions individuelles du récit de vie et les modes de mobilisation des ressources formelles et informelles disponibles face à une disqualification sociale ne dessinent pas « une trajectoire type de précarité » mais une multitude de processus nettement différenciés ; processus agissant selon des ressorts particuliers et mettant différemment en jeu l'équilibre identitaire.

L'analyse des réseaux de sociabilité, des ressources solidaires et des stratégies de survie et du cadre social dans lesquels ils s'inscrivent, permettra de mieux comprendre les différents modes « d'éclatement identitaire » ou au contraire de « restructuration identitaire » qui affectent différemment les multiples visages de la précarité. Par exemple, si les états de dénuement face aux principaux « objets sociaux » sont proches pour les « grands précaires français » et pour les « sans-papiers », les individus n'ont a priori pas connu les mêmes dynamiques de dégradation des conditions de vie et engagent des stratégies de survie très distinctes. Les premiers présentent une forte propension à des formes prononcées « d'abandonnisme pathologique » dans les conduites addictives alors que les seconds axent davantage leurs pratiques vers un resserrement des liens familiaux et culturels, les protégeant mieux des sentiments de détresse et de dévalorisation de soi. C'est donc en analysant les parcours globaux – origines, chemins, étapes, rapport à la famille, au travail, aux institutions ou encore contexte d'immigration pour les étrangers... – et le mode de reconstruction de ces trajectoires que l'on pourra réellement comprendre les comportements et stratégies adoptés par tel ou tel.

⁵² Six principales dimensions peuvent être retenues : la situation professionnelle, économique, de logement, affective et sociale, la couverture sociale et la situation administrative (principalement pour les étrangers).

B) Hypothèses et plan de travail

L'approche traditionnelle des liens entre précarité et santé se restreint, se contente de replacer les incidents de santé dans les parcours de précarisation en se demandant s'ils agissent comme cause de la dégradation des conditions de vie (phénomènes de rupture), comme conséquence des déficiences (phénomènes de « déclenchement ») ou bien encore comme facteur aggravant des situations (phénomènes de vulnérabilisation). Sous cet angle, la problématique socio-politique de la santé est essentiellement abordée en termes d'inégalités de conditions de vie et d'inégalités d'accès aux soins et à la prévention. Or, le plus souvent, les problèmes de santé sont enchevêtrés, plus que liés de manière directe et univoque, avec l'histoire de la précarité (et plus généralement avec la trajectoire globale de l'individu)⁵³. Aussi l'objectif de cette thèse est-il d'affiner la compréhension de ces liens en adoptant une approche interactive entre les processus de précarisation et de maintien ou de dégradation de l'intégrité physique et mentale.

Sous-jacentes aux particularités des rapports au corps, à la douleur et à la maladie des populations précarisées, des logiques spécifiques de recours aux soins prennent naissance et se forment selon quatre grands prismes interdépendants: le rapport aux soins, le rapport au risque, la représentation de soi et de sa trajectoire et les relations entretenues avec les institutions médico-sociales. Deux pans indissociables d'hypothèses sont donc envisagés : le premier se réfère à la complexité des liens entre état de santé et situation de précarité (points 1 et 2) alors que le second se propose d'analyser les comportements de santé et les logiques de recours aux soins et de montrer qu'ils ne sauraient se restreindre aux seules contingences économiques et administratives (points 3 et 4).

1 - Hétérogénéité de l'état de santé selon les situations de précarité :

Dans mon mémoire de DEA à l'aide d'un concept et d'une méthode statistique appropriés⁵⁴, la sur-représentation des troubles psychologiques réactionnels – c'est-à-dire non psychiatriques *stricto sensu* – ainsi que des problèmes oculaires et dentaires a été enregistré parmi la population précaire, par rapport à un important échantillon en population générale. Par ailleurs, les problèmes locomoteurs et de motricité apparaissent également comme un motif fréquent de recours aux soins.

De telles comparaisons (« précaires » versus « non précaires ») sont intéressantes dans le sens où elles permettent aux centres de soins spécialisés une meilleure harmonisation de leur offre

⁵³ Cf. les 24 entretiens analysés au sein de mon DEA.

⁵⁴ A savoir le concept de Profils Nosologiques Comparatifs (PNC) défini par le docteur Hervé Picard dans *Une nosologie de la misère : le cas des tsiganes roumains de la banlieue parisienne nord*, thèse effectuée à Paris VI, 1997. Il consiste à comparer la fréquence d'un diagnostic dans l'ensemble des diagnostics émis pour notre population d'intérêt (ici les précaires) à cette même fréquence dans une population de référence (ici la population générale). Il gomme donc « l'effet durée de la consultation » sur le volume de diagnostics. Dans le même temps, j'ai neutralisé l'effet « âge et de sexe » par une méthode robuste de standardisation.

Conclusion

de soins globale face aux problèmes rencontrés⁵⁵. Cependant, elles sont inopérantes dans la mise en place de dispositifs plus ciblés puisqu'elles tendent à ignorer les différences, *a priori* importantes, qui peuvent exister au sein d'une population précarisée de manière pourtant très hétérogène. Je me propose donc de comparer l'état de santé au sein même de cette population selon plusieurs critères pertinents, et ce de manière indépendante et combinée :

- les conditions « objectives » de précarisation : degré des déficiences matérielles et administratives, sources de vulnérabilité... ;
- les spécificités socio-démographiques : âge, sexe, nationalité ;
- les vulnérabilités affectives et/ou identitaires : situation familiale, sentiment d'isolement, problèmes déclarés dans l'enfance,...

Ainsi, une série d'hypothèses pourra être testée comme le rôle joué par les supports sociaux ou familiaux, autour d'une question centrale : la sur-représentation de certaines pathologies relève-t-elle davantage d'une vulnérabilité matérielle, d'une déficience de droits sociaux ou d'un processus de déstabilisation sociale, affective ou identitaire ?

Il sera particulièrement intéressant d'affiner cette recherche sur les affections psychologiques et addictives qui peuvent accompagner le processus de précarisation car la santé mentale est au coeur même de la sociabilité et de la gestion des relations avec autrui.

2 – Le rôle du rapport au corps et au risque :

L'état de santé de notre population d'intérêt est particulièrement lié à la précarité car il met en jeu le rapport au corps, aux soins et aux institutions *via* deux types de facteurs. Les *facteurs exogènes* correspondent à une fragilisation potentielle de la santé liée à des conditions de vie rendant plus difficiles des comportements d'hygiène ou de prévention, et des conditions économiques et administratives contraignant les individus à retarder voire à renoncer à consulter. Les *facteurs endogènes* se réfèrent davantage à une dégradation potentielle de l'état de santé *via* les comportements addictifs ou la psychosomatisation de troubles psychologiques.

De nombreuses études, tant quantitatives que qualitatives, ont montré la forte propension aux conduites addictives parmi la population précaire. Il s'agira d'aller plus loin et d'analyser l'impact des différents modes d'adaptation identitaire et comportementale à des conditions dégradées – dévalorisation de soi, troubles psychologiques, tendance à l'auto-exclusion ou, au contraire, logique de mobilisation des ressources informelles, construction face aux difficultés... – sur le rapport au corps (moins écoute de la douleur, perception de son corps, projection dans le temps) et au risque (dérives addictives...).

Trois dimensions fondamentales pourront être explorées :

- l'impact de l'addiction aux drogues et/ou à l'alcool sur la perception du corps et de la douleur en comparant les usagers aux non-usagers.

⁵⁵ C'est ainsi que certains centres, à vocation généraliste, ont opéré à une forme de spécialisation dans certains secteurs médicaux, en se munissant notamment de dentistes ou de psychiatres.

Conclusion

- En particulier, je tenterai d'expliciter l'apparent paradoxe qui consiste, pour beaucoup d'individus, à développer des comportements addictifs comme moyens pour protéger leur intégrité physique et psychique.
- Enfin, en me fondant sur l'œuvre de Laplantine (*Anthropologie de la maladie*), je me concentrerai sur les logiques de gestion de la maladie et de la douleur.

3 – Composantes sociales des logiques de recours aux soins :

L'objectif soutenu est donc de mieux comprendre comment le positionnement et les attitudes de santé face à des situations défavorables selon les trajectoires et les stratégies individuelles et qu'ils ne sauraient se restreindre aux seules déficiences économique-administratives.

Lors de mes précédents travaux (au sein du CREDES et du DEA), j'ai pu distinguer trois idéal-types de logiques de recours aux soins : l'adhésion aux soins, la résistance aux soins – difficultés à initier une démarche de soins ou à observer les prescriptions médicales – et le refus des soins. La recherche des déterminants indique que, si les difficultés économiques et l'absence de couverture sociale tendent à retarder la prise en charge des problèmes médicaux, c'est le cumul des facteurs exogènes (i.e. conditions de vie objectives) et endogènes (i.e. dévalorisation de l'image de soi, troubles psychologiques laisser-aller dans les conduites addictives...) de la précarité que l'on retrouve chez les individus se référant à des logiques de refus des soins – et de défiance à l'égard des structures médico-sociales.

Un même ensemble de phénomènes concourt à la genèse des logiques de défiance à l'égard des recours aux soins et au développement des processus de précarisation, d'où la plus fréquente simultanéité de leurs manifestations. Ainsi, d'un côté, la faiblesse des ressources initiales, économiques, culturelles, sociales, dont dispose une personne freine notablement l'acquisition de positions stables, pour l'emploi, le logement et en matière d'installation familiale, statuts qui font barrage à la précarisation ; alors que, de l'autre côté, la faiblesse des moyens culturels et sociaux d'apprentissage du fonctionnement et des usages du système de santé maintient dans une situation d'ignorance et de sujétion favorisant l'emprise d'une logique de défiance à l'égard du recours aux soins. On peut supposer que si des personnes psychologiquement vulnérables se trouvent dans des situations angoissantes qui les mettent en jeu, soit à travers l'image de leur corps, soit pour ce qui est des conséquences aléatoires sur leur santé, leurs comportements tendront alors davantage à se référer à une logique de défiance que de confiance à l'égard des structures de soins.

D'autre part, l'analyse des démarches de soins (propension à renoncer ou à différer des soins, comportements d'automédication répandus...) devra être rapprochée des caractéristiques socio-démographiques des individus, des relations entretenues avec les structures et avec l'entourage proche, des représentations de santé héritées ou construites sur leurs expériences passées de santé et de prise en charge médicale.

4 - Rapport à soi, stratégies individuelles d'approche des biens et des structures de santé :

Conclusion

Par les affections particulières et " symptomatiques " que véhiculent la dépossession des statuts socioprofessionnels (ou la négation d'un tel statut pour les sans-papiers), le corps devient porteur de stigmates profondément négatifs, participant de la dévalorisation de soi. La pérennité de l'instabilité des conditions de vie et l'éternelle vacuité du présent peu à peu se fixent comme autant de traces corporelles et comportementales rendues éminemment visibles. C'est aussi par le prisme des regards extérieurs – individuels comme institutionnels – que l'individu se positionne et reconstruit son parcours. Il serait donc intéressant de voir les stratégies mobilisées et les modes de présentation de soi employés par les individus afin de rendre, tout au moins acceptable (pour eux comme pour autrui), cette figure dégradée. L'objectif sera d'approfondir la réflexion sur les paroles qui indiquent une immense résistance aux soins, une dureté supposée, une absence d'écoute et un déni du corps. On peut, en effet, supposer que les déclarations et les paroles données sont pliées par les stigmates négatifs et sont interprétables dans ce cadre. Ce sont les stigmates qui font ployer le sens des récits vers « la grande victime » ou une « vie coupable ». Pour les individus, il s'agit alors de savoir comment donner une figure acceptable de soi quand les stigmates sont visibles et bruyants, comment les remanier, les déplacer, les transformer positivement. Il faudra donc se garder de prendre les paroles et les déclarations sans tenir compte de ce cadre d'interaction entre le monde médical et le stigmaté.

En dehors de toute considération de précarité, on suppose ainsi que les personnes qui hésitent à avoir recours aux différentes structures de soins agissent selon une « logique de défiance » : elles considèrent a priori que tout recours à ce système de santé qu'elles connaissent mal est menaçant, soit parce qu'elles ont peur d'y apprendre l'existence d'une maladie, soit parce que leur ignorance pouvant être dévoilée, elles risquent à cette occasion d'être méprisées, voire d'être sanctionnées et privées de certaines de leurs ressources. A l'autre extrême, les personnes qui ont recours sans difficultés aux différentes structures de soins agissent selon une « logique de confiance » : elles considèrent a priori qu'elles n'ont pas à se méfier de leur visite de santé, que les interventions qui peuvent leur être alors prodiguées seront effectuées pour leur bien et qu'elles ne risquent à cette occasion ni d'être méprisées, ni de se voir agressées ou indûment taxées.

Si une telle conception des logiques de recours aux soins est pertinente, on peut supposer alors que les degrés les plus importants de l'apprentissage de l'usage des structures de soins correspondent à une plus grande emprise des « logiques de confiance »; et qu'inversement, plus la personne est étrangère au symbolisme et aux pratiques des professionnels de santé, plus ses comportements obéissent à une « logique de défiance ». La détention d'un niveau important de ressources économiques, professionnelles et culturelles correspondrait plus fréquemment aux logiques de confiance alors que le fait de se trouver dans une situation de précarité de ressources, tant financières que de sociabilité, induirait une fragilité des repères qui s'associerait souvent avec les logiques de défiance. On suppose que l'importance de la méfiance à l'égard du système de soins ne trouve pas son origine principale dans la faiblesse du niveau des droits ou l'insuffisante protection sociale de l'intéressé. Mais, d'un autre côté,

on constate qu'elle est notablement renforcée dans les situations de précarité des droits ou des ressources financières. Réciproquement, la défiance à l'égard du système de soins engendre des retards de prise en charge des maladies qui, à leur tour, accentuent la gravité des troubles de santé et, de ce fait, concourent à la précarisation de la personne.

C) MÉTHODOLOGIE

1- Outils quantitatifs potentiels et protocoles d'accord avec différents organismes :

Étant, de formation initiale, statisticien spécialisé en économie de la santé⁵⁶, il m'a semblé intéressant d'utiliser ces connaissances dans le cadre de cette thèse. A l'heure actuelle, trois principales sources de données riches et diversifiées me semblent pouvoir être travaillées :— Les données du CREDES, que j'ai déjà en partie exploité (lorsque j'étais chargé d'étude au CREDES et pour ma recherche de DEA). Cette base très riche me permettrait en particulier d'approfondir la dimension de la santé, du rapport au corps et aux soins. L'intérêt porté par l'administration et les chercheurs du CREDES à mon mémoire de DEA ouvre la voie à un nouveau protocole d'utilisation indépendante de ces données.

— A l'occasion de contacts répétés avec une personne de l'administration de la Mission Locale de Poitiers, un accord bilatéral pourrait être envisagé. Les données, non exploitées à ce jour, dont dispose l'organisme dévoile un double intérêt dans le cadre de ma recherche. D'une part, les informations portent à la fois sur les conditions de vie et les éventuels problèmes de santé des individus (puisque un médecin y travaille à plein temps). D'autre part, et surtout, il s'agit de données dynamiques (suivi des parcours individuels dans le temps) qui permettent d'étudier l'évolution des conditions de vie des individus. Ce serait là un matériel précieux qui me permettrait de suivre les processus et modes de disqualification mais aussi de requalification sociales.

— Enfin, j'ai pris contact avec l'INSEE qui mène actuellement une vaste étude sur les personnes en situation de précarité en France. Cécile Brousse, responsable de cette enquête, m'a adressé un avis favorable quant à une utilisation strictement personnelle et confidentielle de ces données. Cependant, l'exploitation de l'enquête étant conduite par un groupe de travail comprenant outre l'INSEE et l'INED, les organismes qui ont financé l'enquête (CERC, CNAF, ministère du logement, ministère de l'emploi et de la solidarité, observatoire de la pauvreté), l'INSEE se doit de garantir à ses partenaires un droit d'exclusivité sur les publications d'études portant sur cette enquête jusqu'en 2003 (date à laquelle les données deviendront publiques). Néanmoins, elle m'a proposé de demander l'aval des institutions en question afin que je puisse exploiter les données pendant cette période de carence. A l'heure actuelle, elle m'a envoyé le questionnaire complet de cette étude et m'a proposé une rencontre afin que je lui soumette mon projet.

⁵⁶ Diplôme de l'ENSAI (Ecole Nationale de la Statistique et de l'Analyse de l'Information) obtenu en 2000.

2. Outils qualitatifs

Le travail qualitatif me permettra d'explorer mes hypothèses d'une manière plus systématique (analyse des processus) ; je pense repartir des entretiens semi-directifs réalisés dans le cadre de la recherche du CREDES en les complétant par un ensemble d'entretiens pour une série de publics exposés à des processus significatifs et différenciés de précarisation :

- jeunes en difficulté d'insertion,
- familles précarisées,
-
- personnes isolées exclues du marché du travail.

Ces nouveaux entretiens porteront davantage sur le rapport au corps, les relations avec les structures médico-sociales et les modes de mobilisation des aides formelles et informelles. La passation de tels entretiens pourrait se passer dans plusieurs espaces de contact avec ces publics :

- Mission Locale pour les jeunes (Poitiers)
- Centres de soins gratuits (Paris)
- Centre de prévention (bilans de santé) (banlieue parisienne)

Deux types d'approches me semblent ici pertinentes.

- La première consistera à élaborer un échantillon d'individus pour lesquels je pourrai effectuer, avec leur accord, une vague de 2 à 3 entretiens espacés dans le temps, permettant ainsi de mieux comprendre le lien entre l'évolution des conditions de vie, des réseaux de sociabilité, du rapport aux structures médico-sociales, au corps et à la santé.
- La seconde approche pourrait consister en une analyse comparative des parcours et des représentations de deux sous-échantillons : le premier porterait sur des individus actuellement en grandes difficultés alors que le second concernerait des sujets qui " se sont sortis des difficultés ".

Conclusion

Bibliographie

BIBLIOGRAPHIE

- Adam P. , Herzlich C. ,** *Sociologie de la maladie et de la médecine*, 1994, Editions Nathan.
- Adès J., Lejoyeux M.,** *Alcoolisme et psychiatrie*, 1997, Editions Masson
- Agresti A. ,** *An Introduction to Categorical Data Analysis*, 1996, John Wiley & Sons, Inc.
- Andersen, Gallagher, Gelberg, Koegel,** *Competing priorities as a barrier to medical cares among homeless adults in Los Angeles*, 1997, American Journal of public health.
- Antonovsky A. ,** *Health, stress and coping*, 1979, Editions Jossey-Bass.
- Appay B. ,** « Précarité, précarisation : réflexions épistémologiques », 2001, dans *Précarisation, risque et santé*, Editions INSERM.
- Bantman P. , Martin S. , Ménahe G. ,** *Trajectoires sociales et inégalités*, 1994, MIRE/INSEE.
- Barrier G. ,** *La prise en charge effective des urgences médicales*, 1994, Rapport rendu au Premier Ministre sur la prise en charge préhospitalière des urgences.
- Bichot E., d'Agostin E., Malpart M.L. , Martin B. , Ruellan R. ,** *Les conditions d'un véritable accès aux soins des personnes défavorisées*, 1997, Centre Nationale d'Etudes Supérieures de Sécurité Sociale.
- Bisson J., Nadeau L., Demers A. ,** « The validity of the CAGE scale to screen for heavy drinking and drinking problems in a general population survey », 1999, Addiction n°94 pp. 715-722.
- Black B. , Bruce M.E. ,** « Treating tuberculosis : the essential role of social work », Social Work Health Care n°26.
- Bocognano A. ,** *Le recours aux soins médicaux des chômeurs en France*, 1995, CREDES.
- Bourdieu P. ,** *La distinction, critique sociale du jugement*, 1979, Editions de Minuit.
- Bourdieu P.** (avec L. J. D. Wacquant), *Réponses*, 1992, Editions du Seuil.
- Bourget-Devouassoux J. , Chastang A. , Kovess V. , Ortun M. ,** « La santé mentale dans l'enquête « Conditions de vie ». Problématiques et premiers résultats », 1992, Revue de Santé Publique.
- Bouyer J. , Cordier S. , Hémon D. ,** *Épidémiologie : principes et méthodes quantitatives*, 1993, Editions INSERM.

- Breakey W.R. , Fischer P.J. ,** « The epidemiology of alcohol, drug and mental disorders among homeless persons », 1991, American Psychologist volume n°46.
- Buchsbaum DF., Buchaman RG., Centor RM., Schnoll SH., Lawton MJ. ,** *Screening for alcohol abuse using CAGE scores and likelihood ratios*, 1991, Ann. Intern Méd.
- Burnam A. , Koegel P. , Melamid E. ,** « Childhood risk factors for homelessness among homeless adults, 1995 », American Journal of Public Health n°12.
- Castel R. ,** *Les métamorphoses de la question sociale. Une chronique du salariat*, 1995, Editions Fayard.
- Charbonnel J-M., Paugam S.; Zoyem J-P.,** *Précarité et risque d'exclusion en France*, La Documentation Française.
- Chasseriaux C. ,** *La grande exclusion sociale, questions liées à l'insertion et au devenir des publics en grande difficulté sociale*, 1993, rapport au ministre des Affaires Sociales de la Santé et de la Ville, La Documentation Française.
- Chauvin P. , Lebas J. ,** *Précarité et santé*, 1998, Editions Flammarion.
- Chauvin P. , Guiguet M. , Lebas J. , Menahem G. , Pech N. , Parizot I. ,** *Précar : trajectoires de précarité, états de santé et accès aux soins*, rapport final à l'intercomission n°6 de l'INSERM, 1999, Institut de l'Humanitaire.
- Chauvin P. , Facy F. , Joubert M. , Ringa V. ,** *Précarisation, risque et santé*, 2001, Editions INSERM.
- CNIS (Conseil National de l'Information Statistique),** *Pauvreté, précarité, exclusion*, 1998, rapport rendu à l'INSEE.
- Collet M.,** *Précarité, précarisation et logiques de recours aux soins*, 2000, rapport de stage ENSAI.
- Conover S.A. , Lin S.P. , Struening E.L. , Susser E. S. ,** « Childhood Antecedents of Homelessness in Psychiatric Patients », 1991, American Journal of Psychiatry n°148.
- Daguet F. , Thave S. ,** « La population immigrée », 1999, INSEE Première n°458.
- Damon J. , Firdion J-M. ,** « Vivre dans la rue : la question SDF », dans **S. Paugam :** *L'exclusion, l'état des savoirs*, 1996, Editions La Découverte.
- Danset,** *Eléments de la psychologie du développement : introduction et aspects cognitifs*, 1983, Editions Colin.
- Dambuyant-Wargny G. ,** « Corps et précarité », 2001, Ecorev' n°4.

Declerck P. , Duprat P. , Gaslonde O. , Hassin J. , Pichon J.P. , *L'état médico-social et psychopathologique des personnes SDF*, 1996, Réseau National de Santé Publique.

De Gaulejac V. (en collaboration avec **Taboada Leonetti I.**), 1994, *La lutte des places*, Editions Desclée de Brouwer.

Demazières D. , « La négociation des identités des chômeurs de longue durée », 1992, dans Revue française de sociologie n° XXXIII.

Dubar C., « Formes identitaires et double transaction : une théorie de la socialisation professionnelle », 1992, Revue Française de Sociologie.

Farge D., Marjanovic Z., Poinsignon Y. , « Maladies infectieuses liées à la pauvreté », 1997 dans Farge, Jourdain-Meninger, *L'hôpital public : le retour à l'Hôtel Dieu*, Editions Hermès, pp. 99-122.

Fassin D. , Granjean H. , Kaminski M. , Lang T. , Leclerc A. , *Les inégalités sociales de santé*, 2000, Editions la Découverte.

Firdion J.M. , Marpsat M. , « Devenir sans domicile ; ni fatalité, ni hasard », dans Populations et Sociétés n° 313.

Firdion J.M. , Marpsat M. , « Les personnes sans domicile à Paris : caractéristiques, trajectoires et modes de vie », 2000, dans *La rue et le foyer : une recherche sur les sans-domicile et les mal-logés dans les années 1990*, Travaux et documents de l'INED PUF.

Furtos J. , « Contexte de précarité et souffrance psychique : quelques particularités de la clinique psychosociale », Septembre 1999, Revue Soins.

Gache P. , « Repérage et diagnostic des malades de l'alcool », 1999, La Revue du Praticien n°49, pp. 375-378.

Galland O. , « Entrer dans la vie adulte : des étapes plus tardives mais resserrées », 2000; Economie et Statistiques n°337-338.

Godbout J.T. , *Le don, la dette et l'identité*, 2000, Editions La Découverte / M.A.U.S.S.

Goffman E., *Asiles, études sur la condition sociale des malades mentaux*, 1968, Editions de Minuit.

Goffman E., *Stigmate, les usages sociaux des handicaps*, 1975, Editions de Minuit.

Gouriéroux Ch. , *Econométrie des Variables Qualitatives*. 1992, Editions Économica.

Grignon M. , Polton D. , « Inégalités d'accès et de recours aux soins », dans *Mesurer les inégalités*, 2000, Ministère de l'Emploi et de la Solidarité Mission Recherche - DREES.

Hassoun D. , *Précarité et santé bucco-dentaire*, 1998, Thèse au sein du CREDES.

- Herpin N.** , « La famille à l'épreuve du chômage », 1990, Economie et Statistiques n°235.
- Joubert M.** , « Précarisation et santé mentale. Déterminants sociaux de la fatigue et des troubles dépressifs ordinaires » dans *Précarisation, risque et santé*, 2001, Editions INSERM.
- Huas D., Allemand H., Loiseau D., Pessione F., Rueff B.** , « Prévalence du risque et des maladies liées à l'alcool dans la clientèle adulte du généraliste », 1993, Revue Pratique du Médecin Généraliste n°203, pp. 39-44.
- Kovess V. , Mangin-Lazarus C.** , *La santé mentale des sans-abris dans la ville de Paris*, 1996, Association l'Elan Retrouvé.
- Laé J.F.** , *L'homme à la rue, étapes et figures de l'abandon*, 1993, GRASS.
- Lagache D.** , *Eléments de psychologie médicale*, 1955, repris en 1979, PUF.
- Lamarque G.** , *L'exclusion*, 1998, Que sais-je ? 2^{ème} édition.
- Laplantine F.** , *Anthropologie de la maladie*, 1956, Editions Payot.
- Lazarus A., Strohl H.**, *Ville, santé mentale, précarité et exclusion sociale. Une souffrance qu'on ne peut plus cacher*, 1995, Rapport DIRMI, DIV, DASS, DGS.
- Lebas J.** , *Accueil des malades démunis à l'Assistance Publique – Hôpitaux de Paris*, 1994, rapport à la Commission.
- Lecomte T. , Mizrahi An. , Mizrahi Ar.** avec Firdion J.M et Marpsat M. de l'INED, *Vie et santé des personnes sans domicile à Paris : enquête INED 1995*, 1998, CREDES.
- Lecomte T. , Mizrahi An. , Mizrahi Ar.** , *Précarité sociale : cumul des risques de sociaux et médicaux*, 1996, CREDES
- Legrand J-L. , Pineau G.** , *Les histoires de vie*, 1993, PUF Editions Que sais-je ?
- Mackenbach JP, Kunst AE, Cavelaars AEJM, Groenhof F., Geurts JJM**, *European Working Group on Socio-economic Inequalities in Health*, 1997, « Socioeconomic inequalities in morbidity and mortality in western Europe : a comparative study », Editions Lancet.
- Maisondieu J.** , « Alcool, alcoolisme, exclusion et précarité », 2001, dans *Précarisation, risque et santé*, Editions INSERM.
- Mäkela R. , Seppä K. , Sillanaukee P.** , « Effectiveness of the Alcohol Use Disorders Identification Test in occupational health screenings », 1995, in *Alcoholism : Clinical and Experimental Research*.
- Martin C.** , « Famille et précarité : la protection rapprochée », 2001, dans *Précarisation, risque et santé*, Editions INSERM.

- Massé R.** , *Culture et santé publique. Les contributions de l'anthropologie à la prévention et à la promotion de la santé*, 1995, Editions Gaëtan Morin.
- Ménahe G.** , avec la collaboration de Bantman P. et Martin S. , *Quand l'enfance fait mal – Trois approches des relations entre problèmes de jeunesse et troubles de la santé à l'âge adulte*, 1998, Rapport de recherche pour la MIRE.
- Ménahe G.** , « Spécificités des usages précaires des systèmes de soins : quelques hypothèses », dans *Les usagers du système de soins*, 2000, Editions ENSP.
- Ménolet-Calles B.** , *L'accès aux soins des personnes démunies*, 1997, Editions L'harmattan.
- Mesrine A.** , « La surmortalité des chômeurs : un effet catalyseur du chômage ? », 2000, Economie et Statistiques n° 334.
- Morisson A., Pomerantz D.** , *Alcohol problems*, Bellevue Guide to outpatient medicine.
- Nasse R.** , *Exclus et exclusion : connaître les populations, comprendre les processus*, 1993, Commissariat Général du Plan, La Documentation Française.
- Paris V. , Sourty Le Guellec M.J.** , « Lieux de soins pour les démunis », 1997, dans Bulletin de l'Académie Nationale de Médecine, Santé et Pauvreté, volume n° 181.
- Paugam S. , Zoyem J.P.** , « Le soutien financier de la famille : une forme essentielle de la solidarité », 1997, Economie et Statistiques n°308-309-310.
- Paugam S.** , « Famille et vie conjugale », dans *Précarité et risque d'exclusion en France*, 1993, Documents du CERC n°109.
- Piaget J.** , *La psychologie de l'enfant*, 1971, PUF 4ème édition.
- Picard H.** , *Une nosologie de la misère : le cas des tsiganes roumains de la banlieue parisienne nord*, 1997, thèse effectuée à Paris VI.
- RESSCOM et DIV** , *Séminaire ville, violences et santé mentale*, avril 2001, Bulletin n°1
- Rubin D.A. , Wright J.D.** , « Les sans-domicile aux Etats-Unis, leçons tirées de quinze années de recherches », 1998, Sociétés Contemporaines n°30.
- Rueff**, dans *Les malades de l'alcool*, 1995, Editions John Libbey Eurotext.
- Sayad A.** , *La double absence. Des illusions de l'émigré aux souffrances de l'immigré*, 1999, Editions Seuil.
- Schleret**, « Consommation et accès aux soins : la prise en compte des plus démunis », 1993, dans Revue des affaires sociales, volume n° 47, p. 75-91.

Schnapper D. , *La relation à l'autre. Au coeur de la pensée sociologique*, 1998, Editions Gallimard NRF / Essais.

Seeman M., Seeman A. , «Life strains, alienation and drinking behavior», 1992, Alcoholism : Clinical end Experimental Research n°16, pp. 199-205)

Thomas H. , *La production des exclus*, 1997, PUF

Trapier P., *Mort d'un SDF*, 1996, Editions Calman-Levy.

UHSO (Groupe de travail), *L'hôpital et les exclus*, 1994; dans la Revue Hospitalière de France n°6.

Vexliard A. , *Le clochard. Etude de la psychologie sociale*, 1957, réédition en 1998, Paris, Desclée de Brouwer.

Volle M. , *Analyse de données 4ème édition*, 1997, Editions Economica.

ANNEXE 1

Le questionnaire *Précalog* :

1. **Identification du centre** |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|
2. **Date de remplissage** |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|
3. **Numéro d'ordre du patient** |_|_|_|_|_|

4. **Âge** |_|_|_|_|
5. **Sexe** M F

6. Raisons de la demande de consultation

6.1 Pour quelles raisons êtes-vous venu aujourd'hui ?
(Cette première question introduira l'entretien. Elle devra être saisie textuellement, avec les mots de la personne et même ses erreurs de syntaxe. Il faut donc accepter toutes les réponses, qu'elles précisent le type de consultation, le type de problèmes de santé, de problèmes administratifs liés à l'absence de couverture sociale ou d'autres problèmes.)

.....

.....

.....

.....

- 6.2 Êtes-vous déjà venu dans ce centre ? oui non
 ↳ si oui, quand la dernière fois ?

7. Logement actuel

- 7.1 Type de logement
- chez moi
- chez des amis
- dans la famille
- dans un centre d'accueil (CHRS, etc.)
- dans un foyer (SONACOTRA, etc.)
- à l'hôtel
- dans un squat
- à la rue, SDF
- autre, *préciser*

- 7.2 Votre logement est-il fixe ou temporaire ?
- fixe ⇒ *depuis combien de temps* ?
- temporaire ⇒ *depuis combien de temps* ?

8. Travail actuel

- 8.1. Situation de travail ? (plusieurs réponses possibles)
- stable
- temporaire
- travail non déclaré, au noir
- ne travaille pas
- en recherche d'emploi/au chômage

8.2. Depuis quand êtes-vous dans cette situation ?

9. Quelles sont vos ressources ? (plusieurs réponses possibles)

- salaire ou autre revenu déclaré
- retraite
- petits boulots, travail au noir
- allocation chômage, ASSEDIC
- RMI, AAH, pension
- autre allocation (familiale, logement, ...)
- aide de la famille ou de proches
- fait la manche
- aucune ressource
- autre, *préciser*

10. Formation

- 10.1 A quel âge avez-vous cessé d'aller régulièrement à l'école ? ⇒ |_|_|_|_| ans
- 10.2 Quel est votre métier actuel, ou le dernier métier que vous avez exercé ?
-

11. Situation familiale

- 11.1 Avez-vous une relation sentimentale ou amoureuse qui compte beaucoup pour vous ? oui non
- 11.2 Vivez-vous en couple ? oui non
- 11.3 Avez-vous des enfants ? oui non
 ↳ si oui, combien |_|_|_|_|
- 11.4 Vivez-vous avec d'autres personnes ? oui non
 si oui,
 ↳ nombre d'adultes (*y compris vous-même*) |_|_|_|_|
 ↳ nombre d'enfants au total |_|_|_|_|
- 11.5 Depuis combien de temps êtes-vous dans cette situation familiale ?
- 11.6 Avez-vous l'impression d'être isolé ? oui non

12. Situation légale

- 12.1 Quelle est votre nationalité ?
- 12.2 Si né hors de France, lieu de naissance
- ↳ Année d'arrivée en France |_|_|_|_|_|_|
- 12.3 Si vous êtes étranger, quelle est votre situation administrative ?
- carte de résident, statut de réfugié accordé
- carte de séjour
- récépissé en cours de validité
- sans papiers
- autre, *préciser*
- 12.4 A-t-on établi pour vous une demande d'autorisation provisoire de séjour pour soins urgents ? oui non
- Si oui, pour quels motifs ?
-

13. Trajectoires de vie

13.1. Avant d'avoir atteint vos 18 ans, avez-vous connu des événements familiaux graves ou des difficultés importantes, tels que (*plusieurs réponses possibles*) :

- graves problèmes de santé
- décès du père
- maladie, handicap ou accident grave du père
- décès de la mère
- maladie, handicap ou accident grave de la mère
- séparation ou divorce des parents
- graves disputes ou mésentente entre les parents
- conflits ou disputes graves avec vos parents
- un grand manque d'affection
- une situation matérielle difficile
- des événements graves liés à la guerre
- d'autres événements

13.2 Avez-vous, au cours de votre vie été victime d'un ou de plusieurs accidents graves ? oui non
↳ Si oui, combien ? |__|__|

13.3 Lesquels (*plusieurs réponses possibles*)

- accident du travail
- accident de la circulation
- accident de la vie domestique
- accident dans les loisirs
- autre type d'accidents

14. Protection sociale

- bénéficiaire de la sécurité sociale (*assuré ou ayant droit*)
- aide médicale, carte Paris santé, etc.
- sans protection sociale
- ne sait pas

15. Recours aux soins

15.1 Vous est-il déjà arrivé de renoncer pour vous-même à certains soins pour des raisons financières ? oui non

15.2 Si oui, pour quels soins ? (*au plus 2 réponses*)
.....
.....

16. Attitudes à l'égard des soins

16.1 Au cours des 12 derniers mois, avez vous souffert d'une douleur difficile à supporter ?

- oui, une fois oui, plusieurs fois non ne sait pas

16.2 Si oui, où avez-vous eu mal ?

16.3 Qu'avez-vous fait la dernière fois? (*plusieurs réponses possibles*)

- | | oui | non | nsp |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| ↳ Avez-vous attendu que cela passe ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ↳ Avez-vous essayé de vous soigner vous-même ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ↳ Êtes-vous allé consulter ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ↳ Avez-vous été hospitalisé ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

↳ Qui êtes-vous allé consulter ?

- un médecin généraliste
- un kinésithérapeute
- un dentiste
- autre, précisez ⇒

↳ Avez-vous été satisfait du traitement reçu pour soulager cette douleur ? très satisfait
 plutôt satisfait
 plutôt pas satisfait
 pas du tout satisfait

16.4 Avez-vous attendu avant de demander de l'aide ? oui non
↳ si oui, combien de jours ? |__|__|

16.5 Si vous aviez besoin de voir un médecin et si c'était gratuit dans tous les cas, préféreriez-vous ?
 continuer à venir ici
 consulter dans un dispensaire, PMI, centre de soins, ...
 consulter à l'hôpital
 consulter chez un médecin de quartier
 autre, précisez ⇒

17. Évaluation des difficultés à observer des prescriptions médicales éventuellement reçues

17.1 La dernière fois que vous avez vu un médecin, vous a-t-il fait une ordonnance pour des médicaments ? oui non

17.2 Avez-vous pu prendre ces médicaments pendant toute la durée du traitement ? oui non
↳ Si non, pourquoi ?

17.3 La dernière fois que vous avez vu un médecin, vous a-t-il fait une ordonnance pour une prise de sang ou des radios ? oui non
↳ Avez-vous eu des difficultés pour les réaliser ? oui non
↳ si oui, pourquoi ?

18. Aller chez le médecin vous fait-il peur ? oui non

19. Mode de vie actuel

19.1 Fumez-vous actuellement ? oui non
↳ si oui, combien de cigarettes par jour ? |__|__|
↳ ou de paquets de tabac par semaine ? |__|__|

19.2 Vous arrive-t-il de boire du vin,

19.3 Si oui, avez-vous déjà ressenti le besoin de diminuer votre consommation de boissons alcoolisées ? oui non

19.4 Votre entourage vous a-t-il déjà fait des remarques au sujet de votre consommation de boissons alcoolisées ? oui non

19.5 Avez-vous déjà eu l'impression que vous buviez trop ? oui non

19.6 Avez-vous déjà eu besoin d'alcool dès le matin pour vous sentir en forme ? oui non

20. Estimation subjective de l'état de santé

Actuellement, compte tenu de votre âge, pouvez-vous noter entre 0 et 10 votre état de santé ? |__|__|
Ne sait pas

21. Raisons de la demande de consultation

Pour quelles raisons êtes-vous venu ici aujourd'hui?

(Cette première question introduira l'entretien. Elle devra être saisie textuellement avec les mots de la personne et même ses erreurs de syntaxe. Il faut donc accepter toutes les réponses, qu'elles précisent le type de consultation, le type de problème de santé, de problèmes administratifs liés à l'absence de couverture sociale ou de problèmes autres)

22. Types de symptômes dont se plaint le patient

Noter en clair les symptômes déclarés par le patient, si possible dans les termes les plus proches de son vocabulaire (ce qui peut aussi nous aider à évaluer ses connaissances médicales).

23. Noter en clair le/les diagnostic(s) et cocher ci-dessous la/les case(s) correspondante(s)

- Vue et ophtalmologie 1. Troubles de la vue
- 2. Autre problème ophtalmologique
- Respiratoire et ORL** 3. **Infection des voies aériennes supérieures, infection ORL**
- 4. Infection broncho-pulmonaire
- 5. Asthme, emphysème, BPCO
- 6. Autre problème broncho-pulmonaire
- 7. Autre problème ORL
- Cardio-vasculaire 8. Hypertension artérielle
- 9. Maladie cardiaque (*angor, insuffisance cardiaque, valvulopathies, etc.*)
- 10. Phlébite, varices, insuffisance veineuse
- 11. Autre problème cardio-vasculaire
- Bouche et dents 12. Problème bucco-dentaire
- Digestif 13. Maladie de l'oesophage
- 14. Maladie de l'estomac (ulcère, gastrite, etc.)
- 15. Maladie intestinale ou ano-rectale
- 16. Maladie hépato-biliaire ou pancréatique
- 17. Autre maladie intestinale
- Génito-urinaire 18. Diagnostic ou suivi de grossesse, obstétrique
- 19. Troubles gynécologiques (y compris seins)
- 20. M.S.T.
- 21. Infection urinaire ou prostatique
- 22. Autre maladie génito-urinaire
- Peau** 23. **Infection cutanée, plaie infectée, mycose**
- 24. Parasitose cutanée
- 25. Autre dermatose non infectieuse
- Infectieux 26. Infection à VIH
- 27. Tuberculose
- 28. Autre maladie infectieuse non classée ailleurs
- Psychiatrie 29. Toxicomanie
- 30. Alcoolisme
- 31. Angoisse, anxiété, troubles du sommeil
- 32. Dépression
- 33. Autre problème psychiatrique
- Neurologie 34. Céphalée, migraine
- 35. Autre problème neurologique

24. Diagnostic(s) en clair :

.....
.....

S'il s'agit d'une infection ORL ou respiratoire haute AIGUE : rhume, rhinite aiguë, toux, pharyngite, angine, sinusite aiguë, laryngite, otite aiguë...

24.1 Depuis quand souffrez-vous ?

24.2 Vous êtes-vous d'abord soigné sans voir un médecin ?
 oui quand ?
 non

24.3 Avez-vous déjà consulté un médecin pour cela avant aujourd'hui ?
 oui quand pour la 1^{re} fois ?
 non

S'il s'agit d'une infection AIGUE de la peau ou de ses annexes : impétigo, dermite bactérienne, abcès cutané, furoncle, érysipèle, surinfection d'une dermatose, surinfection d'une plaie, mycose aiguë...

24.4 Depuis quand souffrez-vous ?

24.5 Vous êtes-vous d'abord soigné sans voir un médecin ?
 oui quand ?
 non

24.6 Avez-vous déjà consulté un médecin pour cela avant aujourd'hui ?
 oui quand pour la 1^{ère} fois ?
 non

- | | | | |
|----------------|--|--------------|--|
| Locomoteur | 36. <input type="checkbox"/> Arthrose | | |
| | 37. <input type="checkbox"/> Rhumatismes | | |
| | 38. <input type="checkbox"/> Traumatisme, fracture, plaie non infectée | | |
| | 39. <input type="checkbox"/> Autre locomoteur | | |
| Tumeurs | 40. <input type="checkbox"/> Cancer, tumeur maligne | | |
| | 41. <input type="checkbox"/> Tumeur bénigne ou tumeur sans précision | Autre | 48 <input type="checkbox"/> Prévention ou vaccination |
| Hématologie | 42. <input type="checkbox"/> Hémopathies malignes | | 49 <input type="checkbox"/> État morbide mal défini |
| | 43. <input type="checkbox"/> Anémie et autres maladies du sang | | 50 <input type="checkbox"/> En bonne santé, visite systématique |
| Endocrinologie | 44. <input type="checkbox"/> Diabète | | 51 <input type="checkbox"/> Anomalie congénitale, affection périnatale |
| | 45. <input type="checkbox"/> Dénutrition, carence alimentaire | | 52 <input type="checkbox"/> Autre, préciser |
| | 46. <input type="checkbox"/> Obésité | | |
| | 47. <input type="checkbox"/> Autre endocrino-métabolique | | |

25. Évaluation de la perception des difficultés concernant la dentition

Les questions qui suivent ont été posées à un échantillon représentatif de la population générale vivant en France. Afin de pouvoir mettre en évidence les caractères particuliers des personnes en situation de précarité, il serait nécessaire que vous les posiez à votre patient dans les mêmes termes et avant de procéder à l'examen de dépistage des problèmes dentaires.

- 25.1 Avez-vous déjà perdu ou fait arracher des dents, en dehors des dents de sagesse ou des dents de lait ? oui non
- 25.2 Combien vous manque-t-il de dents non remplacées ? (*par dents "remplacées" on entend celles pour lesquelles la personne dispose d'une prothèse ou d'un appareil, même si elle ne le porte pas*)
- 25.3 Pourquoi ne les avez-vous pas fait remplacer ?
- 25.4 Avez-vous des prothèses dentaires (*couronnes, dentiers, bridges, plombages, ...*) ? oui non
- 25.5 De quand date votre dernière visite chez le dentiste ? mois année
- 25.6 Si cela fait plus d'un an, pourquoi n'y êtes-vous pas allé plus récemment ?

26. Proposition d'un examen dentaire :

- 26.1 *Lorsqu'un de vos patients a besoin de faire soigner ses dents, pouvez-vous l'orienter vers des soins dentaires gratuits ?* oui non
- Si oui, nous vous demandons de proposer au patient un examen de dépistage dentaire* ↗
- 26.2 Êtes-vous d'accord pour que je procède maintenant à un rapide examen de dépistage de vos problèmes de dents ? oui non

27. Résultats de l'examen dentaire pratiqué par le médecin :

- 27.1 Nombre de dents manquantes non remplacées :
- 27.2 Y a-t-il des prothèses visibles (*bridge, couronne, dentier, appareil...*) : oui non
- 27.3 Un soin dentaire curatif semble-t-il nécessaire actuellement pour le patient :
- ↳ *traitement de caries et autres soins dentaires courants* oui, probablement non ne sait pas
- ↳ *mise en place de prothèse(s) dentaire(s) ou appareil* oui, probablement non ne sait pas
- 27.4 Si des soins dentaires semblent nécessaires, le patient est-il d'accord pour aller consulter un dentiste ?
- tout à fait d'accord plutôt d'accord plutôt pas d'accord pas du tout d'accord ne sait pas

28. Après le départ du patient, quels sont vos éventuels commentaires sur ce patient ?

Nous vous remercions vivement de votre contribution à la réalisation de notre enquête.

ANNEXE 2

Le guide d'entretien :

Démarche générale :

Il s'agit de laisser la personne enquêtée rentrer dans la logique de son existence passée et de la laisser réadopter l'une ou l'autre des identités qu'elle avait construites au cours de sa vie antérieure. Pour ce faire, il serait utile de partir du récit d'expériences passées de maladies ou d'accidents ayant suscité des soins ou des interventions de professionnels de santé. À partir de ce point de départ, les relances encourageront autant que possible les associations avec les souvenirs d'enfance et les transformations véhiculées ou au contraire transformées. On tentera ainsi de remonter aussi loin que possible dans le passé de manière à ce que la personne interviewée s'immerge dans le "corridor de ses souvenirs", afin qu'elle retrouve les émotions, les angoisses ou les plaisirs qu'elle a vécus.

Le pari d'une telle démarche est de rendre présent à l'esprit les conceptions de la vie et de l'existence les plus profondes et de rendre compte de certaines des cohérences de base des rapports à la santé et aux soins, cohérences qui fondent la logique des défiances ou des confiances à l'égard des recours aux soins.

Thèmes abordés et pistes privilégiées:

L'information que l'on cherche à recueillir peut être subdivisé en 10 principaux blocs interdépendants et aisément fiable lors de l'entretien. Un des objectifs est notamment de voir si l'individu fait lui-même le lien entre sa situation précaire et les logiques de rapport au corps et aux soins qu'il dévoile.

Pour chacun des blocs, nous présentons ici les grands thèmes que nous souhaitons aborder (correspondent dans le texte aux questions précédées d'une puce). Par ailleurs, nous fournissons une série de questions

Cependant, cette série de questions n'est en aucun cas ni une liste exhaustive ni une liste imposée de questions à poser. Elle constitue une aide mais se doit d'être modelée par les orientations prises par la conservation.

Consigne de départ:

Une fois la prise de contact faite avec un interviewé potentiel, il nous faut lui résumer succinctement les objectifs affichés par notre étude:

Le CNRS et le CREDES mènent une recherche pour comprendre les différentes réactions qu'adoptent les personnes confrontées à la maladie et aux problèmes de santé. Nous voulons comprendre en particulier en quoi vous vous appuyez sur l'expérience que vous avez pu acquérir pendant votre jeunesse, dans votre milieu familial ou lors des épreuves que vous avez vécues. Dans ce but, nous aimerions que vous nous parliez de l'ensemble des problèmes que vous avez affrontés lorsque vous avez été malade, aujourd'hui mais aussi dans le passé, et des solutions que vous avez adoptées pour y faire face. Nous essaierons de comprendre ensemble en quoi cela a pu évoluer au cours de votre vie.

1. Raisons de la demande de consultation

Ce premier bloc peut constituer une introduction à l'entretien. Il ne s'agit pas de demander au patient de s'étendre sur les raisons de la consultation, mais seulement d'établir le contact avec lui.

- * Pour quelle(s) raison(s) êtes-vous venu aujourd'hui à *** (type de consultation, type de problème de santé, problèmes administratifs liés à l'absence de couverture sociale)?
- * Étiez-vous déjà venu avant ? Pour les mêmes raisons ? Fréquence et ancienneté des consultations? Avez-vous un dossier ici ?

2. Récit du problème de santé et de la décision de recours aux soins.

- * Pouvez-vous me dire comment vous avez décidé de venir vous faire soigner ici ? D'abord, quels étaient les premiers symptômes qui vous ont fait réagir ? Avez-vous souffert ? et si oui où ?
- * Comment avez-vous réagi à ces premières douleurs ou à ces premiers problèmes ?
- * Avez-vous attendu que cela se passe ? avez-vous demandé conseil à des proches ?
[on cherchera à saisir, non seulement la représentation de la maladie mais aussi le système de vigilance et d'alerte qu'utilise la personne pour surveiller son état de santé]
- * A quel moment avez-vous pris la décision d'aller voir un médecin ? Cette décision a-t-elle été prise seul ?
- * Quels critères ont présidé au choix du médecin, de l'hôpital, du dispensaire ou d'un centre de soins ?

3. Histoire des problèmes de santé.

- Avez-vous déjà eu de graves problèmes de santé ayant nécessité des interventions extérieures ?
 - * Si oui : pour quel problème ? qu'avez-vous fait ? et avez-vous essayé de vous soigner seul avant ?
 - * Si oui, comment vous êtes soigné ? un proche vous a-t-il conseillé ? ou aidé ?
 - * A partir de quoi considérez-vous qu'une maladie est grave ? votre avis est-il différent de celui des autres membres de votre famille ? ou de vos proches?
- D'une manière générale, considérez-vous que vous êtes résistant à la douleur ?
 - * Êtes-vous plus ou moins résistant à la douleur que les autres membres de votre famille proche ?
 - * A quoi est-ce dû d'après vous ? (conditions de vie actuelles, biographie personnelle, ...)
 - * Est-ce que cela a changé au cours de votre vie ?
- Avez-vous déjà été hospitalisé ?
 - * Où et quand ? Pour quelles raisons ? Comment cela s'est-il passé ? comment a été prise la décision de recourir à l'hôpital ? qui a pris la décision d'appeler un médecin ? après quels problèmes?
 - * Vous souvenez-vous avoir été à l'hôpital étant enfant, pour vous faire soigner ou pour visiter un proche ? Qu'avez-vous ressenti ? Est-ce que cela a changé des choses pour vous ?
- Lorsque vous étiez enfant ou adolescent, étiez-vous souvent malade ?
 - * Lorsque vous étiez malade, que se passait-il ? [recours ou non, type de recours, conséquences sur la vie familiale, scolaire, etc.]
 - * Vos proches considéraient-ils qu'il fallait tout faire pour vous soigner, ou avaient-ils plutôt tendance à ne pas prendre vos malaises au sérieux ?

- * Aimiez-vous être malade ? Appéciez-vous la situation de malade ?
- * Etiez-vous suivi par un médecin ? Aviez-vous peur de consulter un médecin ou étiez-vous au contraire très rassuré ?
- Lorsque vous étiez enfant ou adolescent, y avait-il dans votre entourage des personnes souvent malades?
- * Comment cela se passait-il ? Qu'est-ce que vous et votre entourage en pensait ?
- * Comment les soignait-on ? Faisait-on facilement appel à des professionnels de santé ? et à partir de quel moment décidait-on de recourir à leurs services ?
- * Y a-t-il dans votre famille des antécédents de maladie grave ? Que s'est-il passé ? quelles conséquences cela a-t-il eu ? Si le parent malade s'est soigné, cela a-t-il amélioré son existence ?

- En ce qui concerne votre santé et le recours aux médecins, avez-vous l'impression qu'il y a eu plusieurs périodes différentes au cours de votre vie ou bien est-ce la même chose depuis que vous êtes enfant ?
- * Est-ce que quelque chose a changé, dans votre manière de considérer les médecins, lorsque vous vous êtes marié par exemple, ou lorsque vous avez eu des enfants ? (+ autres moments importants de la biographie ?) A quoi est-ce dû ?
- * Est-ce que le système de soins a changé depuis votre enfance ? Si oui, en quoi ? Pourquoi d'après vous ?

4. Trajectoire biographique et familiale

- Trajectoire géographique et scolaire
- * Quel âge avez-vous ? Si étranger, à quel âge êtes-vous arrivé en France ?
- * Où êtes-vous né ? Quel était le métier de vos parents ?
- * Jusqu'à quel âge avez-vous été à l'école ? Le cas échéant, pourquoi avez-vous abandonné vos études ?
- * Avez-vous appris un métier ? Ou avez-vous suivi une formation professionnelle ?
- Événements marquants de votre vie et de votre jeunesse
- * Au total, avez-vous un souvenir heureux ou malheureux de votre enfance ?
- * Où avez-vous passé votre enfance ? Par qui avez-vous été élevé ? Et avec combien d'enfants avez-vous été élevé ?
- * Avez-vous rencontré des difficultés, des coups durs, dans votre jeunesse ? De quelles difficultés les plus marquantes vous souvenez-vous ?
- * Pour chacune d'entre elles, il serait important de préciser quelques points : l'origine de cette difficulté ? Et si vous pensez que quelqu'un en portait la responsabilité principale ?
- * Vous souvenez-vous de quelques conflits importants avec votre père ? Avec votre mère ? Et avec les autres membres de votre famille ?
- * Pensez-vous que les événements ou périodes difficiles que vous avez vécus durant votre jeunesse ont eu des conséquences sur votre santé ? Et sur votre manière de vous soigner ?
- * Plus généralement, avez-vous connu des événements dans votre vie qui ont marqué, pour une raison ou pour une autre, une rupture dans le cours de votre existence ? Si oui lesquels, et quelles en ont été les principales conséquences ?
- * Et pensez-vous que les autres événements ou périodes difficiles que vous avez vécus durant votre vie ont eu des conséquences sur votre santé ? Et sur votre manière de vous soigner ?

5. Attitudes à l'égard du risque et de la santé

- Estimez-vous vivre une vie risquée, en général, et particulièrement sur le plan de la santé ?
 - * Par exemple, pensez-vous que la précarité de vos conditions de vie fait courir des risques à votre santé ? Et pensez-vous consommer trop de tabac, ou trop d'alcool ?
 - * Estimez-vous prendre souvent des risques d'accidents, par exemple en roulant trop vite ? ou en ayant des comportements violents ?
 - * Vous est-il déjà arrivé de vouloir modifier certains de vos comportements pour des raisons de santé ? par exemple par des régimes alimentaires, ou en limitant votre consommation de tabac, d'alcool, de psychotropes, etc. ? Si oui, que c'est-il passé ?
 - * Y a-t-il un lien, selon vous, entre vos comportements dans la vie de tous les jours et votre santé ? Pouvez-vous donner quelques exemples ?
 - * Avez-vous déjà été victime d'accidents graves ? (détailler les conditions et les conséquences)
 - * Et avez-vous des amis ou des connaissances proches qui ont eu des accidents graves ? lesquels ?
 - * Quelles attitudes adoptez-vous, ou adoptiez-vous quand vous aviez un emploi, pour vous protéger des accidents de travail ?
- Avez-vous l'impression de faire attention à votre santé ?
 - * Que veut dire, selon vous, "prendre soin de soi" ?
 - * Estimez-vous qu'il est important d'entretenir son corps ? Cela vous est-il possible dans votre vie quotidienne ?
 - * Vous souvenez-vous d'avoir eu (vous ou votre entourage) des comportements de prévention des maladies, même traditionnels –des recettes de "grand-mère" comme disent certains ? Est-ce que votre famille accordait une attention particulière à la santé ?
 - * Y a-t-il eu des moments ou des périodes dans votre vie au cours desquels vous n'avez pas vu du tout de médecins ? Et des moments où vous consultiez moins souvent ? A quoi était-ce dû ? Était-ce un choix ou une obligation ? Est-ce que vous avez eu l'impression que cela a eu des conséquences sur votre santé ?

6. Rapport à la médecine.

- Voyez-vous régulièrement des médecins ?
 - * A quelle fréquence en moyenne consultez-vous un médecin ?
 - * Quels types de médecins voyez-vous (généralistes, spécialistes, dentistes, psychologues, médecines "alternatives", etc.) ? Quels centres de soins fréquentez-vous ?
 - * Suivez-vous actuellement un traitement pour une maladie ?
- Généralement, quand vous souffrez d'une maladie ou d'une affection que faites-vous ?
 - * Est-ce que vous vous faites soigner pour tous les problèmes de santé que vous ressentez ? Ou bien, au contraire, y a-t-il des choses pour lesquelles vous ne consultez pas, alors que d'autres personnes iraient voir un médecin par exemple ? Lesquelles ? Pour quelles raisons ? (causes, conséquences...)
 - * Est-ce que cela vous arrive de vous soigner vous-même ? Souvent ? Régulièrement ? Pour quel type de maladies ? Que faites-vous ?
 - * Avez-vous tendance à retarder une consultation ? Êtes-vous au contraire très prévoyant ? Pourquoi ?
 - * Pensez-vous que le fait d'attendre avant de consulter un médecin a des conséquences sur l'état de santé ? Pour vous personnellement, est-ce que cela a déjà eu des conséquences ?

- * A partir de quels critères considérez-vous qu'il faut absolument consulter un médecin ?
- * Prenez-vous parfois (ou souvent) des médicaments sans aller voir auparavant un médecin – par exemple de l'aspirine, ou du sirop contre la toux... ? Demandez-vous conseil à un pharmacien ?
- * Avez-vous souvent des difficultés à suivre les prescriptions d'un médecin après la consultation ? Si oui, dans quels cas ? et d'après vous, pourquoi ?
- D'une manière générale, que pensez-vous des médecins ?
- * Avez-vous confiance en la médecine? Pensez-vous que les médecins sont efficaces pour tous les types de problèmes de santé, ou bien considérez-vous que certains problèmes se résolvent mieux par un autre moyen ? [si oui :] lesquels ? dans quelles conditions ? Y avez-vous recours ?
- * Quand un médecin vous donne une longue liste de médicaments à prendre, est-ce que vous les prenez tous ? Suivez-vous toujours tous ses conseils ? Pourquoi ?
- Est-ce que quelque chose vous gêne ou vous fait peur dans le fait de consulter un médecin ?
- * (*distinguez les réticences psychologiques des réticences sociales*)
- * Et dans l'idée d'avoir un suivi médical sur plusieurs semaines ?
- * Avez-vous déjà eu un traitement à suivre ? Comment cela s'est-il passé (difficultés éventuelles, réactions diverses, conséquences sur la vie quotidienne, etc.) ? L'avez-vous suivi jusqu'au bout ? Pourquoi ?
- Avez-vous déjà eu le sentiment d'être mal soigné ? (traitement non adapté, prise en compte d'une partie seulement des problèmes, etc.)
- * Et avez-vous déjà eu le sentiment d'avoir été mal accueilli dans un centre de soins ?
- * Que s'est-il passé ? A quoi cela était-il dû ? (situation administrative, sociale, type de maladie, etc.). Est-ce que, depuis, vous êtes plus réticent à aller voir un médecin ?
- * Lorsque vous n'êtes pas content des soins qui vous sont accordés, que faites-vous ? (en parler avec le médecin ou l'infirmière, changer de centres de soins, ne rien faire, ...) ? Pourquoi ?
- Vos problèmes de santé ont-ils des conséquences sur votre vie familiale, sociale ou professionnelle ?
- * Si oui : quelles sont ces conséquences ? Vous empêchent-ils de travailler ? Dans ce cas, faites vous quelque chose pour y remédier ?

7. Préférences en matière de recours aux soins.

- Connaissez-vous d'autres possibilités de vous faire soigner gratuitement ?
- * Lesquelles ? Y avez-vous déjà été ? Qui vous en a parlé ?
- * D'une manière générale, par quel moyen êtes-vous informé sur la santé et les structures de soins ?
- Accordez-vous de l'importance au choix du médecin et du centre de soins dans lequel vous consultez?
- * De quoi cela dépend-il éventuellement ?
- * A partir de quels critères choisissez-vous le type de médecins et le centre où vous consultez ? Etait-ce différent avant ? (faire expliciter)
- Que pensez-vous des différents centres de soins où vous avez été ?
- * Est-ce que vous avez payé les consultations? En étiez-vous gêné ?
- * Est-ce que cela vous gênait d'y côtoyer les autres personnes qui s'y trouvaient ? Que pensez-vous d'elles ? (Avaient-elles plus ou moins de difficultés que vous ?)

* Quelle différence faites-vous entre le fait de consulter un médecin généraliste, dans un hôpital, dans un centre de soins gratuits (associatif), un dispensaire municipal, un espace précarité AP-HP, etc. ?

• Si vous aviez le choix, dans quel type de centre de soins préféreriez-vous consulter ?

* Pourquoi ?

* Selon vous, dans quel type de structures de soins les médecins sont-ils le plus compétents ? Et dans quel type de centres pensez-vous que vous trouveriez le meilleur accueil ? A votre avis, est-ce la même chose pour toutes les catégories de malades ou de personnes ?

• Avez-vous l'impression d'avoir des difficultés d'accès aux soins ?

* A quoi est-ce dû ? A votre avis est-ce seulement, une question d'argent ? Selon vous qu'est-ce que " l'exclusion des soins " ?

* Où en êtes-vous quant à vos droits sociaux ? Sécurité Sociale, Carte Paris Santé, etc.

8. Appréciation de votre situation sociale et de vos ressources actuelles

Pour nous aider à comprendre votre situation, nous allons parler maintenant de votre situation familiale et de votre position vis-à-vis de l'emploi, de votre situation administrative (si étranger) et de logement ?

• Lieu de vie, vie familiale et amicale

* Où habitez-vous ? Avec qui (conjoint, enfants, parents) ? Depuis quand ?

* (Si seul et sans logement) Où êtes-vous hébergé ? Où dormez-vous la nuit ? Depuis quand ?

* Avant, où habitiez-vous ? Combien de temps y êtes-vous resté ? C'était mieux ou moins bien ?

* Connaissez-vous des personnes qui vivent la même situation que vous ? Avez-vous des amis, des " collègues " ? Les voyez-vous ? Avez-vous l'impression d'être isolé ?

* Quelle est votre situation administrative du point de vue de vos titres de séjour ? Etes-vous angoissé quand on vous arrête, ou quand vous avez à faire renouveler vos papiers ?

* Vous sentez-vous isolé ?

• Ressources et gestion du quotidien

* Actuellement avez-vous un emploi ? Si non, recherchez-vous du travail ? Comment expliquez-vous que vous n'avez pas d'emploi ?

* Avec quelles ressources vivez-vous ? Comment faites-vous ? Percevez-vous le RMI ? Depuis combien de temps ? Avez-vous déjà signé un contrat d'insertion ?

* Avez-vous des proches à qui vous pourriez demander de l'aide si nécessaire (aide matérielle, hébergement, soutien moral, etc.) ?

* Est-ce que vous pensez appartenir à la catégorie pauvre ou des exclus ?

* Qu'est-ce que vous faites généralement au cours d'une journée ? Par exemple, hier et avant hier qu'avez-vous fait ? (déroulement d'une journée)

* Qu'est-ce que vous aimez faire ?

* Est-ce que votre situation par rapport à l'emploi et vos problèmes financiers, ainsi que votre situation par rapport à la Sécurité sociale, influencent vos comportements de santé et de recours aux soins ? Si oui, comment ? Et pourquoi ? Est-ce que cela a des conséquences quant à votre façon de vivre ? (prévention, attention à l'alimentation, attention à ne pas s'exposer au froid, etc.)

• Perspectives d'avenir

* Comment voyez-vous votre avenir ? Et par rapport à la santé ?

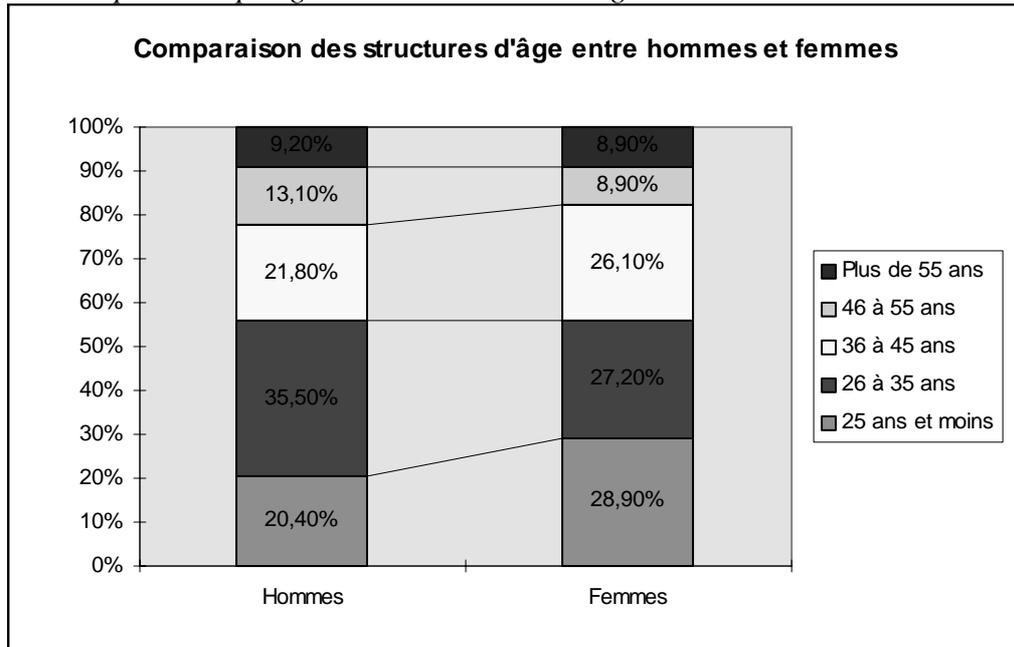
* Qu'est-ce que ça veut dire pour vous réussir sa vie ?

ANNEXE 3

Structure sociodémographique des patients :

1) Une population jeune et masculine :

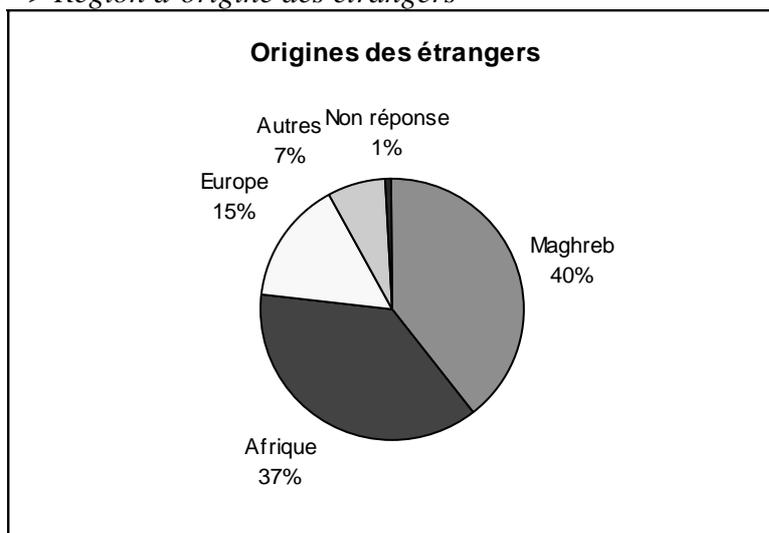
--> Comparaison par genre de la structure d'âge :



Source : Enquête Précalog du CREDES.

2) Forte représentation des étrangers

--> Région d'origine des étrangers



Source : Enquête Précalog du CREDES.

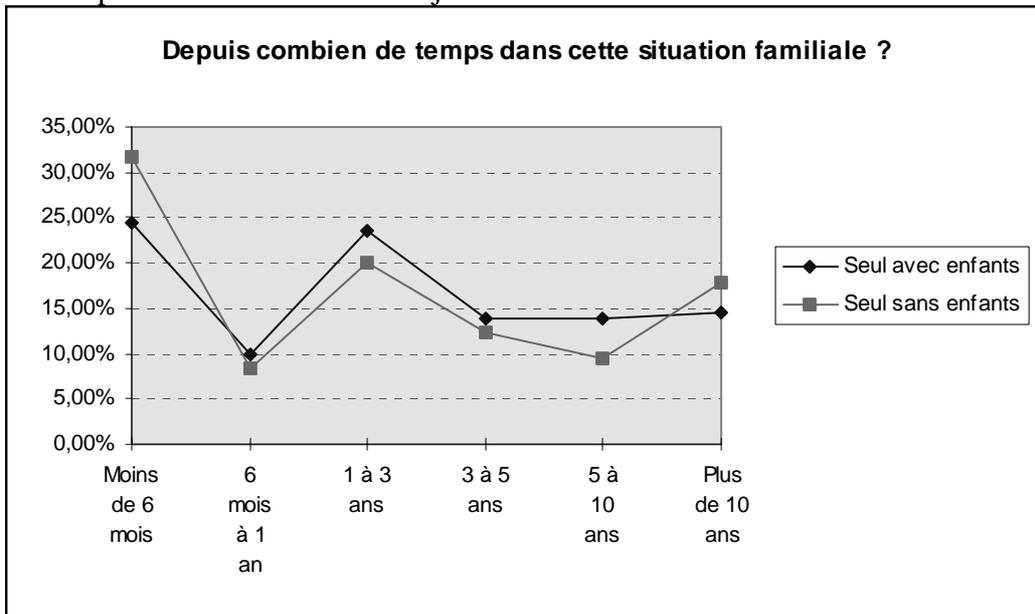
3) Situation familiale :

--> *Pérénnité des situations familiales :*

Il faut souligner, avant tout, la très forte non réponse qui altère les analyses de durée des situations familiales : 22,1% pour les personnes vivant sans conjoint mais ayant des enfant ; 41,7% pour celles qui n'ont pas d'enfant. 31,4% pour les personnes vivant avec un conjoint et ayant des enfant ; 20,5% pour celles qui n'ont pas d'enfant.

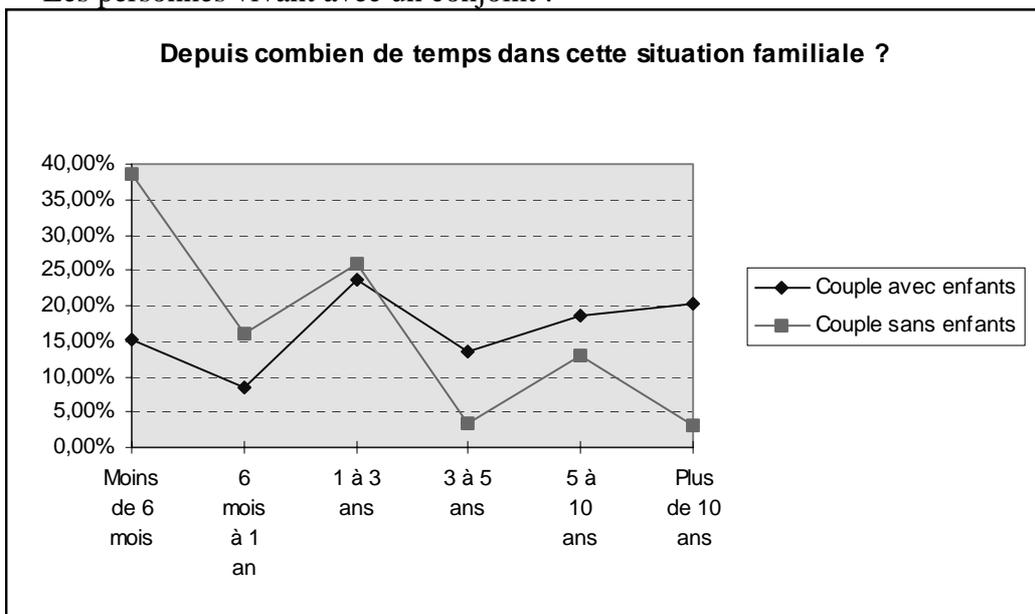
Les analyses qui suivent sont réalisées sur les seuls répondants. Aussi nous faut-il éclairer le sens de ces non réponses. L'absence de réponse à cette question correspond probablement à une difficulté à restituer les événements dans le temps et donc à des durées importantes. Ainsi, on aura tendance à sous-estimer le dénuement familial des personnes sans conjoint et à sous-estimer la longévité des vies en couple.

- Les personnes vivant sans conjoint :



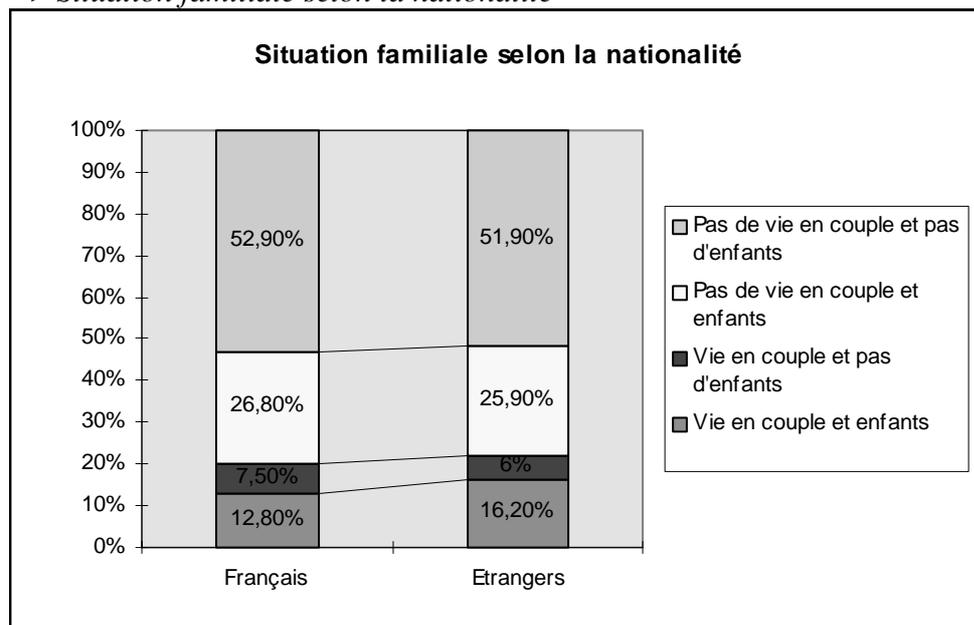
Source : Enquête Préalogue du CREDES.

- Les personnes vivant avec un conjoint :



Source : Enquête Préalogue du CREDES.

--> *Situation familiale selon la nationalité*



Source : Enquête Préalogue du CREDES.

--> *Situations familiales selon le sexe et l'âge*

Sexe et âge	Couple avec enfants	Couple sans enfant	Seul avec enfants	Seul sans enfants	Total
Hommes	12,8%	6,4%	25,4%	55,4%	100,0%
<i>moins de 25</i>	14,5%	8,4%	8,4%	68,7%	100,0%
<i>26 à 35 ans</i>	12,6%	8,4%	12,6%	66,4%	100,0%
<i>36 à 45 ans</i>	11,4%	5,7%	38,6%	44,3%	100,0%
<i>46 à 55 ans</i>	11,3%	3,8%	58,5%	26,4%	100,0%
<i>Plus de 55</i>	13,5%	0,0%	32,4%	54,1%	100,0%
Femmes	17,8%	7,2%	29,4%	45,6%	100,0%
<i>moins de 25</i>	1,9%	9,6%	13,5%	75,0%	100,0%
<i>26 à 35 ans</i>	18,7%	6,3%	33,3%	41,7%	100,0%
<i>36 à 45 ans</i>	25,5%	8,5%	34,1%	31,9%	100,0%
<i>46 à 55 ans</i>	43,7%	6,3%	43,8%	6,2%	100,0%
<i>Plus de 55</i>	12,5%	0,0%	43,8%	43,7%	100,0%

4) Une enfance difficile :

--> *Comparaison par âge et sexe des déclarations de problèmes dans l'enfance :*

Nombre moyen de problèmes juvéniles type en fonction de l'âge et du sexe

Sexe et âge	Deuils	Vécu maladie	Pb affectifs	Pb économique	Autre problème	Total
Hommes	0,32	0,28	0,73	0,28	0,31	1,61
<i>moins de 25</i>	0,23	0,25	0,98	0,28	0,31	1,74
<i>26 à 35 ans</i>	0,39	0,33	0,71	0,31	0,33	1,74
<i>36 à 45 ans</i>	0,28	0,31	0,80	0,28	0,26	1,67
<i>46 à 55 ans</i>	0,30	0,21	0,55	0,23	0,28	1,29
<i>Plus de 55</i>	0,32	0,24	0,43	0,22	0,41	1,21
Femmes	0,22	0,29	0,82	0,28	0,22	1,61
<i>moins de 25</i>	0,19	0,40	1,48	0,36	0,21	2,43
<i>26 à 35 ans</i>	0,21	0,19	0,60	0,31	0,25	1,31
<i>36 à 45 ans</i>	0,21	0,25	0,47	0,15	0,19	1,08
<i>46 à 55 ans</i>	0,25	0,44	0,50	0,25	0,25	1,44
<i>Plus de 55</i>	0,37	0,19	0,69	0,37	0,40	1,62

Source : Enquête Préalogue du CREDES.

- Par *deuils*, on entend les décès du père et/ou de la mère avant les 18 ans de leur enfant.
- Par *vécu de maladies*, on entend l'ensemble des problèmes de santé connus par l'individu, qu'il en soit lui-même la victime ou que ce soit ses parents.
- Le groupe des *problèmes affectifs* sont regroupés les problèmes relationnels intra-familiaux : séparation, divorce des parents, mésentente et conflit avec les parents, manque affectif.
- Les *problèmes économiques* correspondent aux difficultés matérielles.
- Dans le groupe *autre problème*, il s'agit des problèmes liés à la guerre et des autres problèmes non identifiés.

--> Liens entre les problèmes déclarés dans l'enfance :

Risque d'erreur : **** : < 0,01% / *** : < 0,1% / ** : < 1% / * : < 5% / n.s. : non significatif.

	Santé	Mort père	Mal père	Mort mère	Mal mère	Séparation	Mésentente	Conflit	Affection	Pb matériel	Guerre	Autre
Santé Significativité V. de Cramer		N.S.	N.S.	N.S.	N.S.	N.S.	**** 0,162	*** 0,135	*** 0,17	* 0,13	N.S.	N.S. 0,11
Mort du père Significativité V. de Cramer			**** 0,242	**** 0,292	*** 0,153	* -0,1	N.S.	N.S.	** 0,14	* 0,09	**** 0,18	N.S.
Maladie du père Significativité V. de Cramer				N.S.	**** 0,169	N.S.	**** 0,176	* 0,084	N.S.	** 0,12	N.S.	N.S.
Mort de la mère Significativité V. de Cramer					**** 0,169	N.S.	N.S.	N.S.	**** 0,22	N.S.	N.S.	N.S.
Maladie de la mère Significativité V. de Cramer						N.S.	N.S.	* 0,087	*** 0,16	*** 0,15	N.S.	N.S.
Séparation Significativité V. de Cramer							**** 0,267	**** 0,202	**** 0,21	* 0,09	* -0,09	N.S.
Mésentente Significativité V. de Cramer								**** 0,51	**** 0,39	**** 0,24	N.S.	N.S.
Conflit Significativité V. de Cramer									**** 0,37	**** 0,21	N.S.	** 0,146
Manque affectif Significativité V. de Cramer										**** 0,38	N.S.	**** 0,252
Pb matériel Significativité V. de Cramer											** 0,12	* 0,099
Guerre Significativité V. de Cramer												N.S.

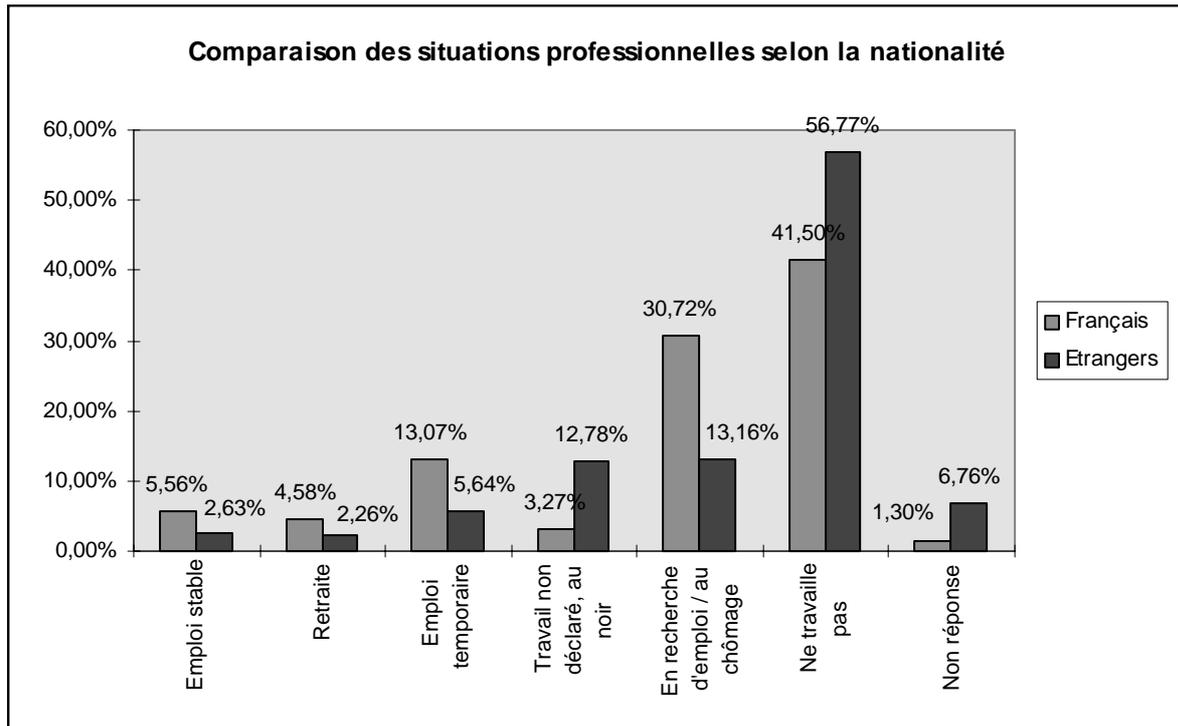
Source : Enquête Préalogue du CREDES.

ANNEXE 4

Conditions de vie des patients :

1) Ici, point de travail :

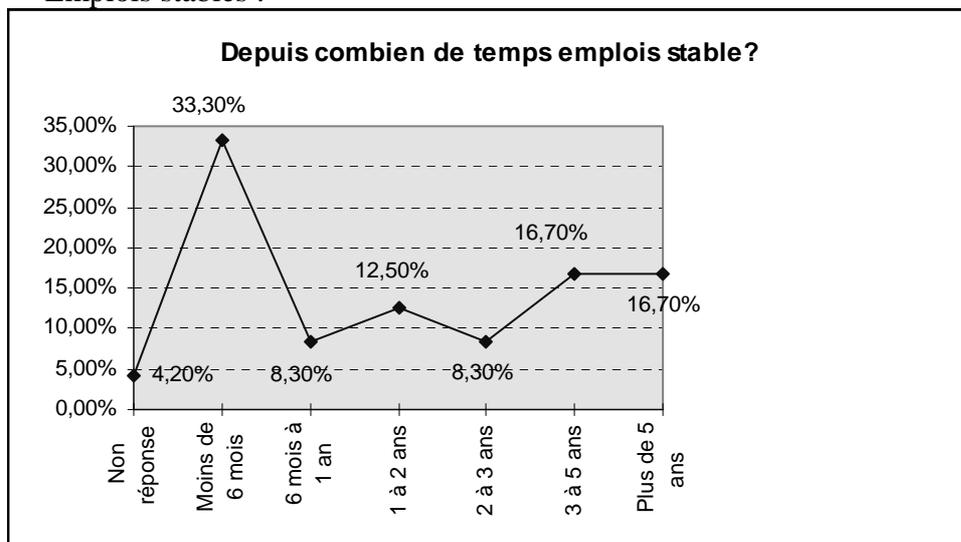
--> Comparaison des emplois déclarés selon la nationalité :



Source : Enquête Précalog du CREDES.

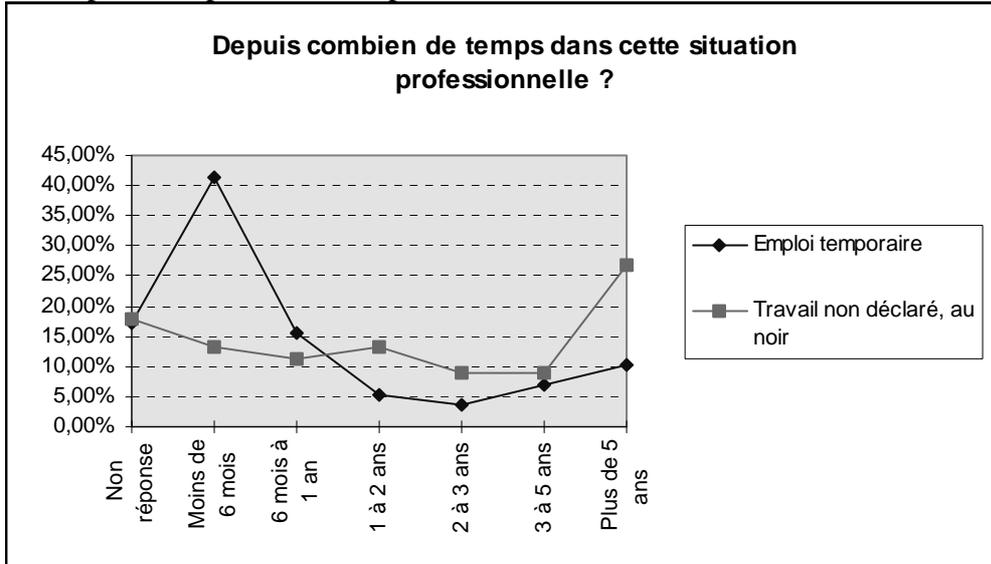
--> Durée des situations professionnelles :

- Emplois stables :



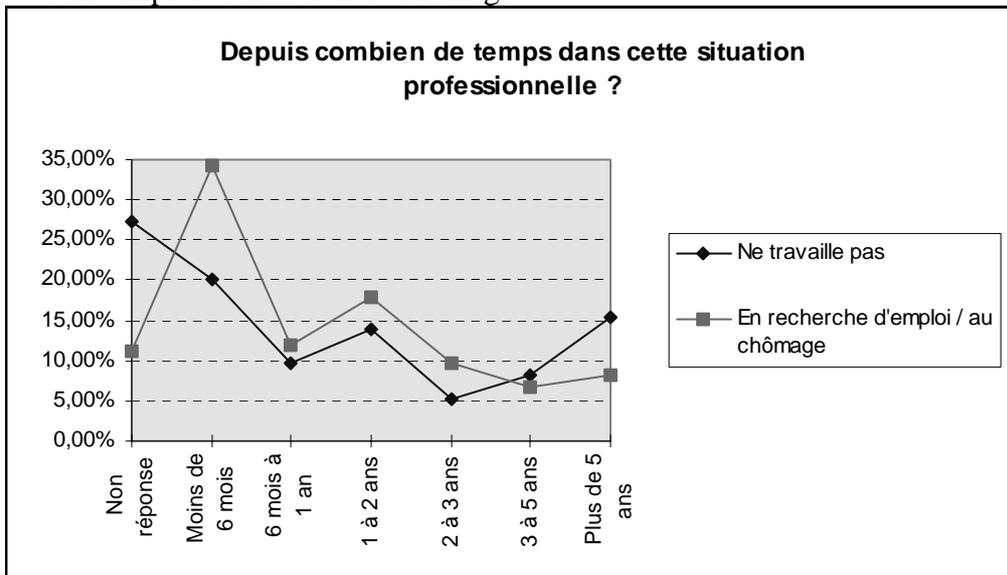
Source : Enquête Précalog du CREDES.

• Emplois temporaires et emplois au noir :



Source : Enquête Précalog du CREDES

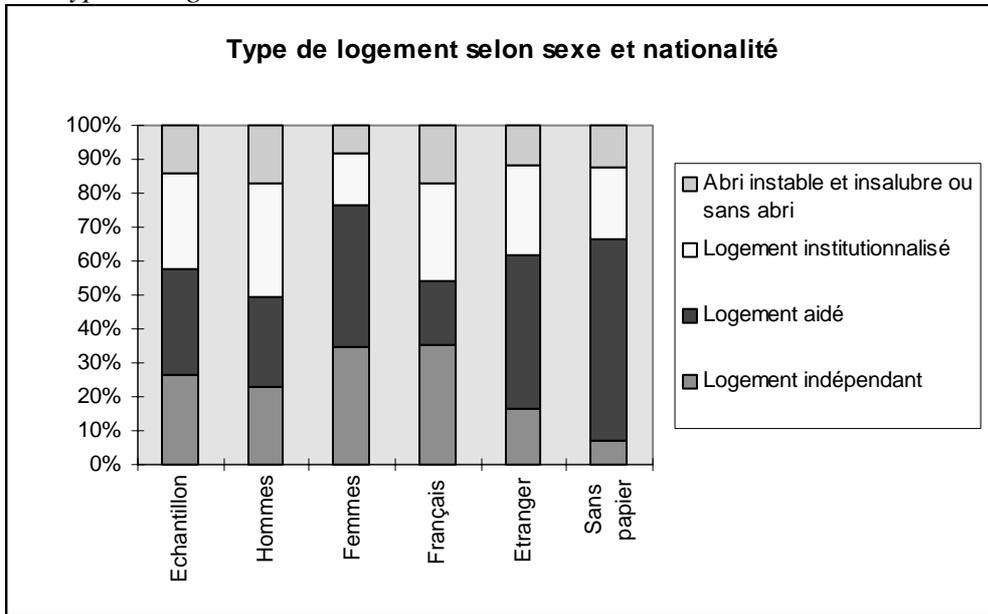
• Sans emploi et situation de chômage :



Source : Enquête Précalog du CREDES

4) Des situations de logement instables :

--> *Type de logement selon le sexe et la nationalité :*



Source : *Enquête Préalogue du CREDES*

ANNEXE 5

Les différentes dimensions de la précarité :

1. La précarité professionnelle :

a) Critères intégrés :

→ La situation professionnelle actuelle

→ Lorsque l'on dispose de l'information, la durée de la situation professionnelle (moins de 6 mois, 6 mois à 1 an, plus d'un an).

b) Typologie en trois classes :

- 1) Non précaires : Emploi stable, travail temporaire (revêtant une stabilité certaine : situation durant depuis plus d'un an).
- 2) Précarité intermédiaire : Travail temporaire (déclaré et d'une durée objective inférieure à un an), travail non déclaré / au noir.
- 3) Précaires : Non travailleurs et chômeurs.

2. La précarité économique :

a) Critères intégrés :

→ La précarité professionnelle

→ Le type de ressources déclarées

b) Typologie en trois classes :

- 1) Non précaires :
 - a) Emploi stable et salaire ou revenus déclarés,
 - b) Retraités en situation « stable »,
 - c) Les individus recherchant un emploi ou en situation temporaire, qui disposent d'un salaire (reconversion dans un autre emploi).
- 2) Précarité intermédiaire:
 - a) Revenus des petits boulots et du travail au noir,
 - b) Recherche d'emploi et petits boulots,
 - c) Sans travail mais aidé par la famille et/ou les proches,
- 3) Précaires :

Les chômeurs ou non travailleurs ayant pour seules ressources :

 - a) aucune,
 - b) mendicité,
 - c) activités illégales (dealers...),
 - d) aides institutionnalisées : RMI, pension invalidité et AAH (Allocations Aides aux Handicapés), allocations chômage, allocations familiales...

3. La précarité du logement :

a) Critères intégrés :

- Le type de logement
- La stabilité temporelle du logement (durée d'habitation), résumée en trois classes : moins d'un mois, un à six mois, plus de six mois.

b) Deux typologies :

- TYPO sur la précarité du logement, reprenant la même formalisation que les précédentes : 3 classes : 1) stabilité du logement (situation fixe chez eux ou chez des proches) 2) instabilité du logement (personnes en centres d'hébergement depuis moins de 6 mois, SDF ou logements très précaires) 3) situation de stabilité intermédiaire ou difficilement discernable.

- Type et mode d'obtention du logement :

- 1) Logement propre et indépendance :
 - a) Locataire ou propriétaire de leur logement
- 2) Logement « aidé » :
 - a) Logement chez des proches (famille, amis, petit(e) ami(e)...
- 3) Logement de « solidarité » :
 - a) Centres d'accueil pour personnes sans-abri
- 4) Conditions de logement instables et souvent insalubres :
 - a) Caravanes, camping, squats...
 - b) Hôtels,
 - b) Sans logement...

- Typologie en trois classes de la précarité du logement :

Les critères de construction sont le type de logement décrit ci-dessus et la durée de cette situation, signe de stabilité.

- 1) Non précaires :
 - a) Logement propre de long terme (plus de 6 mois),
 - b) Logement aidé de long terme (plus de 6 mois),
 - c) Logement de solidarité de long terme (plus de 6 mois).
- 2) Précarité intermédiaire :
 - a) Logement propre depuis moins de 6 mois,
 - b) Logement « aidé » depuis moins de 6 mois.
- 3) Précaires :
 - a) Conditions de logement instables et souvent insalubres,
 - b) Logement de « solidarité » instable (moins de 6 mois).

4. La précarité administrative

a) *Population concernée :*

Cette dimension de la précarité ne concerne que les seuls étrangers.

b) *Critères intégrés :*

→ La situation administrative déclarée

c) *Typologie en trois classes :*

- 1) Non précaires : étrangers en situation légale durable sur le sol français :
 - a) Carte de résident, statut de réfugié
 - b) Carte de séjour valide
 - c) Les étrangers de la CEE
- 2) Précarité intermédiaire : étrangers en situation légale mais instable :
 - a) Récépissés en cours de validité
 - b) Demande statut de réfugié ou carte de résident
- 3) Précaires : étrangers en situation illégale sur le sol français
 - a) Les sans papiers

5. La précarité face à la protection sociale

a) *Critères intégrés :*

→ La protection sociale déclarée

b) *Typologie en deux classes :*

- 1) Non précaires : personnes disposant d'une couverture sociale
 - a) Bénéficiaire de la sécurité sociale (assuré ou ayant droit)
 - b) Protection sociale pour démunis : aide médicale, carte Paris Santé...
- 2) Précaires : individus vulnérables en termes de protection sociale
 - a) Sans protection sociale
 - b) Ne sait pas (vulnérabilité induite par la méconnaissance de ses droits)

6. La précarité affective :

a) *Critères intégrés :*

Cette typologie se construit à la fois sur les éléments objectifs de vie familiale ou de vie en communauté (existence d'une relation amoureuse, vie en couple, paternité, vie en communauté) et sur le sentiment subjectif d'isolement (auquel nous attachons une importance particulière, tant les entretiens nous ont montré l'influence qu'il pouvait avoir sur les recours aux soins et les comportements face aux risques).

b) Typologie en trois classes :

- 1) Non précaires : les personnes non isolées
 - a) Personnes vivant en couple et ne se sentant pas isolées,
 - b) Personnes ayant une relation sentimentale importante et ne se sentant pas isolées,
 - c) Personnes vivant en communauté et ne se sentant pas isolées.
- 2) Précarité intermédiaire :
 - a) Sentiment d'isolement malgré une vie familiale ou amoureuse,
 - b) Ni relations sentimentales importantes ni sentiment d'isolement.
- 3) Précaires : Personnes isolées
 - a) Sentiment d'isolement et pas de vie familiale ou amoureuse.

7. Le potentiel de réinsertion sociale :

a) Critères intégrées :

→ L'âge de fin de scolarisation, qui, s'il ne donne pas le niveau de diplôme, est un bon indicateur du niveau de scolarisation.

→ Le niveau de CSP

b) Deux typologies en trois classes :

- Scolarisation

- 1) Peu ou pas d'étude :
 - a) Individus ayant quitté l'école avant l'âge de 16 ans
- 2) Scolarisation limitée :
 - a) Individus ayant arrêté leurs études entre 16 et 20 ans
- 3) Scolarisation plus longue :
 - a) Individus ayant poursuivi leurs études après l'âge de 20 ans

- Niveau de PCS :

- 1) Potentiel d'insertion professionnelle élevé:
 - a) Cadres et professions intellectuelles supérieures,
 - b) Professions intermédiaires.
- 2) Potentiel d'insertion professionnelle moyen :
 - a) Artisans, commerçants, chefs d'entreprise,
 - b) Employés.
- 3) Potentiel d'insertion professionnelle bas :
 - a) N'a jamais travaillé,
 - b) Exploitants agricoles,
 - c) Ouvriers qualifiés,
 - d) Ouvriers non qualifiés.

8. Degré de précarité dans les différentes dimensions :

Degré de précarité dans les différentes dimensions

Niveau de précarité:	Précarité	Précarité intermédiaire	Non précarité	Non réponse	Effectif concerné
<i>Professionnelle</i>	78,47%	14,92%	6,61%	0,00%	590
<i>Economique</i>	66,95%	20,17%	12,88%	0,00%	590
<i>Logement</i>	36,10%	40,85%	23,05%	0,00%	590
<i>Administrative (*)</i>	41,73%	20,30%	35,34%	2,63%	266
<i>Sécurité sociale</i>	45,93%	.	53,90%	0,17%	590
<i>Affective</i>	39,66%	29,32%	31,02%	0,00%	590

(*) la précarité administrative ne concerne que les étrangers.

ANNEXE 6

ACM sur les dimensions de la précarité des français :

On introduit dans l'analyse les cinq grandes dimensions des précaires français : le logement, l'emploi, les ressources, la couverture sociale et l'isolement.

Par ailleurs, on place en illustratives, les variables permettant de cerner le profil socio démographique des individus, leur portrait psychologique et leur comportement par rapport au risque.

• SELECTION DES INDIVIDUS ET DES VARIABLES UTILES

→ VARIABLES NOMINALES ACTIVES

5 VARIABLES	14 MODALITES ASSOCIEES
27 . précarité du logement	(3 MODALITES)
29 . typologie de l'emploi	(3 MODALITES)
31 . précarité économique	(3 MODALITES)
33 . couverture sociale?	(2 MODALITES)
57 . typologie isolement	(3 MODALITES)

→ VARIABLES NOMINALES ILLUSTRATIVES

19 VARIABLES	70 MODALITES ASSOCIEES
1 . Sexe	(3 MODALITES)
3 . Accident du travail	(2 MODALITES)
4 . Accident de la circulation	(2 MODALITES)
10 . typo2 nbre pbs enfance	(4 MODALITES)
12 . typo2 nbre pbs affectifs	(4 MODALITES)
13 . nbre deuils	(4 MODALITES)
19 . classe_age	(6 MODALITES)
20 . taille du centre	(3 MODALITES)
21 . taille de la ville	(3 MODALITES)
34 . type de fumeurs	(5 MODALITES)
35 . type_alcool	(4 MODALITES)
38 . typo2 nb pathos	(4 MODALITES)
40 . typo2 nb pathos psy	(3 MODALITES)
43 . relation amoureuse?	(3 MODALITES)
46 . type2_nb_enfts	(4 MODALITES)
50 . vie en couple?	(4 MODALITES)
52 . non-soin pour rais fi? label	(4 MODALITES)
55 . typo2 études	(4 MODALITES)
56 . typo CSP	(4 MODALITES)

→ INDIVIDUS

L'analyse porte sur les 306 français de la base.

```
----- NOMBRE ----- POIDS ---
POIDS DES INDIVIDUS: Poids des individus, uniforme egal a 1.
RETENUS ..... NITOT =   590      PITOT =   590.000
SELECTION APRES FILTRAGE
ACTIFS ..... NIACT =   306      PIACT =   306.000
SUPPLEMENTAIRES .... NISUP =   284      PISUP =   284.000
-----
```

→ TRI-A-PLAT DES QUESTIONS ACTIVES

Pour chacune des dimensions de la précarité, les modalités sont classées dans l'ordre croissant du degré de précarité. Ainsi, la modalité 1 de la précarité du logement correspond à une situation non précaire, la modalité 2 à une précarisation et la modalité 3 à une situation de forte précarité. Cette logique s'applique à toutes les variables.

IDENT	MODALITES LIBELLE	AVANT APUREMENT EFF. POIDS	EFF. POIDS	APRES APUREMENT POIDS	HISTOGRAMME DES POIDS RELATIFS
27 . précarité du logement					
BA_1	- PRECLOG=1	96	96.00	96	96.00 *****
BA_2	- PRECLOG=2	86	86.00	86	86.00 *****
BA_3	- PRECLOG=3	124	124.00	124	124.00 *****
29 . typologie de l'emploi					
BC_1	- TYPO_W=1	26	26.00	26	26.00 *****
BC_2	- TYPO_W=2	41	41.00	41	41.00 *****
BC_3	- TYPO_W=3	239	239.00	239	239.00 *****
31 . précarité économique					
BE_1	- PREC_ECO=1	48	48.00	48	48.00 *****
BE_2	- PREC_ECO=2	29	29.00	29	29.00 *****
BE_3	- PREC_ECO=3	229	229.00	229	229.00 *****
33 . couverture sociale?					
BG_1	- PREC_SAN=1	230	230.00	230	230.00 *****
BG_2	- PREC_SAN=2	76	76.00	76	76.00 *****
57 . typologie isolement					
CE_1	- TYP_ISO=1	91	91.00	91	91.00 *****
CE_2	- TYP_ISO=2	124	124.00	124	124.00 *****
CE_3	- TYP_ISO=3	91	91.00	91	91.00 *****

→ INERTIE RESTITUEE PAR LES AXES FACTORIELS

HISTOGRAMME DES 9 PREMIERES VALEURS PROPRES

NUMERO	VALEUR	POURCENT.	POURCENT.	
	PROPRE		CUMULE	
1	0.3442	19.12	19.12	*****
2	0.2713	15.07	34.19	*****
3	0.2363	13.13	47.32	*****
4	0.2071	11.51	58.83	*****
5	0.1752	9.73	68.56	*****
6	0.1701	9.45	78.01	*****
7	0.1660	9.22	87.23	*****
8	0.1424	7.91	95.14	*****
9	0.0874	4.86	100.00	*****

→ CONTRIBUTIONS AUX AXES :

Axe 1: restitué 19,12% de l'inertie totale			
Var. à coord. positives	Contribution	Var. à coord. négatives	Contribution
Non prec. pro	33,80%	Precaire eco	6,10%
Non prec. eco	33,60%		
Non prec. lgmt	6,90%		

Contributions cumulées	
Emploi	40%
Economique	39,90%
Logement	10,10%

Axe 2: restitué 15,07% de l'inertie totale			
Var. à coord. positives	Contribution	Var. à coord. négatives	Contribution
Précaire éco	34,50%	Prec. lgmt	7,60%
Pas couvert. sociale	19%	Couverture sociale	6,30%
Prec. lgmt interm	13,90%	Pas isolé	5,40%
Pas isolé	6,80%		

Contributions cumulées	
Economique	38,70%
Santé	25,30%
Logement	21,60%

Axe 3: restituée 13,13% de l'inertie totale			
Var. à coord. positives	Contribution	Var. à coord. négatives	Contribution
Prec. pro interm.	40,30%	Non prec. lgmt	8,00%
Très isolé	17%		
Précarité lgmt	12,40%		

Contributions cumulées	
Emploi	46,60%
Isolement	23,90%
Logement	21,90%

Axe 4: restituée 11,51% de l'inertie totale			
Var. à coord. positives	Contribution	Var. à coord. négatives	Contribution
Isolement interm	34,80%	Pas isolé	12,40%
Non prec. lgmt	15%	Précarité lgmt	11,50%
Prec. pro. interm	10,90%	Très isolé	11,20%

Contributions cumulées	
Isolement	58,40%
Logement	26,70%
Emploi	13,00%

ANNEXE 7

ACM sur les dimensions de la précarité des étrangers :

Pour cette analyse, on ajoute aux cinq grandes dimensions de la précarité, la précarité administrative, propre aux étrangers.:

En illustratives, nous plaçons les variables permettant de cerner le profil socio démographique, leur période d'immigration en France, ainsi que le portrait psychologique et l'attitude par rapport au risque des individus.

• SELECTION DES INDIVIDUS ET DES VARIABLES UTILES

→ VARIABLES NOMINALES ACTIVES

6 VARIABLES	18 MODALITES ASSOCIEES
27 . précarité du logement	(3 MODALITES)
29 . typologie de l'emploi	(3 MODALITES)
31 . précarité économique	(3 MODALITES)
32 . précarité administrative étrangers	(4 MODALITES)
33 . couverture sociale?	(2 MODALITES)
57 . typologie isolement	(3 MODALITES)

→ VARIABLES NOMINALES ILLUSTRATIVES

24 VARIABLES	88 MODALITES ASSOCIEES
1 . Sexe	(3 MODALITES)
3 . Accident du travail	(2 MODALITES)
4 . Accident de la circulation	(2 MODALITES)
10 . typo2 nbre pbs enfance	(4 MODALITES)
12 . typo2 nbre pbs affectifs	(4 MODALITES)
13 . nbre deuils	(4 MODALITES)
19 . classe_age	(6 MODALITES)
20 . taille du centre	(3 MODALITES)
21 . taille de la ville	(3 MODALITES)
23 . typo hôpital/gratuit	(2 MODALITES)
34 . type de fumeurs	(5 MODALITES)
35 . type_alcool	(4 MODALITES)
36 . prise de risque et nbre accidents	(3 MODALITES)
38 . typo2 nb pathos	(4 MODALITES)
40 . typo2 nb pathos psy	(3 MODALITES)
41 . estimation subjective santé	(4 MODALITES)
43 . relation amoureuse?	(3 MODALITES)
45 . typo nb enfts	(3 MODALITES)
47 . période immigration	(4 MODALITES)
50 . vie en couple?	(4 MODALITES)
51 . typo fidél centre	(6 MODALITES)
52 . non-soin pour rais fi? label	(4 MODALITES)
55 . typo2 études	(4 MODALITES)
56 . typo CSP	(4 MODALITES)

→ INDIVIDUS

L'analyse porte sur les 259 individus étrangers de la base.

-----	NOMBRE	-----	POIDS	---
POIDS DES INDIVIDUS: Poids des individus, uniforme egal a 1.				
RETENUS	NITOT = 590		PITOT = 590.000	
SELECTION APRES FILTRAGE				
ACTIFS	NIACT = 259		PIACT = 259.000	
SUPPLEMENTAIRES	NISUP = 331		PISUP = 331.000	

→ TRI-A-PLAT DES QUESTIONS ACTIVES :

Pour toutes les dimensions, les modalités sont dans l'ordre croissant du niveau de précarité. Par exemple, si on prend la précarité de l'emploi :

La modalité 1 correspond à une situation stable, la modalité 2 à une tendance à la précarité et la modalité 3 à une situation très précaire.

IDENT	MODALITES LIBELLE	AVANT APUREMENT EFF. POIDS	EFF.	APRES APUREMENT POIDS	HISTOGRAMME DES POIDS RELATIFS
27 . précarité du logement					
BA_1	- PRECLOG=1	36 36.00	36	36.00	*****
BA_2	- PRECLOG=2	144 144.00	144	144.00	*****
BA_3	- PRECLOG=3	79 79.00	79	79.00	*****
29 . typologie de l'emploi					
BC_1	- TYPO_W=1	13 13.00	13	13.00	****
BC_2	- TYPO_W=2	42 42.00	42	42.00	*****
BC_3	- TYPO_W=3	204 204.00	204	204.00	*****
31 . précarité économique					
BE_1	- PREC_ECO=1	24 24.00	24	24.00	*****
BE_2	- PREC_ECO=2	89 89.00	89	89.00	*****
BE_3	- PREC_ECO=3	146 146.00	146	146.00	*****
32 . précarité administrative étrangers					
BF_1	- PREC_ADM=1	94 94.00	94	94.00	*****
BF_2	- PREC_ADM=2	54 54.00	54	54.00	*****
BF_3	- PREC_ADM=3	111 111.00	111	111.00	*****
32_	- reponse manquante	0 0.00			
33 . couverture sociale?					
BG_1	- PREC_SAN=1	74 74.00	74	74.00	*****
BG_2	- PREC_SAN=2	185 185.00	185	185.00	*****
57 . typologie isolement					
CE_1	- TYP_ISO=1	82 82.00	82	82.00	*****
CE_2	- TYP_ISO=2	104 104.00	104	104.00	*****
CE_3	- TYP_ISO=3	73 73.00	73	73.00	*****

→ INERTIE RESTITUEE PAR LES AXES FACTORIELS

HISTOGRAMME DES 11 PREMIERES VALEURS PROPRES

NUMERO	VALEUR PROPRE	POURCENT.	POURCENT. CUMULE	
1	0.3590	19.58	19.58	*****
2	0.2715	14.81	34.39	*****
3	0.1923	10.49	44.88	*****
4	0.1724	9.40	54.28	*****
5	0.1621	8.84	63.12	*****
6	0.1464	7.99	71.11	*****
7	0.1362	7.43	78.54	*****
8	0.1319	7.20	85.74	*****
9	0.1012	5.52	91.26	*****
10	0.0833	4.54	95.80	*****
11	0.0770	4.20	100.00	*****

→ CONTRIBUTIONS AUX AXES :

Axe 1: restituée 19,58% de l'inertie totale			
Var. à coord. positives	Contribution	Var. à coord. négatives	Contribution
Couverture sociale	17,20%	Situation illégale	12%
Situation légale	14,80%	Préc.éco interm.	11,90%
Non prec. éco	7,50%	Prec. pro interm	8,50%

Contributions cumulées	
Administratif	26,80%
Santé	24,10%
Economique	21,90%
Logement	13,20%

Non prec logmt	5,70%	Pas couvert sociale	6,90%
		Prec logmt interm.	5,30%

Emploi	12,10%
--------	--------

Axe 2: restitué 14,81% de l'inertie totale			
Var. à coord. positives	Contribution	Var. à coord. négatives	Contribution
Non prec.éco	21,30%	Préc.pro interm	8%
Précarité éco	13,00%	Prec.éco interm	5,00%
Non prec.pro	12,60%		
Préc logement	12,00%		
Non prec. logmt	0,079		

Contributions cumulées	
Economique	39,30%
Emploi	25,90%
Logement	21,20%

Axe 3: restitué 10,49% de l'inertie totale			
Var. à coord. positives	Contribution	Var. à coord. négatives	Contribution
Pas isolé	25,10%	Isolement interm.	20%
Situation illégale	7,40%	Sit.adm. en attente	15,90%
		Préc. éco interm.	8,10%

Contributions cumulées	
Isolement	45,00%
Administratif	23,30%
Economique	12,60%

Axe 4: restitué 9,40% de l'inertie totale			
Var. à coord. positives	Contribution	Var. à coord. négatives	Contribution
Isolement interm.	18,70%	Très isolé	39%
		Non prec. pro	15,30%
		Sit.adm. en attente	6,80%

Contributions cumulées	
Isolement	59,20%
Emploi	18,40%

Axe 5: restitué 8,84% de l'inertie totale			
Var. à coord. positives	Contribution	Var. à coord. négatives	Contribution
Sit.adm. en attente	31,90%	Non prec.pro	15%
Non prec.logmt	18,30%	Precarité logement	11,50%
Pas isolé	7,70%		

Contributions cumulées	
Administratif	40,60%
Logement	30,00%
Emploi	15,90%
Isolement	11,30%

ANNEXE 8

Classification Ascendante Hiérarchique sur les précaires français:

Cette CAH est lancée sur tous les axes (9 au total) construit par l'Analyse en Composantes Multiples décrite en annexe 7. Elle permet donc de différencier les situations des 306 précaires français.

SUR LES 9 PREMIERS AXES FACTORIELS, DESCRIPTION DES 50 NOEUDS D'INDICES LES PLUS ELEVES :

NUM.	AINE	BENJ	EFF.	POIDS	INDICE	HISTOGRAMME DES INDICES DE NIVEAU
562	495	513	5	5.00	0.00444	**
563	427	424	5	5.00	0.00457	**
564	532	521	6	6.00	0.00467	**
565	556	538	6	6.00	0.00508	**
566	549	426	5	5.00	0.00519	**
567	554	547	5	5.00	0.00532	**
568	412	340	6	6.00	0.00554	**
569	510	536	5	5.00	0.00562	**
570	550	489	4	4.00	0.00566	**
571	559	546	6	6.00	0.00610	**
572	493	552	6	6.00	0.00618	**
573	562	544	7	7.00	0.00633	**
574	422	563	9	9.00	0.00696	***
575	520	113	3	3.00	0.00751	***
576	557	465	5	5.00	0.00791	***
577	505	548	7	7.00	0.00901	***
578	553	572	10	10.00	0.00909	***
579	476	338	10	10.00	0.00915	***
580	564	565	12	12.00	0.00977	***
581	574	551	12	12.00	0.00983	***
582	555	569	9	9.00	0.01090	****
583	481	568	15	15.00	0.01170	****
584	577	534	15	15.00	0.01288	****
585	575	570	7	7.00	0.01342	****
586	578	560	16	16.00	0.01397	****
587	580	571	18	18.00	0.01439	****
588	582	581	21	21.00	0.01511	****
589	392	464	17	17.00	0.01522	****
590	585	561	11	11.00	0.01546	****
591	576	567	10	10.00	0.01822	*****
592	573	566	12	12.00	0.01873	*****
593	496	313	34	34.00	0.02142	*****
594	583	579	25	25.00	0.02190	*****
595	535	531	26	26.00	0.02242	*****
596	529	512	22	22.00	0.02338	*****
597	584	590	26	26.00	0.02378	*****
598	595	478	39	39.00	0.02731	*****
599	587	591	28	28.00	0.03068	*****
600	528	596	47	47.00	0.03216	*****
601	594	589	42	42.00	0.03697	*****
602	522	533	41	41.00	0.03718	*****
603	588	592	33	33.00	0.03928	*****
604	602	593	75	75.00	0.06182	*****
605	600	586	63	63.00	0.06924	*****
606	601	598	81	81.00	0.09405	*****
607	605	604	138	138.00	0.12037	*****
608	606	607	219	219.00	0.12494	*****
609	599	603	61	61.00	0.17358	*****
610	609	608	280	280.00	0.21378	*****
611	597	610	306	306.00	0.26577	*****
SOMME DES INDICES DE NIVEAU =						1.80000

→ Classification en 7 classes sélectionnée :

* *Caractéristiques des 7 classes :*

DECOMPOSITION DE L'INERTIE CALCULEE SUR 9 AXES.

INERTIES		INERTIES		EFFECTIFS		POIDS		DISTANCES	
		AVANT	APRES	AVANT	APRES	AVANT	APRES	AVANT	APRES
INTER-CLASSES		0.9925	1.0107					INTRA-CLASSE	
				CLASSE 1 / 7		0.1204	0.1506	75	80
75.00	80.00	0.4620	0.4358						
CLASSE 2 / 7		0.1672	0.1009	63	55	63.00	55.00	0.4574	0.5935
CLASSE 3 / 7		0.0497	0.0620	39	41	39.00	41.00	0.7053	0.6859
CLASSE 4 / 7		0.1005	0.1086	42	43	42.00	43.00	0.7975	0.7829
CLASSE 5 / 7		0.1405	0.1405	33	33	33.00	33.00	1.3971	1.3971
CLASSE 6 / 7		0.1286	0.1406	28	29	28.00	29.00	2.0966	2.0841
CLASSE 7 / 7		0.1005	0.0861	26	25	26.00	25.00	2.8621	2.9371
TOTALE		1.8000	1.8000						

QUOTIENT (INERTIE INTER / INERTIE TOTALE) : AVANT ... 0.5514
APRES ... 0.5615

* *Description détaillée des 7 classes :*

On rappelle que pour les variables, la première modalité correspond toujours à la meilleure situation et la dernière à la plus alarmante. Les modalités intermédiaires assurant le gradient entre les situations extrêmes.

Afin de mieux comprendre ces sorties, quelques précisions doivent être ajoutées :

V.Test (Valeur test) :

Le signe de la valeur test indique qu'il y a sur représentation d'une modalité dans la classe s'il est positif et sous représentation s'il est négatif. Plus la valeur absolue est élevée, plus la modalité différencie la classe par rapport à l'ensemble de la population.

PROBA :

→ CLA/MOD s'interprète comme suit : c'est la part occupée par les individus de la classe parmi tous les individus ayant la modalité étudiée.

→ MOD/CLA représente la fréquence de la modalité dans la classe (exprimée en pourcentages).

→ GLOBAL correspond à la fréquence de la modalité sur l'ensemble de la population étudiée (exprimée en pourcentages)

Ainsi, plus l'écart entre fréquence de la modalité dans la classe et fréquence de cette même modalité dans l'ensemble de la population est importante et plus la valeur absolue de la valeur test associée sera grande.

CLASSE 1 / 7 : les « grands précaires »

V.TEST	PROBA	----	POURCENTAGES	----	MODALITES	POIDS		Poids
		CLA/MOD	MOD/CLA	GLOBAL	CARACTERISTIQUES	DES VARIABLES		
				26.14	CLASSE 1 / 7			80
13.51	0.000	64.52	100.00	40.52	PRECLOG=3	précarité du logement		124
11.14	0.000	51.97	98.75	49.67	TLOGINS=1	logement temporaire?		152
7.01	0.000	67.92	45.00	17.32	TYP_LOG=4	typo logement		53
6.43	0.000	33.47	100.00	78.10	TYP_W=3	typologie de l'emploi		239
5.72	0.000	50.00	55.00	28.76	TYP_LOG=3	typo logement		88
4.79	0.000	32.75	93.75	74.84	PREC_ECO=3	précarité économique		229
3.63	0.000	31.30	90.00	75.16	PREC_SAN=1	couverture sociale?		230
3.42	0.000	30.90	90.00	76.14	COUPLE2=2	vie en couple?		233
3.30	0.000	46.94	28.75	16.01	T_PATHO2=3	typo2 nb pathos	49	
3.27	0.001	39.56	45.00	29.74	TYP_ISO=3	typologie isolement		91
3.18	0.001	31.08	86.25	72.55	SEXE=1	Sexe		222
2.81	0.002	36.04	50.00	36.27	TAILCEN=1	taille du centre	111	

2.73	0.003	32.73	67.50	53.92	SENTIM2=2	relation amoureuse?	165
2.35	0.009	40.00	27.50	17.97	TYP_ALC=2	type_alcool	55
-2.68	0.004	17.24	25.00	37.91	NBPBAF3T=0	typo2 nbre pbs affectifs	116
-2.68	0.004	10.42	6.25	15.69	PREC_ECO=1	précarité économique	48
-2.75	0.003	11.86	8.75	19.28	NBPBEN3T=0	typo2 nbre pbs enfance	59
-2.82	0.002	14.77	16.25	28.76	CLAGE2=1	classe_age	88
-3.36	0.000	9.68	7.50	20.26	COUPLE2=1	vie en couple?	62
-3.48	0.000	0.00	0.00	8.50	TYPO_W=1	typologie de l'emploi	26
-3.63	0.000	10.53	10.00	24.84	PREC_SAN=2	couverture sociale?	76
-3.70	0.000	10.98	11.25	26.80	SEXE=2	Sexe	82
-3.74	0.000	0.00	0.00	9.48	PREC_ECO=2	précarité économique	29
-4.69	0.000	0.00	0.00	13.40	TYPO_W=2	typologie de l'emploi	41
-5.80	0.000	0.00	0.00	18.63	TYP_LOG=2	typo logement	57
-7.57	0.000	0.00	0.00	28.10	PRECLOG=2	précarité du logement	86
-8.16	0.000	0.00	0.00	31.37	PRECLOG=1	précarité du logement	96
-8.85	0.000	0.00	0.00	35.29	TYP_LOG=1	typo logement	108
-11.14	0.000	0.65	1.25	50.33	TLOGINS=0	logement temporaire?	154

CLASSE 2 / 7 : les « sans emplois indépendants »

V.TEST	PROBA	POURCENTAGES			MODALITES	POIDS	DES VARIABLES	Poids
		CLA/MOD	MOD/CLA	GLOBAL	CARACTERISTIQUES			
CLASSE 2 / 7								
12.23	0.000	57.29	100.00	17.97	CLASSE 2 / 7		55	
11.46	0.000	50.93	100.00	31.37	PRECLOG=1	précarité du logement	96	
8.06	0.000	34.42	96.36	50.33	TYP_LOG=1	typo logement	108	
5.48	0.000	23.91	100.00	75.16	TLOGINS=0	logement temporaire?	154	
5.04	0.000	23.01	100.00	78.10	PREC_SAN=1	couverture sociale?	230	
2.74	0.003	40.74	20.00	8.82	TYPO_W=3	typologie de l'emploi	239	
-2.61	0.005	0.00	0.00	8.50	CLAGE2=5	classe_age	27	
-2.83	0.002	0.00	0.00	8.50	TYPO_W=1	typologie de l'emploi	26	
-3.61	0.000	0.00	0.00	9.48	PREC_ECO=2	précarité économique	29	
-4.31	0.000	0.00	0.00	13.40	TYPO_W=2	typologie de l'emploi	41	
-4.52	0.000	0.00	0.00	17.32	TYP_LOG=4	typo logement	53	
-5.48	0.000	0.00	0.00	18.63	TYP_LOG=2	typo logement	57	
-5.95	0.000	0.00	0.00	24.84	PREC_SAN=2	couverture sociale?	76	
-6.05	0.000	0.00	0.00	28.10	PRECLOG=2	précarité du logement	86	
-7.70	0.000	0.00	0.00	28.76	TYP_LOG=3	typo logement	88	
-8.06	0.000	1.32	3.64	40.52	PRECLOG=3	précarité du logement	124	
-8.06	0.000	1.32	3.64	49.67	TLOGINS=1	logement temporaire?	152	

CLASSE 3 / 7 : les « sans emplois aidés »

V.TEST	PROBA	POURCENTAGES			MODALITES	POIDS	DES VARIABLES	Poids
		CLA/MOD	MOD/CLA	GLOBAL	CARACTERISTIQUES			
CLASSE 3 / 7								
10.72	0.000	47.67	100.00	13.40	CLASSE 3 / 7		41	
5.74	0.000	40.35	56.10	28.10	PRECLOG=2	précarité du logement	86	
4.52	0.000	17.83	100.00	18.63	TYP_LOG=2	typo logement	57	
4.14	0.000	17.15	100.00	75.16	PREC_SAN=1	couverture sociale?	230	
3.37	0.000	17.03	95.12	74.84	TYPO_W=3	typologie de l'emploi	239	
-2.92	0.002	0.00	0.00	74.84	PREC_ECO=3	précarité économique	229	
-3.51	0.000	0.00	0.00	13.40	TYPO_W=2	typologie de l'emploi	41	
-4.52	0.000	0.00	0.00	17.32	TYP_LOG=4	typo logement	53	
-5.33	0.000	0.00	0.00	24.84	PREC_SAN=2	couverture sociale?	76	
-6.42	0.000	0.00	0.00	31.37	PRECLOG=1	précarité du logement	96	
-6.42	0.000	0.00	0.00	40.52	PRECLOG=3	précarité du logement	124	

CLASSE 4 / 7 : les « sans emploi ni couverture sociale »

V.TEST	PROBA	POURCENTAGES			MODALITES	POIDS	DES VARIABLES	Poids
		CLA/MOD	MOD/CLA	GLOBAL	CARACTERISTIQUES			
CLASSE 4 / 7								
11.70	0.000	56.58	100.00	14.05	CLASSE 4 / 7		43	
4.27	0.000	17.99	100.00	24.84	PREC_SAN=2	couverture sociale?	76	
4.07	0.000	18.34	97.67	78.10	TYPO_W=3	typologie de l'emploi	239	
3.71	0.000	31.58	41.86	74.84	PREC_ECO=3	précarité économique	229	
2.51	0.006	23.17	44.19	18.63	TYP_LOG=2	typo logement	57	
-2.33	0.010	0.00	0.00	26.80	SEXE=2	Sexe	82	
-2.40	0.008	10.81	55.81	9.48	PREC_ECO=2	précarité économique	29	
-2.68	0.004	2.08	2.33	72.55	SEXE=1	Sexe	222	
-3.03	0.001	0.00	0.00	15.69	PREC_ECO=1	précarité économique	48	
-3.22	0.001	4.40	9.30	13.40	TYPO_W=2	typologie de l'emploi	41	
-11.70	0.000	0.00	0.00	29.74	TYP_ISO=3	typologie isolement	91	
-11.70	0.000	0.00	0.00	75.16	PREC_SAN=1	couverture sociale?	230	

CLASSE 5 / 7 : les « travailleurs instables »

V.TEST	PROBA	POURCENTAGES			MODALITES	POIDS	DES VARIABLES	Poids
		CLA/MOD	MOD/CLA	GLOBAL	CARACTERISTIQUES			
CLASSE 5 / 7								
12.67	0.000	80.49	100.00	10.78	CLASSE 5 / 7		33	
3.12	0.001	20.45	54.55	13.40	TYPO_W=2	typologie de l'emploi	41	
2.94	0.002	25.00	36.36	28.76	CLAGE2=1	classe_age	88	
2.37	0.009	18.18	48.48	15.69	PREC_ECO=1	précarité économique	48	
-2.46	0.007	3.57	9.09	28.76	TYP_LOG=3	typo logement	88	
-10.46	0.000	0.00	0.00	27.45	TYP_FUM=1	type de fumeurs	84	
-10.46	0.000	0.00	0.00	78.10	TYPO_W=3	typologie de l'emploi	239	

CLASSE 6 / 7 : les individus « en difficultés matérielles »

V.TEST	PROBA	---- POURCENTAGES ----			MODALITES POIDS CARACTERISTIQUES	DES VARIABLES	Poids
		CLA/MOD	MOD/CLA	GLOBAL			
				9.48	CLASSE 6 / 7		29
13.41	0.000	100.00	100.00	9.48	PREC_ECO=2	précarité économique	29
3.91	0.000	14.59	93.10	60.46	T2_ENFT=1	type2_nb_enfts	185
3.26	0.001	22.81	44.83	18.63	TYP_LOG=2	typo logement	57
3.10	0.001	19.74	51.72	24.84	PREC_SAN=2	couverture sociale?	76
2.62	0.004	13.61	79.31	55.23	NBDEUIL=0	nbre deuils	169
2.33	0.010	13.64	72.41	50.33	TLOGINS=0	logement temporaire?	154
-2.33	0.010	5.26	27.59	49.67	TLOGINS=1	logement temporaire?	152
-2.55	0.005	0.00	0.00	15.69	PREC_ECO=1	précarité économique	48
-3.10	0.001	6.09	48.28	75.16	PREC_SAN=1	couverture sociale?	230
-9.12	0.000	0.00	0.00	74.84	PREC_ECO=3	précarité économique	229

CLASSE 7 / 7 : les « peu précaires »

V.TEST	PROBA	---- POURCENTAGES ----			MODALITES POIDS CARACTERISTIQUES	DES VARIABLES	Poids
		CLA/MOD	MOD/CLA	GLOBAL			
				8.17	CLASSE 7 / 7		25
12.44	0.000	96.15	100.00	8.50	TYPO_W=1	typologie de l'emploi	26
7.45	0.000	41.67	80.00	15.69	PREC_ECO=1	précarité économique	48
2.66	0.004	15.38	56.00	29.74	TYP_ISO=1	typologie isolement	91
2.61	0.005	15.85	52.00	26.80	CLAGE2=2	classe_age	82
2.46	0.007	14.58	56.00	31.37	PRECLOG=1	précarité du logement	96
2.43	0.008	13.89	60.00	35.29	TYP_LOG=1	typo logement	108
-2.61	0.005	0.00	0.00	18.63	TYP_LOG=2	typo logement	57
-5.85	0.000	2.18	20.00	74.84	PREC_ECO=3	précarité économique	229
-8.83	0.000	0.00	0.00	78.10	TYPO_W=3	typologie de l'emploi	239

ANNEXE 9

Classification Ascendante Hiérarchique sur les précaires étrangers :

Cette CAH est lancée sur les 10 premiers axes construits par l'Analyse en Composantes Multiples décrite en annexe 8. Elle permet donc de différencier les situations des 259 précaires étrangers.

SUR LES 10 PREMIERS AXES FACTORIELS, DESCRIPTION DES 50
NOEUDS D'INDICES LES PLUS ELEVES :

NUM.	AINE	BENJ	EFF.	POIDS	INDICE	HISTOGRAMME DES INDICES DE NIVEAU
468	456	440	6	6.00	0.00581	***
469	433	265	5	5.00	0.00587	***
470	401	462	15	15.00	0.00587	***
471	157	40	2	2.00	0.00590	***
472	461	274	6	6.00	0.00611	***
473	459	263	6	6.00	0.00624	***
474	466	434	7	7.00	0.00682	***
475	447	421	10	10.00	0.00683	***
476	425	293	7	7.00	0.00696	***
477	451	84	3	3.00	0.00769	***
478	463	471	6	6.00	0.00841	****
479	446	399	10	10.00	0.00869	****
480	431	453	8	8.00	0.00907	****
481	394	423	11	11.00	0.00956	****
482	473	439	8	8.00	0.01057	****
483	445	398	17	17.00	0.01074	****
484	454	449	14	14.00	0.01117	*****
485	465	477	7	7.00	0.01126	*****
486	435	444	12	12.00	0.01135	*****
487	457	442	14	14.00	0.01147	*****
488	386	388	16	16.00	0.01147	*****
489	460	437	11	11.00	0.01153	*****
490	424	469	9	9.00	0.01183	*****
491	410	428	20	20.00	0.01290	*****
492	482	438	10	10.00	0.01333	*****
493	448	318	14	14.00	0.01374	*****
494	490	464	16	16.00	0.01388	*****
495	476	467	14	14.00	0.01474	*****
496	481	468	17	17.00	0.01509	*****
497	479	452	17	17.00	0.01618	*****
498	496	384	25	25.00	0.01834	*****
499	494	472	22	22.00	0.01891	*****
500	486	474	19	19.00	0.02100	*****
501	495	475	24	24.00	0.02184	*****
502	470	489	26	26.00	0.02298	*****
503	492	480	18	18.00	0.02892	*****
504	501	487	38	38.00	0.02911	*****
505	500	493	33	33.00	0.02985	*****
506	478	485	13	13.00	0.03045	*****
507	491	497	37	37.00	0.03140	*****
508	488	483	33	33.00	0.03253	*****
509	502	484	40	40.00	0.03790	*****
510	508	498	58	58.00	0.05339	*****
511	510	507	95	95.00	0.07979	*****
512	509	499	62	62.00	0.09621	*****
513	504	512	100	100.00	0.10855	*****
514	506	503	31	31.00	0.12185	*****
515	511	513	195	195.00	0.13213	*****
516	515	505	228	228.00	0.18422	*****
517	516	514	259	259.00	0.21906	*****
SOMME DES INDICES DE NIVEAU =						1.75633

→ Classification en 8 classes sélectionnée :

**Caractéristiques des 8 classes :*

INERTIES		EFFECTIFS		POIDS		DISTANCES		INERTIES	
AVANT	APRES	AVANT	APRES	AVANT	APRES	AVANT	APRES		
INTER-CLASSES		0.9418	0.9671					INTRA-CLASSE	
				CLASSE 1 / 8		0.0859	0.0859	18	18
18.00	18.00	1.9530	1.9530						
CLASSE 2 / 8		0.0837	0.0837	13	13	13.00	13.00	3.5654	3.5654
CLASSE 3 / 8		0.1034	0.1140	33	35	33.00	35.00	1.2695	1.2318
CLASSE 4 / 8		0.0780	0.0780	22	22	22.00	22.00	1.1523	1.1523
CLASSE 5 / 8		0.1075	0.1156	40	44	40.00	44.00	0.6144	0.6825
CLASSE 6 / 8		0.1126	0.1187	38	39	38.00	39.00	0.7464	0.7394
CLASSE 7 / 8		0.0768	0.0481	37	32	37.00	32.00	0.5480	0.6238
CLASSE 8 / 8		0.1665	0.1451	58	56	58.00	56.00	0.3787	0.3870
								TOTALE	
1.7563	1.7563								

QUOTIENT (INERTIE INTER / INERTIE TOTALE) : AVANT ... 0.5362
APRES ... 0.5506

** Description des 8 classes :*

On rappelle que pour les variables, la première modalité correspond toujours à la meilleure situation et la dernière à la plus alarmante. Les modalités intermédiaires assurant le gradient entre les situations extrêmes.

Afin de mieux comprendre ces sorties, quelques précisions doivent être ajoutées :

V.Test (Valeur test) :

Le signe de la valeur test indique qu'il y a sur représentation d'une modalité dans la classe s'il est positif et sous représentation s'il est négatif. Plus la valeur absolue est élevée, plus la modalité différencie la classe par rapport à l'ensemble de la population.

PROBA :

→ CLA/MOD s'interprète comme suit : c'est la part occupée par les individus de la classe parmi tous les individus ayant la modalité étudiée.

→ MOD/CLA représente la fréquence de la modalité dans la classe (exprimée en pourcentages).

→ GLOBAL correspond à la fréquence de la modalité sur l'ensemble de la population étudiée (exprimée en pourcentages)

Ainsi, plus l'écart entre fréquence de la modalité dans la classe et fréquence de cette même modalité dans l'ensemble de la population est importante et plus la valeur absolue de la valeur test associée sera grande.

CLASSE 1 / 8 : les « peu précaires »

V.TEST	PROBA	POURCENTAGES		MODALITES		POIDS
		CLA/MOD	MOD/CLA	CHARACTERISTIQUES	DES VARIABLES	
				6.95	CLASSE 1 / 8	18
9.80	0.000	75.00	100.00	9.27	PREC_ECO=1	24
3.78	0.000	30.77	44.44	10.04	CLAGE2=5	26
3.48	0.000	14.89	77.78	36.29	PREC_ADM=1	94
3.08	0.001	22.22	44.44	13.90	PRECLOG=1	36
2.68	0.004	18.60	44.44	16.60	TYP_LOG=1	43
2.50	0.006	15.79	50.00	22.01	COUPLE2=1	57
-3.09	0.001	3.31	33.33	69.88	COUPLE2=2	181
-3.38	0.000	0.00	0.00	34.36	PREC_ECO=2	89
-5.13	0.000	0.00	0.00	56.37	PREC_ECO=3	146

CLASSE 2 / 8 : les « travailleurs déclarés »

V.TEST	PROBA	POURCENTAGES			MODALITES	DES VARIABLES	POIDS
		CLA/MOD	MOD/CLA	GLOBAL			
				5.02	CLASSE 2 / 8		13
9.61	0.000	100.00	100.00	5.02	TYPO_W=1	typologie de l'emploi	13
3.37	0.000	25.00	46.15	9.27	PREC_ECO=1	précarité économique	24
-6.10	0.000	0.00	0.00	78.76	TYPO_W=3	typologie de l'emploi	204

CLASSE 3 / 8 : les « travailleurs non déclarés »

V.TEST	PROBA	POURCENTAGES			MODALITES	DES VARIABLES	POIDS
		CLA/MOD	MOD/CLA	GLOBAL			
				13.51	CLASSE 3 / 8		35
12.60	0.000	83.33	100.00	16.22	TYPO_W=2	typologie de l'emploi	42
7.44	0.000	35.96	91.43	34.36	PREC_ECO=2	précarité économique	89
3.49	0.000	22.52	71.43	42.86	PREC_ADM=3	précarité administrative étrangers	111
3.33	0.000	17.84	94.29	71.43	PREC_SAN=2	couverture sociale?	185
3.01	0.001	18.95	82.86	59.07	T2_ENFT=1	typo2_nb_enfts	153
2.94	0.002	22.00	62.86	38.61	CLAGE2=2	Classe_age	100
2.87	0.002	16.50	97.14	79.54	TYP_PSY2=0	typo2 nb pathos psy	206
2.68	0.004	18.88	77.14	55.21	TAILCEN=3	taille du centre	143
-2.67	0.004	2.04	2.86	18.92	T2_ENFT=2	typo2_nb_enfts	49
-3.30	0.000	4.26	11.43	36.29	PREC_ADM=1	précarité administrative étrangers	94
-3.33	0.000	2.70	5.71	28.57	PREC_SAN=1	couverture sociale?	74
-6.19	0.000	2.05	8.57	56.37	PREC_ECO=3	précarité économique	146
-11.20	0.000	0.00	0.00	78.76	TYPO_W=3	typologie de l'emploi	204

CLASSE 4 / 8 : les « sans emplois indépendants »

V.TEST	PROBA	POURCENTAGES			MODALITES	DES VARIABLES	POIDS
		CLA/MOD	MOD/CLA	GLOBAL			
				8.49	CLASSE 4 / 8		22
9.76	0.000	61.11	100.00	13.90	PRECLOG=1	précarité du logement	36
9.17	0.000	51.16	100.00	16.60	TYP_LOG=1	typo logement	43
4.23	0.000	24.56	63.64	22.01	COUPLE2=1	vie en couple?	57
2.92	0.002	13.74	81.82	50.58	TYPE3=2	assoce/orgas/hôpital	131
2.79	0.003	20.41	45.45	18.92	TYP_CSP=2	typo CSP	49
2.65	0.004	10.78	100.00	78.76	TYPO_W=3	typologie de l'emploi	204
-2.70	0.003	3.28	18.18	47.10	TYP_CSP=3	typo CSP	122
-3.01	0.001	1.18	4.55	32.82	TYPE3=1	assoce/orgas/hôpital	85
-3.13	0.001	0.00	0.00	26.25	TYP_LOG=3	typo logement	68
-3.19	0.001	4.42	36.36	69.88	COUPLE2=2	vie en couple?	181
-3.52	0.000	0.00	0.00	30.50	PRECLOG=3	précarité du logement	79
-4.86	0.000	0.00	0.00	45.95	TYP_LOG=2	typo logement	119
-5.73	0.000	0.00	0.00	55.60	PRECLOG=2	précarité du logement	144

CLASSE 5 / 8 : les « grands précaires résidents »

V.TEST	PROBA	POURCENTAGES			MODALITES	DES VARIABLES	POIDS
		CLA/MOD	MOD/CLA	GLOBAL			
				16.99	CLASSE 5 / 8		44
9.46	0.000	45.74	97.73	36.29	PREC_ADM=1	précarité administrative étrangers	94
7.31	0.000	45.95	77.27	28.57	PREC_SAN=1	couverture sociale?	74
5.26	0.000	27.40	90.91	56.37	PREC_ECO=3	précarité économique	146
4.53	0.000	34.18	61.36	30.50	PRECLOG=3	précarité du logement	79
3.98	0.000	32.47	56.82	29.73	DAT_IMM=1	période immigration	77
3.92	0.000	33.82	52.27	26.25	TYP_LOG=3	typo logement	68
3.28	0.001	63.64	15.91	4.25	ACCW=1	Accident du travail	11
3.11	0.001	28.24	54.55	32.82	TYPE3=1	assoce/orgas/hôpital	85
3.10	0.001	53.33	18.18	5.79	TYP_PSY2=2	typo2 nb pathos psy	15
3.06	0.001	20.59	95.45	78.76	TYPO_W=3	typologie de l'emploi	204
2.92	0.002	24.59	68.18	47.10	TYP_CSP=3	typo CSP	122
2.77	0.003	30.91	38.64	21.24	TAILCEN=1	taille du centre	55
2.62	0.004	25.00	59.09	40.15	TYP_ISO=2	typologie isolement	104
2.50	0.006	35.48	25.00	11.97	TYP_FUM=4	type de fumeurs	31
-2.33	0.010	13.94	65.91	80.31	TYP_ACC=1	prise de risque et nbre accidents	208
-2.36	0.009	0.00	0.00	9.27	PREC_ECO=1	précarité économique	24
-2.38	0.009	8.54	15.91	31.66	TYP_ISO=1	typologie isolement	82
-2.58	0.005	10.69	31.82	50.58	TYPE3=2	assoce/orgas/hôpital	131
-2.93	0.002	10.49	34.09	55.21	TAILCEN=3	taille du centre	143
-3.19	0.001	0.00	0.00	13.90	PRECLOG=1	précarité du logement	36
-3.20	0.001	11.18	43.18	65.64	TYP_FUM=1	type de fumeurs	170
-3.28	0.001	2.04	2.27	18.92	TYP_CSP=2	typo CSP	49
-3.28	0.001	14.92	84.09	95.75	ACCW=0	Accident du travail	248
-3.29	0.000	12.62	59.09	79.54	TYP_PSY2=0	typo2 nb pathos psy	206
-3.30	0.000	8.40	22.73	45.95	TYP_LOG=2	typo logement	119
-3.53	0.000	4.17	6.82	27.80	DAT_IMM=3	période immigration	72
-4.00	0.000	4.49	9.09	34.36	PREC_ECO=2	précarité économique	89
-4.24	0.000	0.00	0.00	20.85	PREC_ADM=2	précarité administrative étrangers	54
-6.51	0.000	0.90	2.27	42.86	PREC_ADM=3	précarité administrative étrangers	111
-7.31	0.000	5.41	22.73	71.43	PREC_SAN=2	couverture sociale?	185

CLASSE 6 / 8 : les « sans emplois non régularisés »

V.TEST	PROBA	POURCENTAGES			MODALITES	DES VARIABLES	POIDS
		CLA/MOD	MOD/CLA	GLOBAL			
				15.06	CLASSE 6 / 8		39
12.16	0.000	72.22	100.00	20.85	PREC_ADM=2	précarité administrative étrangers	54
3.28	0.001	18.63	97.44	78.76	TYPO_W=3	typologie de l'emploi	204
2.92	0.002	34.29	30.77	13.51	TYP_CSP=1	typo CSP	35
2.87	0.002	26.39	48.72	27.80	DAT_IMM=3	période immigration	72
2.49	0.006	18.78	87.18	69.88	COUPLE2=2	vie en couple?	181
-2.43	0.007	6.49	12.82	29.73	DAT_IMM=1	période immigration	77
-2.54	0.005	2.38	2.56	16.22	TYPO_W=2	typologie de l'emploi	42
-2.92	0.002	0.00	0.00	13.90	PRECLOG=1	précarité du logement	36

-5.79	0.000	0.00	0.00	36.29	PREC_ADM=1	précarité administrative étrangers	94
-6.56	0.000	0.00	0.00	42.86	PREC_ADM=3	précarité administrative étrangers	111

CLASSE 7 / 8 : les « précaires sans papiers insérés »

V.TEST	PROBA	POURCENTAGES			MODALITES	DES VARIABLES	POIDS
		CLA/MOD	MOD/CLA	GLOBAL			
				12.36	CLASSE 7 / 8		32
8.80	0.000	39.02	100.00	31.66	TYP_ISO=1	typologie isolement	82
4.55	0.000	23.42	81.25	42.86	PREC_ADM=3	précarité administrative étrangers	111
3.62	0.000	16.76	96.88	71.43	PREC_SAN=2	couverture sociale?	185
3.46	0.000	15.69	100.00	78.76	TYP_W=3	typologie de l'emploi	204
-2.52	0.006	0.00	0.00	13.90	PRECLOG=1	précarité du logement	36
-2.83	0.002	0.00	0.00	16.22	TYP_W=2	typologie de l'emploi	42
-2.88	0.002	0.00	0.00	16.60	TYP_LOG=1	typo logement	43
-3.41	0.000	0.00	0.00	20.85	PREC_ADM=2	précarité administrative étrangers	54
-3.62	0.000	1.35	3.13	28.57	PREC_SAN=1	couverture sociale?	74
-4.25	0.000	0.00	0.00	28.19	TYP_ISO=3	typologie isolement	73
-5.52	0.000	0.00	0.00	40.15	TYP_ISO=2	typologie isolement	104

CLASSE 8 / 8 : les « précaires sans papiers isolés »

V.TEST	PROBA	POURCENTAGES			MODALITES	DES VARIABLES	POIDS
		CLA/MOD	MOD/CLA	GLOBAL			
				21.62	CLASSE 8 / 8		56
8.03	0.000	45.05	89.29	42.86	PREC_ADM=3	précarité administrative étrangers	111
6.18	0.000	30.27	100.00	71.43	PREC_SAN=2	couverture sociale?	185
5.06	0.000	27.45	100.00	78.76	TYP_W=3	typologie de l'emploi	204
3.81	0.000	38.36	50.00	28.19	TYP_ISO=3	typologie isolement	73
3.27	0.001	31.09	66.07	45.95	TYP_LOG=2	typo logement	119
-2.51	0.006	8.16	7.14	18.92	NBPBAF3T=1	typo2 nbre pbs affectifs	49
-2.81	0.002	10.39	14.29	29.73	DAT_IMM=1	période immigration	77
-2.86	0.002	0.00	0.00	9.27	PREC_ECO=1	précarité économique	24
-3.80	0.000	0.00	0.00	13.90	PRECLOG=1	précarité du logement	36
-4.21	0.000	0.00	0.00	16.22	TYP_W=2	typologie de l'emploi	42
-4.28	0.000	0.00	0.00	16.60	TYP_LOG=1	typo logement	43
-4.63	0.000	6.38	10.71	36.29	PREC_ADM=1	précarité administrative étrangers	94
-5.00	0.000	0.00	0.00	20.85	PREC_ADM=2	précarité administrative étrangers	54
-6.18	0.000	0.00	0.00	28.57	PREC_SAN=1	couverture sociale?	74
-6.63	0.000	0.00	0.00	31.66	TYP_ISO=1	typologie isolement	82

ANNEXE 10

Corrélations deux à deux entretenues par les différentes dimensions de la précarité.

En termes statistiques, la corrélation entre les différentes dimensions de la précarité peut être recherchée et quantifiée à l'aide du Tau-B de Kendall (aussi appelée *corrélation au sens des rangs*). En effet, c'est l'outil le plus pertinent pour traiter des corrélations entre variables qualitatives ordonnées, ayant le même type de sens et le même nombre de modalités (à l'exception de la protection sociale qui ne compte que 2 modalités au lieu de 3 pour les autres variables).

Je rappelle ici la définition de la corrélation au sens des rangs : considérant deux dimensions données de la précarité (par exemple l'emploi et le logement), on étudie toutes les $n*(n-1)/2$ paires d'individus différents qu'il est possible de constituer dans l'échantillon. Une paire d'individus est dite « concordante » si l'individu qui est le plus précaire des deux pour la première dimension de précarité est également le plus précaire pour l'autre. Une paire est dite « discordante » dans le cas contraire. Le Tau-B de Kendall se calcule alors comme :

$$\tau_B = \frac{N_C - N_D}{n(n-1)/2}$$

Où N_C est le nombre total de paires concordantes, N_D le nombre total de paires discordantes et n l'effectif de l'échantillon.

Corrélations entre les dimensions de la précarité (Tau-B de Kendall)

	Précarité du logement	Précarité professionnelle	Précarité économique	Absence de protection sociale	Précarité administrative
Précarité affective	0,108 (*)	0,055 (n.s.)	0,084 (*)	-0,044 (n.s.)	-0,015 (n.s.)
Précarité du logement		0,076 (*)	0,188 (**)	0,025 (n.s.)	0,046 (n.s.)
Précarité professionnelle			0,43 (***)	0,01 (n.s.)	-0,054 (n.s.)
Précarité économique				-0,107 (***)	-0,032 (n.s.)
Absence de protection sociale					0,492 (***)

Source : Enquête Préalogue du CREDES

(*) : significatif au risque d'erreur de 5% - (**) : significatif au risque de 1% - (***) : significatif au risque de 0,1% - (n.s) : non significatif.

N.B : L'effectif est de 590 individus sauf dans le cas de la précarité administrative où seuls les 259 étrangers sont pris en compte.

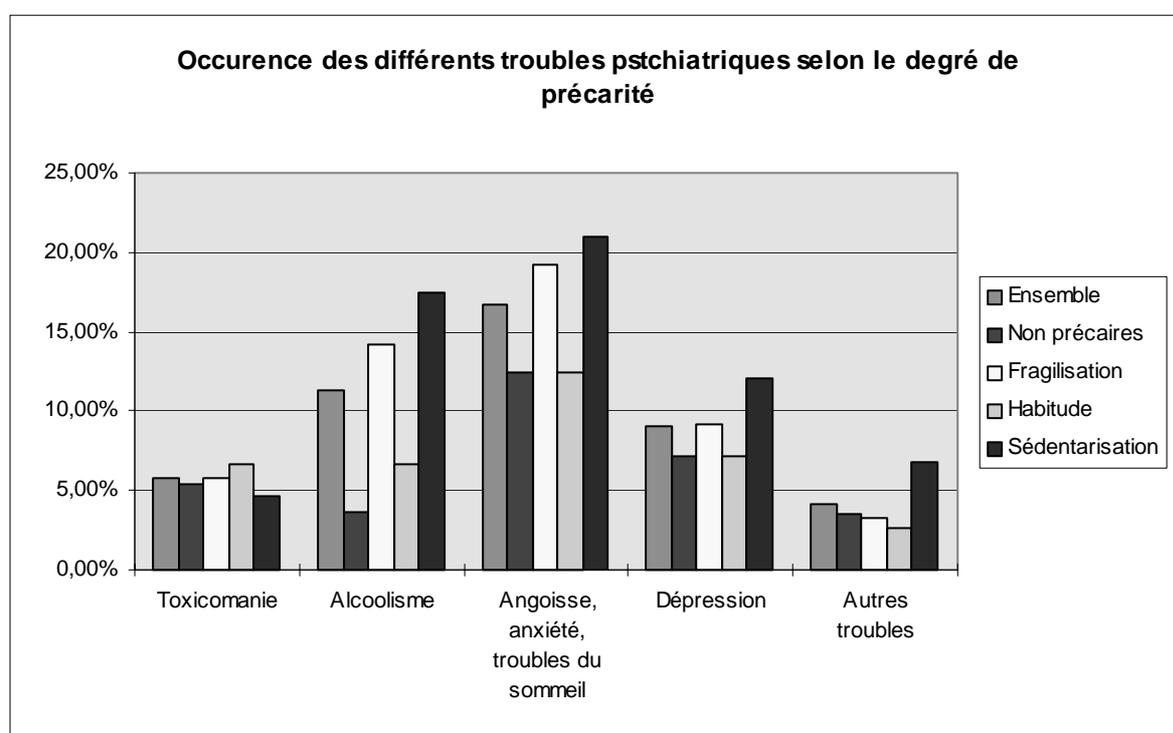
Les corrélations présentées ici sont à interpréter avec précaution dans la mesure où la prise en compte de variables deux à deux ne permet pas d'analyser leurs liaisons « toutes choses égales par ailleurs ».

ANNEXE 11

Etudes des troubles psychologiques selon le degré de précarisation :

1) Diagnostics psychiatriques :

--> *Occurences des diagnostics psychiatriques selon le degré de précarité :*

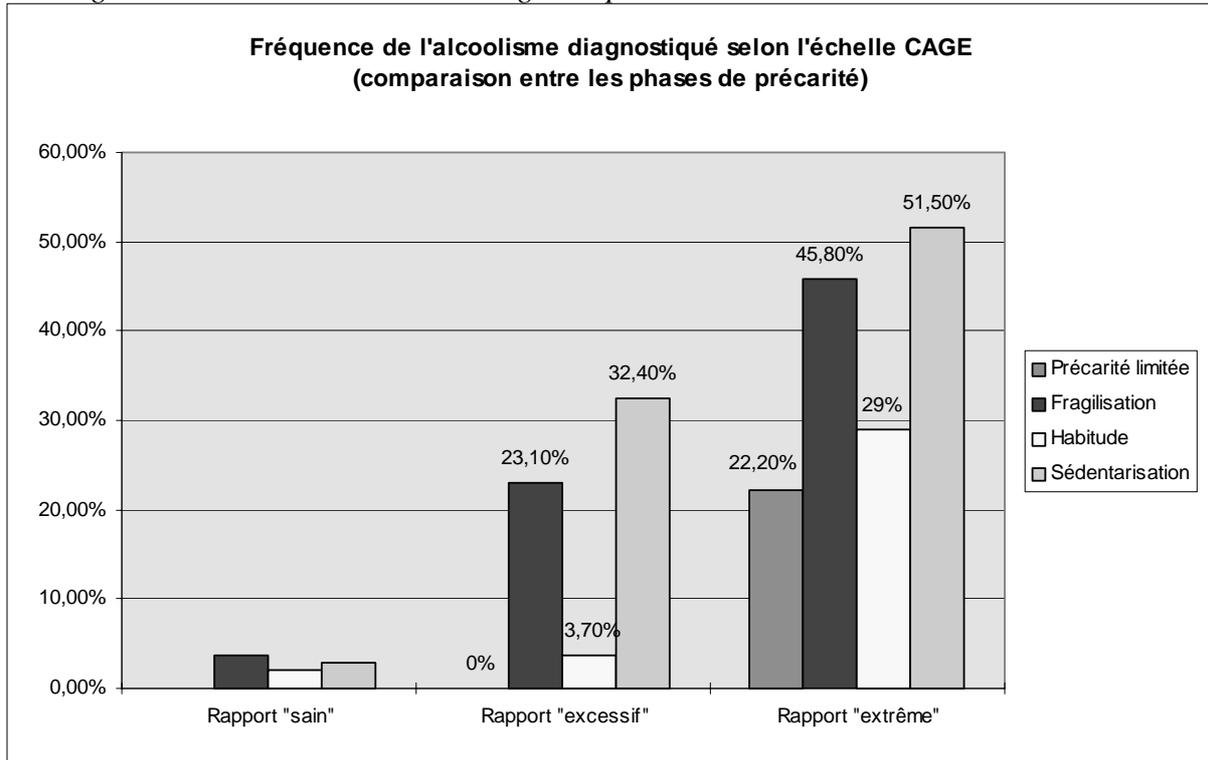


Source : Enquête Préalogue du CREDES

ANNEXE 12

Inadaptabilité du score CAGE aux populations précaires ?

--> *Disparités des concordances entre « problèmes d'alcoolisation » par la méthode CAGE et les diagnostics d'alcoolisme selon le degré de précarité :*



Source : Enquête Précalog du

ANNEXE 13

**Tableau détaillé des motifs de recours
aux soins des précaires.**

Catégorie	Motifs de recours aux soins	Effectif	Total catégorie
Ophtalmologie	Trouble de la vue	76	93
	Autre problèmes ophtalmologiques	17	
ORL et pneumologie	Infection respiratoire et/ou ORL	63	170
	Infection broncho-pulmonaire	33	
	Asthme, emphysème, BPCO	25	
	Autres problèmes broncho-pulmonaires	16	
	Autre problèmes ORL	33	
Cardio-vasculaire	Hypertension artérielle	37	75
	Maladie cardiaque	12	
	Phlébite, varices, insuffis. Veineuse	18	
	Autres problèmes cardio-vasculaire	8	
Bucco-dentaire	Affections de la bouche et des dents	142	142
Appareil digestif	Pathologie de l'œsophage	11	115
	Pathologie de l'estomac	49	
	Pathologie intestinale ou ano-rectale	21	
	Pathologie hépatique, biliaire ou pancréatique	21	
	Autres problèmes digestifs	13	
Génito-urinaire et obstétrique	Diagnostic et suivi de grossesse, obstétrique	9	60
	Affections gynécologiques, sénologie	21	
	Maladies sexuellement transmises	5	
	Infection urinaire	8	
	Autres problèmes génito-urinaires	17	
Dermatologie	Infection ou mycose cutanée	43	88
	Ecto-parasitose cutanée	8	
	Autre dermatose (non infectieuse)	37	
Psychiatrie	Toxicomanie	34	278
	Alcoolisme	67	
	Angoisse, anxiété et troubles du sommeil	98	
	Dépression	54	
	Autres troubles psychiatriques	25	
Neurologie	Céphalée, migraine	50	74
	Autres problèmes neurologiques	24	
Appareil locomoteur	Arthrose	37	141
	Rhumatisme	27	
	Plaies, fractures, traumatismes	38	
	Autres problèmes locomoteurs	39	
Pathologie infectieuse spécifique	Infection à VIH	9	17
	Tuberculose	3	
	Maladie infectieuse non classée ailleurs	5	
Catégorie	Motifs de recours aux soins	Effectif	Total catégorie
Oncologie	Cancer, tumeur maligne	2	5
	Tumeur bénigne ou de malignité inconnue	3	

Hématologie	Hémopathie maligne	0	2
	Anémie et autres maladies du sang	2	
Endocrino-métabolique	Diabète sucré	16	57
	Dénutrition, carence alimentaire	17	
	Obésité	14	
	Autres problèmes endocrino-métabolique	10	
Autres motifs de recours aux soins	Prévention ou vaccination	22	72
	Etat morbide mal défini	3	
	Visite systématique	7	
	Anomalie congénitale, affection périnatale	1	
	Autres motifs	39	
TOTAL		1389	1389

Source : Enquête Précalog du CREDES

ANNEXE 14

Les Profils Nosologiques Comparatifs (PNC) :

Le concept des « Profils Nosologiques Comparatifs » et sa mise en œuvre présentés ci-après sont issus de la thèse du Docteur Hervé Picard effectuée à l'université de Paris 6 en 1997 et intitulée : « Une nosologie de la misère : les cas des tsiganes roumains de la banlieue parisienne nord ».

1 – Méthodologie de comparaison des motifs médicaux de recours aux soins entre patients précaires et médecine libérale

Principe :

Par “ motifs médicaux de recours aux soins ”, on entend l'ensemble des diagnostics posés à l'issue de l'ensemble des consultations¹. Ces diagnostics peuvent être classés en grandes catégories : dermatologie, cardiologie, etc. L'objectif est ici de comparer la part respective de chacune de ces catégories² dans l'ensemble des motifs de recours aux soins des personnes en situation précaire, par rapport à ce que l'on observe chez les personnes consultant en médecine libérale.

La population de référence a été construite sur la base des données de l'enquête permanente sur la prescription médicale (E.P.P.M.) de l'institut IMS-France. Cette enquête réalise un suivi annuel par vagues d'un échantillon de médecins libéraux français, chaque médecin transmettant les informations relatives à toutes les consultations qu'il réalise durant une semaine donnée. Un redressement permet ensuite d'aboutir à une représentativité de l'activité médicale libérale sur tout le territoire français, en médecine générale comme dans l'ensemble des spécialités médicales cliniques. Les diagnostics sont codés selon la 9^{ème} révision de la Classification Internationale des Maladies (C.I.M.9).

A partir des données de l'E.P.P.M. 1997-1998, un échantillon de consultations “ médecine libérale ” a été reconstruit afin de minimiser les biais et d'optimiser la comparabilité avec l'échantillon de consultations “ précarité ” étudié ici.

Prise en compte des biais

Biais de répartition temporelle (saisonnalité)

Les pathologies rencontrées sont susceptibles d'être influencées par des phénomènes saisonniers³. Or si les données de l'E.P.P.M. couvrent de manière équilibrée douze mois d'activité médicale, les consultations que nous avons observées dans les centres “ précarité ”

¹ Le nombre total de motifs médicaux peut donc être supérieur au nombre total de consultations car plusieurs diagnostics différents sont fréquemment posés à l'issue d'une même consultation.

² Part de l'ensemble des diagnostics posés qui entrent dans la catégorie considérée. Par construction, la somme des fréquences de toutes les catégories est donc égale à 100% dans une population donnée.

³ Par exemple, les infections respiratoires hautes sont plus fréquentes à la saison froide, etc.

ont eu lieu pour 74% d'entre elles durant une période comprise entre décembre 1999 et mai 2000.

Nous avons donc reconstruit un échantillon aléatoire de consultations E.P.P.M. satisfaisant les trois critères :

- Avoir la même structure temporelle que l'échantillon "précarité"⁴ ;
- Avoir une taille maximale⁵.

Sélection des consultations

L'échantillon de consultations "précarité" a été construit en incluant les trois premiers patients rencontrés par chaque médecin participant à partir d'une date de début d'observation⁶. *A contrario*, dans E.P.P.M. ce sont l'ensemble des consultations réalisées durant une semaine par chaque médecin participant qui sont prises en compte. Pour chaque médecin enquêté dans E.P.P.M. nous n'avons donc retenu que les trois premiers patients qui ont été vu durant la semaine de participation du médecin.

Le facteur potentiel de confusion lié à l'activité des spécialistes

L'enquête E.P.P.M. mêle les consultations généralistes et les visites de spécialistes. Nous avons donc constitué deux échantillons de référence, un avec toutes les spécialités **pondérées par leur représentation en France** (redressement IMS en fonction de la spécialité, de l'âge du médecin, de sa situation géographique...) et l'autre incluant exclusivement la médecine générale. Cette démarche permet de faire deux grands types de comparaisons : consultations des centres précarité versus « consultations toute médecine libérale » et consultations des centres précarité versus « consultations des généralistes ». Ceci permettra de voir si l'activité des centres de précarité relève davantage de la médecine généraliste ou si, au contraire, elle se révèle fortement spécialisée.

***In fine*, on aboutit à deux échantillons de consultations de référence (l'un en médecine libérale toutes spécialités confondues et l'autre en médecine générale de ville) pour lesquels "tout se passe comme si" ces échantillons avaient été constitués (deux ans plus tôt) selon la même méthode que celle employée dans la présente enquête, durant les mêmes périodes de l'année.**

Prise en compte de l'effet "age et sexe"

Lorsque l'on souhaite comparer, entre deux populations, un événement aussi dépendant de l'âge et du sexe que peut l'être une pathologie, une standardisation directe est inévitable. Cette méthodologie analogue aux CMF va nous fournir à la sortie les fameux Profils Nosologiques Comparatifs. La démarche statistique et les formules mathématiques sont décrites dans le paragraphe qui suit.

2 – Standardisation directe par âge dans une enquête d'utilisation

⁴ Dans E.P.P.M., l'année est découpée en 4 trimestres : février à avril, mai à juillet, etc. L'objectif était donc d'avoir une répartition analogue entre ces quatre trimestres à celle observée dans les consultations précarité.

⁵ Pour cela, les consultations des deux échantillons ont été ventilées en N groupes selon le double critère (trimestre x zone). Le groupe le mieux représenté dans l'échantillon précarité étant le groupe "trimestre BLA x zone BLI", nous avons retenu l'ensemble des consultations E.P.P.M. de ce groupe, puis tiré aléatoirement des consultations E.P.P.M. dans chacun des autres groupes au prorata de la part respective de chaque groupe dans la structure de l'échantillon précarité.

⁶ Cette date étant librement déterminée par chacun des centres de soins participants.

On souhaite transposer la méthode de standardisation directe dans le cadre d'une enquête d'utilisation.

→ On considère une population P qui a effectué $R \in \mathbb{N}$ recours aux soins durant la période étudiée.

→ Considérons une catégorie nosologique C (par exemple : « maladies dermatologiques »).

→ Le nombre de fois où un diagnostic correspondant à cette catégorie a été posé dans la population P durant la période étudiée sera noté C ($D \in \mathbb{N}$).

→ On s'intéresse ici à ce que nous appellerons le ratio de fréquence diagnostic de la catégorie nosologique D et que nous définirons comme le rapport $FD = D/R$. Ce ratio exprime « le nombre de diagnostics appartenant à la catégorie C qui sont posés pour 100 diagnostics ».

→ La structure par âge de notre population est décrite par la donnée du nombre de recours R_i effectués dans chaque classe d'âge $i \in [1, k]_{\mathbb{N}}$.

→ On donne également le nombre de fois où un diagnostic appartenant à C a été posé dans chaque classe d'âge i, que l'on note D_i .

→ Par définition, $\sum_{i=1}^k R_i = R$ et $\sum_{i=1}^k D_i = D$. On en tire $\forall i \in [1, k]_{\mathbb{N}}, FD_i = D_i / R_i$.

→ $\forall i \in [1, k]_{\mathbb{N}}$ soit $\omega_i = R_i / R$

Par définition, $\sum_{i=1}^k \omega_i = 1$. Il vient également : $FD = \sum_{i=1}^k \frac{D_i}{R} = \sum_{i=1}^k \frac{D_i}{R_i} * \frac{R_i}{R} = \sum_{i=1}^k FD_i * \omega_i$

→ Considérons une population de référence, P', ayant effectué R' recours aux soins, à l'occasion desquels un diagnostic appartenant à la catégorie C a été posé D' fois.

→ Supposons connues les valeurs des R'_i, ω'_i et D'_i .

→ La standardisation directe correspond à l'application à P de la structure d'âge de P'. Le ratio standardisé de la fréquence diagnostic de C s'écrit :

$$FDS = \sum_{i=1}^k FD_i * \omega'_i$$

→ On sait que $\forall i \in [1, k]_{\mathbb{N}}$, la variance de FD_i peut être estimée par : $Var (FD_i) \approx \frac{D_i}{(R_i)^2}$

(par analogie avec l'estimation de la variance d'un taux de prévalence. Cf Bayer Hemon).

→ Il vient $Var (FDS) = \sum_{i=1}^k Var(FD_i) * (\omega'_i)^2$, puisque les ω'_i peuvent être considérés comme des constantes du fait de la grande taille de P' par rapport à P.

→ L'intervalle de confiance du ratio de fréquence standardisé s'en déduit immédiatement :

$$IC_{95}(FDS) = FDS \pm 1,96 * \sqrt{\sum_{i=1}^k \frac{D_i}{(R_i)^2} * (\omega'_i)^2}$$

$$\rightarrow \eta = 1,96 * \sqrt{\sum_{i=1}^k \frac{D_i}{(R_i)^2} * (\omega'_i)^2}$$

Donc $IC_{95}(FDS) = FDS \pm \eta$

→ Par analogie avec la CMF, on peut construire un rapport de fréquence diagnostics standardisées que l'on notera CDF (Comparative Diagnosis Figure)

$$CDF = \frac{FDS(PopulationP)}{FD'(PopulationP')}$$

→ On en tire $\ln(CDF) = \ln(FDS) - \ln(FD')$

D'où : $\text{Var}(\ln(CDF)) = \text{Var}(\ln(FDS)) + \text{Var}(\ln(FD'))$

→ Là encore, on fait l'approximation selon laquelle $\text{Var}(\ln(FD'))$ est négligeable devant $\text{Var}(\ln(FDS))$, puisque P' est bien plus grande que P.

Ainsi : $\text{Var}(\ln(CDF)) \approx \text{Var}(\ln(FDS))$

→ Une expression approchée de $\text{Var}(\ln(FDS))$ est :

$$\text{Var}(\ln(FDS)) \approx \frac{\text{Var}(FDS)}{(FDS)^2} \quad (\text{car } f(\ln(x)) \approx \frac{f(x)}{x^2} \text{ si } x \in]0;1])$$

$$\rightarrow \text{On en déduit : } \text{Var}(\ln(CDF)) \approx \frac{\text{Var}(FDS)}{(FDS)^2} \approx \frac{\sum_{i=1}^k \frac{D_i}{(R_i)^2} * (\omega'_i)^2}{\left(\sum_{i=1}^k \frac{D_{ii}}{R_i} * \omega'_i\right)^2}$$

→ L'intervalle de confiance de $\ln(CDF)$ est donc approché par :

$$IC_{95}(\ln(CDF)) = \ln(CDF) \pm 1,96 * \sqrt{\sum_{i=1}^k \frac{D_i}{(R_i)^2} * (\omega'_i)^2} * \frac{1}{\sum_{i=1}^k \frac{D_{ii}}{R_i} * \omega'_i}$$

→ Finalement, on obtient l'intervalle de confiance de CDF : [a ; b] avec

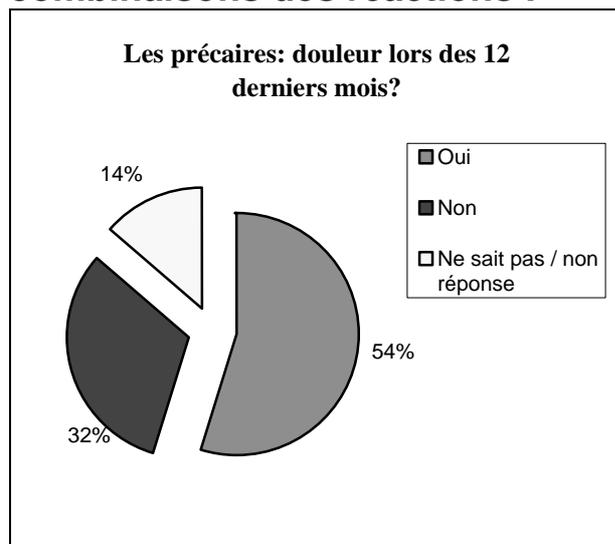
$$a = \exp^{\ln\left(\frac{FDS}{FD'}\right) - \frac{\mu}{FDS}}$$

$$b = \exp^{\ln\left(\frac{FDS}{FD'}\right) + \frac{\eta}{FDS}}$$

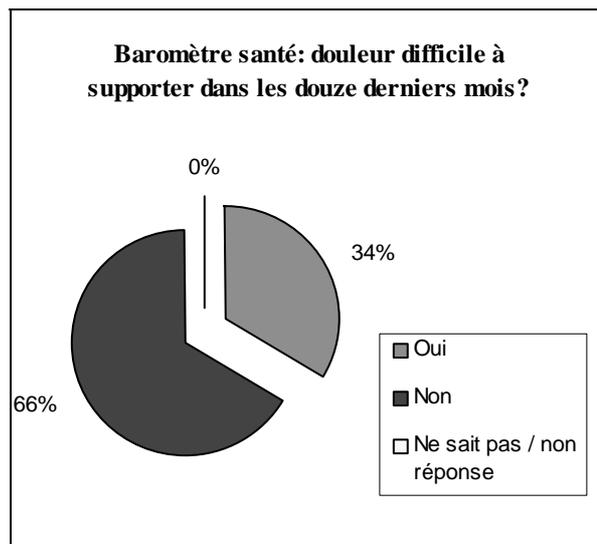
ANNEXE 15

Etude des réactions à un épisode douloureux

1) Délai avant demande d'aide dans un épisode douloureux et combinaisons des réactions :



Source Préalogue CREDES



Source CFES Baromètre Santé 2000

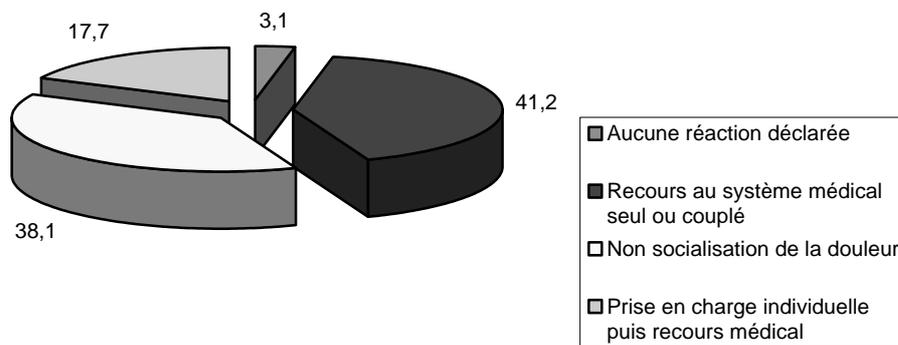
Combinaison des réactions face à la douleur:		
Type de réactions	Effectif	Pourcentage
Aucune réaction déclarée	10	3,1
Attente seul	67	20,7
Attente + Auto-soin	28	8,7
Attente+auto-soin+consult	14	4,3
Attente+auto-soin+hospitalisation	2	0,6
Attente+auto-soin+consult+hospitalisation	4	1,2
Attente + consultation	12	3,7
Attente + hospitalisation	4	1,2
Attente+consult+hospitalisation	3	0,9
Auto soin seul	28	8,7
Auto soin + hospitalisation	3	0,9
Auto soin et consultation	13	4,0
Auto soin + consultation+hospitalisation	2	0,6
Consultation seule	93	28,8
Hospitalisation seule	21	6,5
Consultation + hospitalisation	19	5,9
Total	323	100

Source Préalogue CREDES

On peut donc distinguer quatre grands groupes :

- Les individus qui ne déclarent aucune réaction face à la douleur : ils représentent 3% de notre population d'intérêt
- Les individus qui, en cas de douleur, s'en remettent aux structures médicales classiques : la médecine de ville et l'hôpital. Ils sont 41% dans ce cas.
- Les personnes qui se débrouillent tout seul face à la douleur, par un comportement actif (auto-soin) ou passif (attente). Cette réaction de « non socialisation de la douleur » est typique de plus d'un individu sur trois.
- Enfin, les individus qui se débrouillent seul face à la douleur (on infère que c'est dans un premier temps) puis s'en remettent aux structures médicales. Ce groupe témoignant de la réaction de près d'un individu sur cinq peut être interprété comme tel : la douleur est, dans un premier temps, traitée par le malade sans avis médical, puis devant la persistance ou l'aggravation de la douleur, il est poussé à aller consulter.

Fréquence en pourcentage des différents types de réactions à la douleur



2) Etude et interprétation des axes de l'ACM sur les réactions à un épisode douloureux :

L'étude de l'inertie restituée par chacun des axes conduit à retenir les deux premiers axes – pour des questions d'interprétation bien plus que pour des motifs statistiques–.

HISTOGRAMME DES 3 PREMIERES VALEURS PROPRES

NUMERO	VALEUR PROPRE	POURCENT.	POURCENT. CUMULE
1	0.5390	53.90	53.90
2	0.3020	30.20	84.10
3	0.1590	15.90	100.00

Le premier axe – qui résume plus de la moitié de l'information – oppose les individus qui ont recouru directement aux structures médicales aux individus qui ont privilégié l'attente et/ou l'auto-soin à la consultation médicale.

Axe 1: restitue 53,90% de l'inertie totale			
Var. à coord. positives	Contribution	Var. à coord. négatives	Contribution
Non recours médical: + 1,02	26,50%	Recours médical: - 0,71	18,60%
Attente: + 0,95	23,30%	Pas d'attente: - 0,68	16,50%
Auto-soin: + 0,77	10,70%		

L'auto-soin contribue pour plus de 80% à la construction du second axe. On voit bien là que c'est une composante très discriminante des comportements des précaires. L'axe 2 oppose les individus ayant pris en charge leur douleur aux autres.

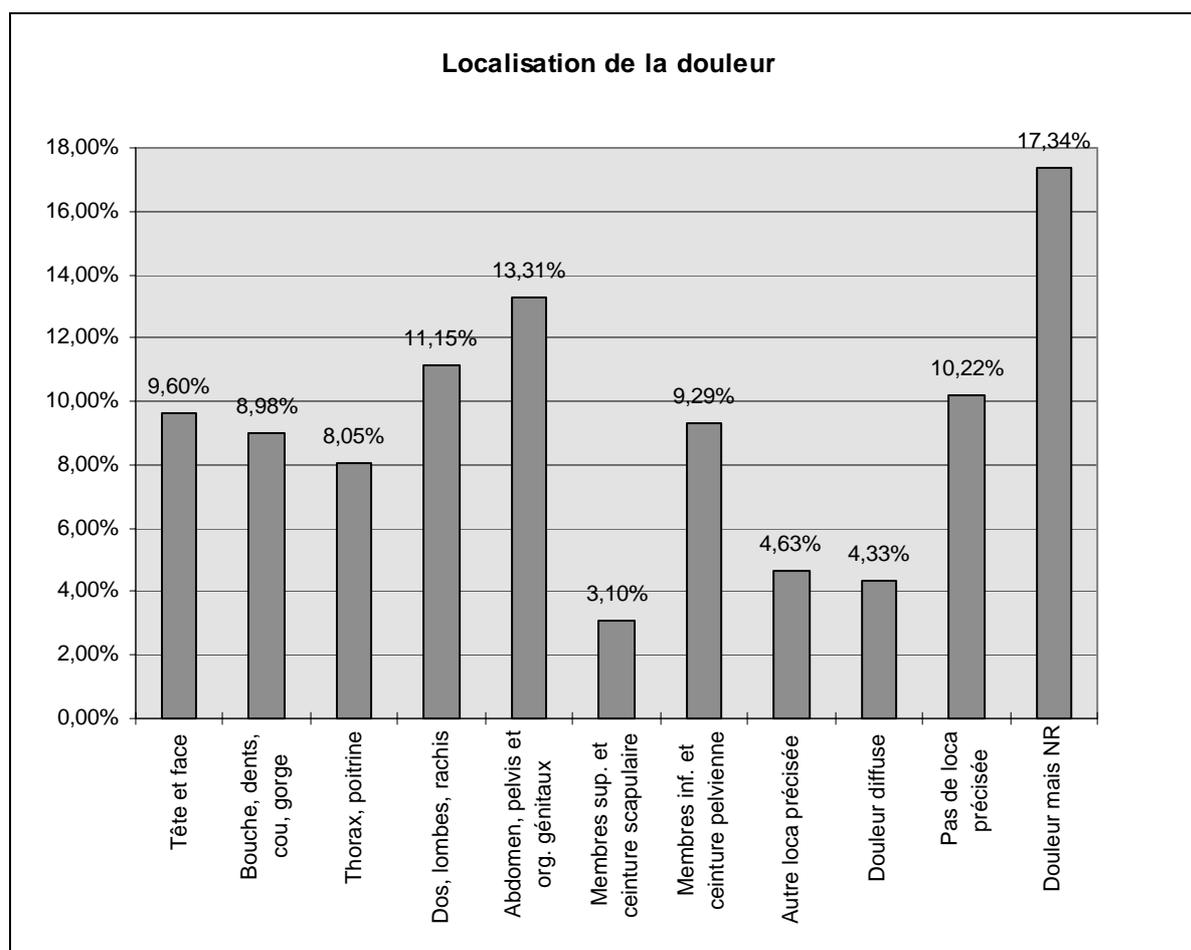
Axe 2: restitue 30,20% de l'inertie totale			
Var. à coord. positives	Contribution	Var. à coord. négatives	Contribution
Pas d'auto-soin : + 0,55	23,80%	Auto-soin: -1,34	58,10%

ANNEXE 16

Réactions selon la localisation de la douleur

1) Localisation de la douleur :

La modalité « autre localisation précisée » correspond dans la majeure partie des cas à une douleur morale.



Source : Enquête Précalog du CREDES

2) Réactions selon la localisation de la douleur :

- *Analyse descriptive :*

En dissociant les différents types de réaction par type de douleur, le but est de voir si certaines douleurs ne sont pas considérées comme moins importantes que d'autres. Ne pouvant réaliser un travail sur l'intensité ressentie de la douleur, il peut être intéressant de voir les problèmes qui inquiètent réellement les précaires et ceux considérés comme bénins et ne donnant pas lieu à consultation.

Le tableau ci-dessous permet de résumer la fréquence des différentes réactions selon la localisation de la douleur. Le signe ‘++’ indique que la réaction correspondante est particulièrement présente, ‘+’ qu’elle est significativement plus présente. De même les signes ‘-’ correspondent à une sous représentation plus ou moins forte d’un type de réaction. Ainsi, on peut distinguer, de manière globale, des attitudes différentes en fonction de la localisation de la douleur :

- En cas de douleurs dites « diffuses », la réaction de l’individu se caractérise par son immédiateté (pas d’attente). Ceci s’explique par le fait que bon nombre des douleurs recensées dans cette catégorie sont dues à un état de manque (alcool et toxicomanie), état qu’il est impossible d’ignorer.
- Les douleurs à la tête et au visage induisent une forte propension à s’auto-soigner.
- Une tendance marquée à l’attente pour les problèmes de bouche, dents, cou et gorge (dentisterie et ORL). Ces problèmes sont donc davantage considérés comme passagers, bénins et pouvant donc être ignorés. L’attente témoigne bien d’un état de non-alerte face à ce type de problèmes.
- Cette forte propension à attendre s’applique également pour les douleurs à la poitrine et au thorax. On ne peut cependant retenir l’hypothèse d’état de « non-alerte » puisque l’on sait que ces douleurs génèrent très souvent une forte angoisse. On penchera davantage pour une perplexité forte devant ce type de douleurs (propension à s’auto-soigner très faible). Notons également que ce type de douleurs donne lieu à un taux d’hospitalisation significativement plus élevée.
- Les problèmes dorsaux, lombaires ou des membres supérieurs sont plus fréquemment traités par une consultation.
- Au contraire, peu de gens attendent lorsqu’ils souffrent du visage ou de la tête. Ils sont partagés entre le soulagement individuel de la douleur et la consultation.
- Enfin, les douleurs non localisées qui, rappelons-le, se révèlent être souvent des souffrances psychologiques sont souvent subis dans l’attente ou affrontés par « l’auto-médication » par les personnes précaires.

Localisation de la douleur	Attente	Auto-soin	Consult	Hôpital
Douleur mais non réponse	-	++		
Douleur diffuse	--	+	+	
Tête et face		++	--	
Bouche, dents, cou, gorge	++			--
Thorax, poitrine	++	--	--	++
Dos, lombes, rachis			+	
Abdomen, pelvis, org. Génitaux				
Membres supérieurs	-	-	++	-
Membres inférieurs		--		+
Douleur morale	++	+		--
Pas de localisation précise		--	+	++

• Analyse Factorielle des Correspondances :

Description des deux premiers axes :

Axe 1: restitué 60,15% de l'inertie totale du nuage

<i>Les profils-ligne</i>			
Modalités à coord. positives	Contribution	Modalités à coord. négatives	Contribution
Comportement minimaliste:+0,23	13,90%	Recours en seconde intention:-0,75	56,20%
Recours direct: +0,15	11,30%	Prise en charge seul:-0,31	18,70%

<i>Les profils colonne</i>			
Modalités à coord. positives	Contribution	Modalités à coord. négatives	Contribution
Non précisée: + 0,40	18,10%	Douleur diffuse:-0,42	8,70%
Thorax, poitrine : + 0,34	11,70%	Tête et face:-0,59	45,40%
Membres inf. : + 0,28	9,40%		

Axe 2: restitué 29,45% de l'inertie totale du nuage

<i>Les profil-ligne</i>			
Modalités à coord. positives	Contribution	Modalités à coord. négatives	Contribution
Recours direct:+0,16	26,40%	Prise en charge seul:-0,32	41,30%
Recours en seconde intention:+0,28	16,00%	Réaction minimaliste:-0,17	16,30%

<i>Les profils colonne</i>			
Modalités à coord. positives	Contribution	Modalités à coord. négatives	Contribution
Dos, rachis:+ 0,23	16,50%	Bouche, dents, gorge: - 0,38	32,10%
Non précisée: +0,20	9,80%	Thorax, poitrine: - 0,32	20,90%

Qualité de représentation des localisations de la douleur sur le premier plan factoriel :
 Qualité de représentation sur le plan factoriel 1*2 :⁷

	Modalités	Qlté représentation
Réac doul	Comportement minimaliste	0,74
	Prise en charge seul	0,91
	Recours en seconde intention	0,96
	Recours direct	0,9
Lieu doul	Douleur diffuse	0,85
	Tête et face	0,96
	Bouche, dents, gorge	0,94
	Thorax, poitrine	0,88
	Dos, rachis	0,77
	Abdomen, pelvis	0,2
	Membres supérieurs	0,98
	Membres inférieurs	0,96
	Douleur morale	0,99
	Non précisée	0,97

⁷ Rappelons le calcul de la qualité de représentation d'une modalité sur un plan factoriel :

La qualité de représentation d'une modalité sur un axe vaut le cosinus carré de l'angle formé par la modalité i et l'axe k .

D'où la qualité de représentation sur un plan factoriel $k*l$ vaut la somme des qualités de représentation de la modalité i sur les axes k et j .

ANNEXE 17

ACM et CAH sur le type d'information disponibles sur le rapport aux soins.

I - L'analyse des correspondances multiples :

Individus et variables actives :

Puisque l'objectif est de grouper les individus en fonction des combinaisons d'informations, nous plaçons en variables actives les quatre variables dichotomiques qui nous indiquent si :

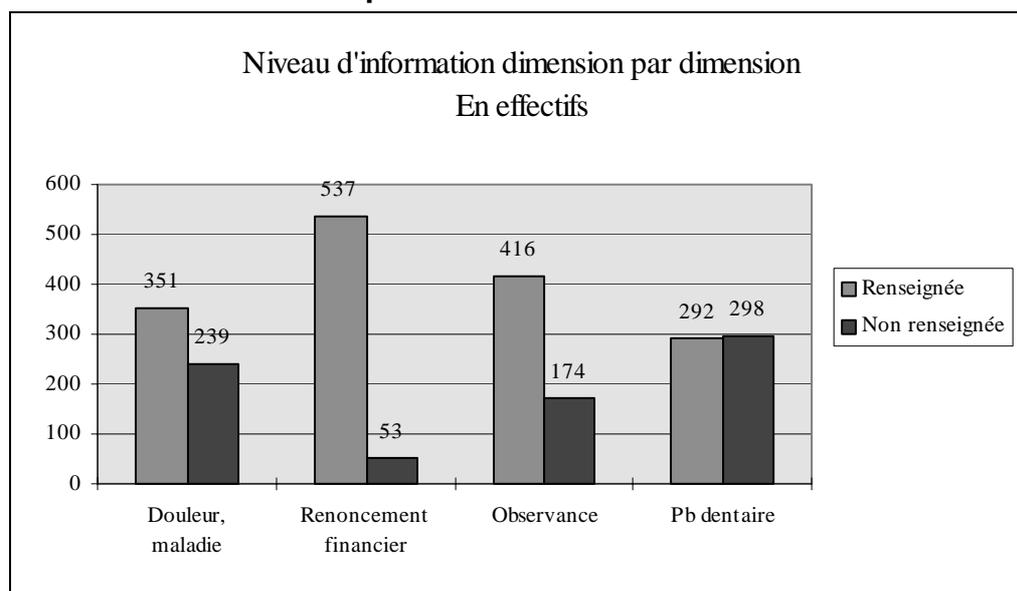
- au moins une réaction à une douleur ou maladie détectée est ou non renseignée (problème ORL, problème de peau, épisode douloureux),
- la question sur le renoncement aux soins pour raisons financières est ou non renseignée,
- au moins une question sur l'observance d'une prescription médicale est ou non renseignée,
- au moins une réaction à un problème dentaire est ou non renseignée.

SELECTION DES INDIVIDUS ET DES VARIABLES UTILES
 VARIABLES NOMINALES ACTIVES :
 4 VARIABLES 8 MODALITES ASSOCIEES

26 . information sur douleur/maladie?	(2 MODALITES)
27 . information sur renoncement financier?	(2 MODALITES)
28 . information sur observance prescription	(2 MODALITES)
29 . information sur problème dentaire?	(2 MODALITES)

Dans cette analyse factorielle, l'ensemble des 590 individus de notre base est pris en compte.

Information dimension par dimension



Choix des axes :

Nous disposons de 8 modalités actives. Quatre axes⁸ résument donc l'ensemble de l'information contenue dans le nuage. Devant ce faible nombre d'axes, nous avons choisi de tous les interpréter.

Description des axes factoriels :

L'axe 1 mêle l'information de toutes les dimensions, à l'exception des réactions à un problème dentaire.

Il oppose globalement dimensions renseignées et dimensions non renseignées.

Axe 1: restitué 39,04% de l'inertie totale				Contributions cumulées	
Var. à coord. positives	Contribution	Var. à coord. négatives	Contribution		
0 info ren. financier	34,20%	Info pb nn dentaire	9,80%	Info ren. financier	37,60%
0 info observance	21,20%	Info observance	8,90%	Info observance	30,10%
0 info pb nn dentaire	13,80%			Info pb nn dent	23,30%

L'axe 2 porte plus spécifiquement sur la dimension dentaire, mettant en exergue la répartition particulière de ce type d'information.

Il oppose les individus non renseignés sur la dimension dentaire, à ceux qui y sont renseignés alors même qu'ils n'ont répondu à aucune question sur l'observance et le renoncement à des soins pour raisons financières.

Axe 2: restitué 24,49% de l'inertie totale				Contributions cumulées	
Var. à coord. positives	Contribution	Var. à coord. négatives	Contribution		
0 info pb dentaire	34,10%	Info pb dentaire	34,80%	Info pb dentaire	68,80%
		0 info observance	11,70%	Info observance	16,60%
		0 info ren. financier	6,20%		

L'axe 3 est principalement construit sur l'information afférente aux réactions à une maladie ou un épisode douloureux.

Il oppose les individus non renseignés sur cette dimension mais renseignée sur les réactions à un problème dentaire aux individus renseignés sur la dimension des réactions à une maladie ou une douleur mais n'ayant pas répondu aux questions portant sur l'observance et les problèmes dentaires. L'axe 4 est construit sur la combinaison de l'information sur deux dimensions : le renoncement à des soins pour raisons financières et l'observance des prescriptions médicales.

Axe 3: restitué 20,90% de l'inertie totale				Contributions cumulées	
Var. à coord. positives	Contribution	Var. à coord. négatives	Contribution		
0 info pb non dentaire	36,50%	Info pb non dentaire	24,80%	Info pb nn dentaire	61,30%
Info pb dentaire	11,20%	0 info observance	11,70%	Info pb dentaire	22,10%
		0 info pb dentaire	10,90%	Info observance	16,50%

⁸ En effet, le nombre d'axes factoriels d'une Analyse en Composantes Multiples est égal à :
 Nombre d'axes = (nombre de modalités actives - nombre de variables actives)
 Soit ici : nombre d'axes = (8 - 4) = 4

Axe 4: restitue 15,57% de l'inertie totale				Contributions cumulées	
Var. à coord. Positives	Contribution	Var. à coord. négatives	Contribution	Info ren.financier	55,50%
0 info ren. financier	50,50%	0 info observance	25,90%	Info observance	36,80%
Info observance	10,80%				

II - La classification ascendante hiérarchique :

Une classification par groupes d'informations :

Une classification est réalisée sur l'ensemble des axes de l'Analyse des Correspondances Multiples précédente, afin de classer les individus en fonction de leur niveau et de la nature de l'information afférente à leur logique de recours aux soins.

Cette classification se fonde donc sur la proximité des combinaisons multidimensionnelles des rapports aux soins renseignées. Nous avons également jugé important de fait apparaître le nombre d'indicateurs renseignés, en plaçant cette information en variable illustrative, c'est à dire sans la faire intervenir dans la constitution des classes.

Une typologie en huit classes résume presque l'intégralité de l'information:

Lorsque l'on réalise une classification, il faut toujours opérer à un arbitrage entre nombre de groupes et homogénéité de ces classes. De manière générale, le critère de choix est le pouvoir d'interprétabilité (mesuré par le quotient inertie inter-classes sur inertie totale⁹) et l'interprétabilité réelle (ce que signifie ou sous-tend, en termes sociaux, aux classes constituées). Ici, le problème est différent puisque la typologie que l'on cherche à constituer n'a pas pour d'être analysée et interprétée en termes comportementaux mais justement de présélectionner les individus dont les comportements sont les plus à mêmes d'être interprétés. Aussi avons-nous choisi d'adopter la partition en huit classes puisque c'est celle qui révèle la plus faible perte d'information : le quotient inertie inter-classe sur inertie totale est en effet très proche de 1 (0,927).

Seules deux des huit classes ne sont pas parfaitement homogènes en termes de nature d'informations (inertie intra-classe légèrement différente de 0).

La description des classes

Le tableau présenté ci-après décrit les 8 classes d'informations en faisant apparaître les dimensions renseignées ainsi que celles non renseignées ou relativement mal renseignées.

Elles sont présentées dans un ordre croissant d'informations.

⁹ Pour rappel, lors d'une classification, l'inertie totale du nuage peut se décomposer selon la formule de Huygens en la somme de deux types d'inertie : l'inertie entre les classes – ou inertie inter-classes – mesurée à partir des centres de gravité des classes et l'inertie à l'intérieur des classes – ou inertie intra-classe –.

Description des classes	Dimensions renseignées	Freq dans classe	Dimensions non renseignées	Fréq dans classe	Nbre indicateurs renseignés	Freq dans classe	Fréq dans échantillon
Classe 8							
Effectif: 53 Distance bary: 3,03 Inertie intra: 0,052			Ren. financier	100%			
			Observance	81,13%			
			Non dentaire	79,25%			
					0 indicateur	41,51%	3,73%
					1 indicateur	37,74%	8,81%
Classe 1							
Effectif: 52 Distance bary: 1 Inertie intra: 0,0209	Ren.financier	100%					
			Observance	100%			
			Non dentaire	100%			
					1 indicateur	61,54%	8,81%
Classe 2							
Effectif: 39 Distance bary: 1,04 Inertie intra: 0	Non dentaire	100%					
			Observance	100%			
			Dentaire	100%			
					2 indicateurs	89,74%	19,32%
Classe 5							
Effectif: 83 Distance bary: 0,74 Inertie intra: 0	Observance	100%					
	Ren. financier	100%					
			Non dentaire	100%			
			Dentaire	100%			
					2 indicateurs	72,29%	19,32%
Classe 6							
Effectif: 109 Distance bary: 0,54 Inertie intra: 0	Non dentaire	100%					
	Observance	100%					
	Ren. financier	100%					
			Dentaire	100%			
					3 indicateurs	55,96%	22,71%
					4 indicateurs	40,37%	22,37%
Classe 3							
Effectif: 40 Distance bary: 1,05 Inertie intra: 0	Dentaire	100%					
	Non dentaire	100%					
			Observance	100%			
					4 indicateurs	52,50%	22,37%
					3 indicateurs	42,50%	22,71%
Classe 4							
Effectif: 62 Distance bary: 0,75 Inertie intra: 0	Dentaire	100%					
	Observance	100%					
	Ren. financier	100%					
			Non dentaire	100%			
					4 indicateurs	43,55%	22,37%
Classe 7							
Effectif: 152 Distance bary: 0,55 Inertie intra: 0	Dentaire	100%					
	Non dentaire	100%					
	Observance	100%					
	Ren. financier	100%					
					5 indicateurs	50%	16,61%
					6 indicateurs	21,71%	5,59%

- Classe 8 :

Les 53 individus de cette classe se caractérisent par le fait qu'ils sont particulièrement mal renseignés sur trois des quatre dimensions des logiques de recours aux soins (renoncement financier, l'observance et les problèmes non dentaires).

Près de 80% d'entre eux ne sont renseignés que sur 0 ou 1 indicateur.

- Classe 1 :

61,5% de ces 52 individus ne sont renseignés que sur un indicateur – en l'occurrence le renoncement financier –. Aucun n'est renseigné ni sur l'observance ni sur les réactions à un problème non dentaire.

- Classe 2:

Ces 39 individus sont renseignés sur les réactions à un problèmes non dentaire et souvent (89,74%) au renoncement pour raisons financières. En revanche, pour aucun d'entre eux, nous ne connaissons ni le comportement face à l'observance ni celui face au problèmes dentaires. 90% d'entre eux n'ont répondu qu'à deux indicateurs.

- Classe 5 :

C'est ici encore un groupe parfaitement homogène, puisque ces 83 individus ont fourni au moins un renseignement sur les dimensions de l'observance et du renoncement pour raisons financières et aucun sur les réactions aux problèmes dentaires et non dentaires.

L'information dont il dispos est cependant peu étoffée puisque 72% n'ont répondu qu'à deux indicateurs – soit un par dimension –.

- Classe 6 :

Ces 109 individus sont analysables sur trois des quatre dimensions : le renoncement pour raisons financières, l'observance et la réaction à un problème non dentaire. 56% d'entre eux ont fourni un et un seul indicateur pour chacune des dimensions, soit 3 indicateurs au total ; alors que 40% ont fourni pour une de ces dimensions 2 indicateurs, soit au total 4 indicateurs.

- Classe 3 :

Ces 40 individus ont répondu en général à un peu plus d'indicateurs que le groupe précédent (42,5% à 3 indicateurs et 52,5% à 4 indicateurs). Si ils sont un petit moins bien renseignés en termes de dimensions – l'observance est non renseignée pour tous et environ 10% n'ont pas répondu au renoncement à des soins pour raisons financières –, c'est que l'information afférente à ces dimensions est plus fournie.

- Classe 4 :

Ces 62 individus renseignent strictement les mêmes dimensions : à savoir les réactions à un problème dentaire, l'observance et le renoncement aux soins pour raisons financières. En revanche, aucun n'a communiqué une réaction face à un problème non dentaire.

- Classe 7 :

Les 152 individus de cette dernière classe, ayant souvent renseigné 5 à 6 indicateurs, apportent au moins une information sur chacune des 4 dimensions.

ANNEXE 18

ACM et CAH des types de recours aux soins pour les deux classes d'information maximum.

I – Analyse des correspondances multiples sur l'attitude par rapport aux soins :

- **Individus et variables actives :**

L'analyse porte sur les 261 individus dont les comportements sont, au moins partiellement, renseignés sur les trois dimensions principales des comportements de soins : la réaction à une douleur et/ou une maladie, le renoncement déclaré à des soins pour raisons financières et l'observance d'une prescription médicale.

L'analyse des composantes multiples porte sur le comportement observé des individus sur nos trois dimensions principales. Le découpage en modalités explicites est expliqué au point I de cette annexe.

VARIABLES NOMINALES ACTIVES
3 VARIABLES 9 MODALITES ASSOCIEES

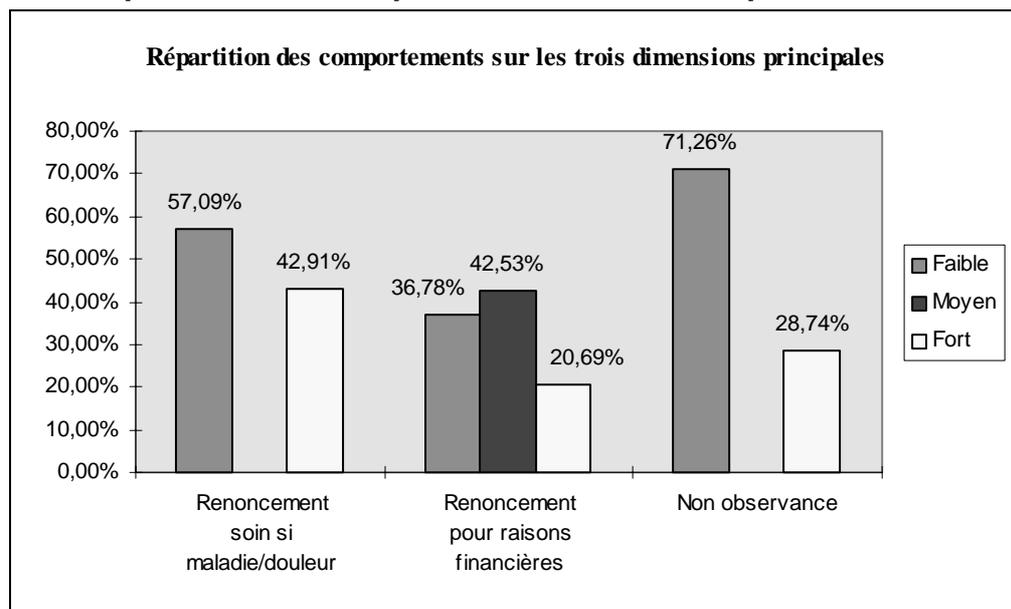
30 . Renoncement soin maladie/douleur (3 MODALITES)
31 . Renoncement déclaré rais fi (3 MODALITES)
32 . Observance (3 MODALITES)

Seule une partie des individus ici étudiés nous renseigne également sur ses attitudes face aux soins dentaires. Du fait de cette forte non réponse, cette dimension tend à « tirer les axes à elle » sans pour autant donner du sens à l'analyse. Aussi, en la plaçant en variable illustrative, avons-nous choisi d'observer cette dimension, sans toutefois la faire intervenir dans la construction des axes.

VARIABLES NOMINALES ILLUSTRATIVES
1 VARIABLES 4 MODALITES ASSOCIEES

33 . Renoncement pb dentaire (4 MODALITES)

• **La répartition des comportements dimension par dimension :**



• **Choix des axes :**

Nous disposons de 3 variables et de 7 modalités actives. 4 axes factoriels¹⁰ résument donc l'ensemble de l'information contenue dans ce nuage. Devant ce faible nombre d'axes, nous avons choisi de tous les interpréter.

• **Description des axes factoriels :**

Les trois dimensions participent de manière assez homogènes à la construction du premier axe. Il résume un peu moins d'un tiers de l'information. Son interprétation est simple. Il oppose les individus fortement « renoncateurs » aux individus tendant à une logique de recours et de suivi des prescriptions médicales.

Axe 1: restitue 30,14% de l'inertie totale			
Var. à coord. positives	Contribution	Var. à coord. négatives	Contribution
Forte observance	21,70%	Faible reno rais finan	26,20%
Fort reno maladie/doul	14,90%	Faible reno maladie/doul	11,20%
Fort reno rais finan	11,30%	Faible observance	8,80%

Contributions cumulées	
Reno rais finan	43,40%
Observance	30,50%
Reno maladie/doul	26,10%

L'axe 2 construit à 97% sur la dimension du renoncement pour raisons financières est à rapprocher de l'axe 4. En effet, l'axe 2 oppose les personnes déclarant s'être privée une et une seule fois d'un soin dans l'année à celles déclarant plusieurs renoncements ; alors que l'axe 4 oppose les individus qui ne déclarent n'avoir jamais renoncé pour des raisons financières à ceux qui ont invoqué à plusieurs reprises cette barrière aux soins.

¹⁰ On rappelle que le nombre d'axes factoriels résumant toute l'information du nuage lors d'une Analyse des Correspondances Multiples est : nombre d'axes = (nombre de modalités actives - nombre de variables actives).

Axe 2: restitue 25,03% de l'inertie totale			
Var. à coord. positives	Contribution	Var. à coord. négatives	Contribution
Reno moyen rais finan	43,00%	Fort reno rais finan	51,60%

Contributions cumulées	
Reno rais finan	97,40%
Reno maladie/doul	1,50%
Observance	1,10%

L'axe 3 est, quant à lui, principalement construit sur les réactions à un épisode douloureux ou à une maladie et sur l'observance d'une prescription médicale. Il oppose les individus qui recourent chez le médecin en cas d'alerte mais qui suivent peu ou pas les prescriptions médicales aux individus, qui au contraire, sont peu portés à consulter mais en revanche suivent les prescriptions.

Axe 3: restitue 23,77% de l'inertie totale			
Var. à coord. positives	Contribution	Var. à coord. négatives	Contribution
Forte observance	29,70%	Fort reno maladie/doul	31,70%
Faible reno maladie/doul	23,90%	Faible observance	12,00%

Contributions cumulées	
Reno maladie/doul	55,60%
Observance	41,60%
Reno rais finan	2,80%

Axe 4: restitue 21,05% de l'inertie totale			
Var. à coord. positives	Contribution	Var. à coord. négatives	Contribution
Fort reno rais finan	14,50%	Faible reno rais finan	34,20%
Faible observance	7,70%	Forte observance	19,10%
Reno moyen rais finan	7,70%	Fort reno maladie/doul	9,60%
Faible reno maladie/doul	7,20%		

Contributions cumulées	
Reno rais finan	56,40%
Observance	26,80%
Reno maladie/doul	16,80%

II – La classification ascendante hiérarchique : des profils types d'attitudes par rapport aux soins :

- **Les logiques de recours aux soins comme un comportement multidimensionnel :**

Une classification ascendante hiérarchique est réalisée sur l'ensemble des axes factoriels de la précédente analyse des correspondances multiples. Ainsi, les individus ayant des comportements similaires sur chacune des dimensions du rapport aux soins seront rapprochés, mettant en évidence des attitudes typiques.

- **Une typologie en huit classes résume presque l'intégralité de l'information :**

Nous avons choisi de retenir la classification qui permet, sans multiplier les classes, d'obtenir des groupes très homogènes, quitte à opérer à des regroupements *a posteriori*. Le rapport

inertie intra-classe sur inertie totale vaut ici 0,902, ce qui indique une très grande homogénéité des classes.

• **La description des classes :**

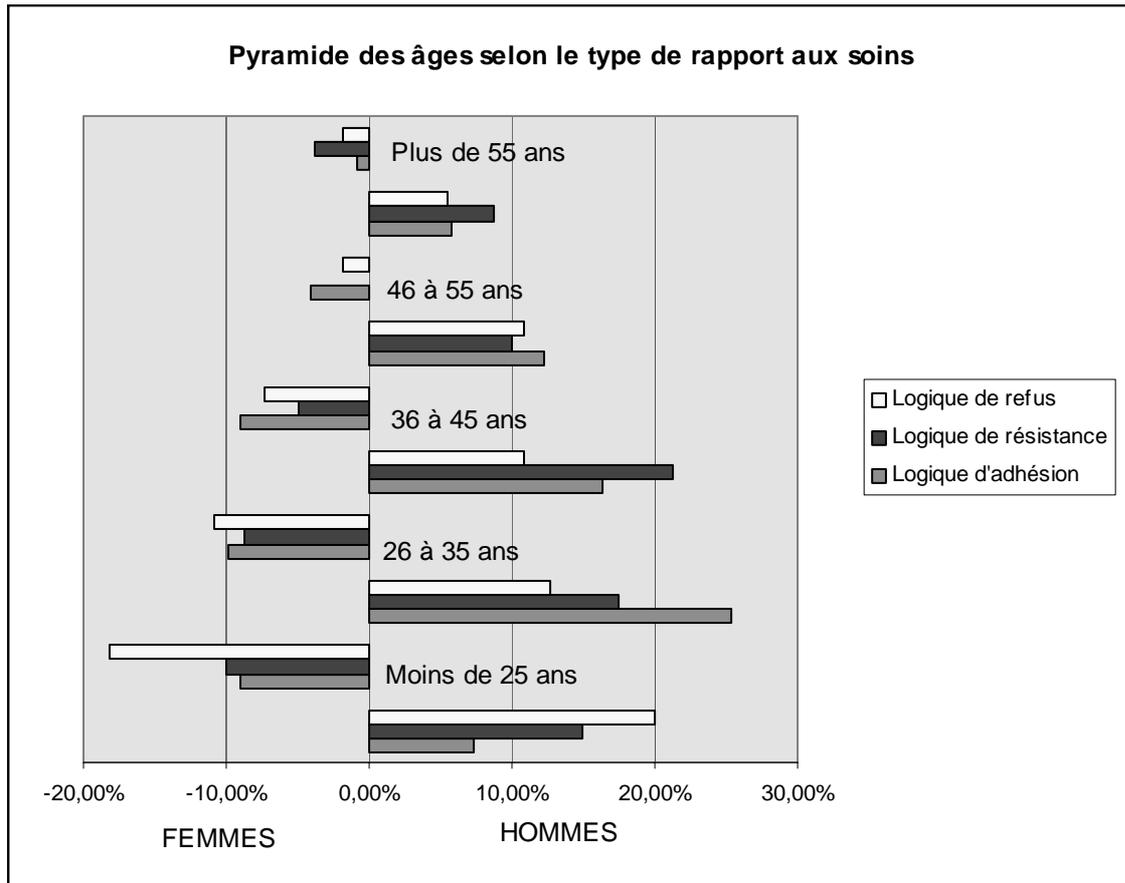
Les huit classes obtenues, présentées ci-dessous, sont rangées selon la logique suivante : des individus qui renoncent les moins à des soins médicaux à ceux qui renoncent le plus fréquemment.

Description des classes	Caractéristiques	Fréquence dans la classe	Fréquence dans l'échantillon
Classe 8 Effectif: 46 Distance bary: 0,96 Inertie intra: 0	0 renoncement pour raison financière Faible renoncement maladie/douleur Forte observance	100% 100% 100%	36,78% 57,09% 71,26%
Classe 5 Effectif: 43 Distance bary: 0,84 Inertie intra: 0	1 renoncement pour raison financière Faible renoncement maladie/douleur Forte observance	100% 100% 100%	42,53% 57,09% 71,26%
Classe 1 Effectif: 35 Distance bary: 1,41 Inertie intra: 0,045	Plus de 2 renoncements raison finan Forte observance Faible renoncement maladie/douleur	100% 100% 57,14%	20,69% 71,26% 57,09%
Classe 6 Effectif: 30 Distance bary: 1,15 Inertie intra: 0	0 renoncement pour raison financière Fort renoncement maladie/douleur Forte observance	100% 100% 100%	36,78% 42,91% 71,26%
Classe 4 Effectif: 32 Distance bary: 1,03 Inertie intra: 0	1 renoncement pour raison financière Fort renoncement maladie/douleur Forte observance	100% 100% 100%	42,53% 42,91% 71,26%
Classe 7 Effectif: 20 Distance bary: 1,47 Inertie intra: 0,017	Faible observance 0 renoncement pour raison financière Faible renoncement maladie/douleur	100% 100% 80%	28,74% 36,78% 57,09%
Classe 2 Effectif: 19 Distance bary: 2,16 Inertie intra: 0,023	Plus de 2 renoncements raison finan Faible observance Fort renoncement maladie/douleur	100% 100% 63,16%	20,69% 28,74% 42,91%
Classe 3 Effectif: 36 Distance bary: 1,29 Inertie intra: 0,047	Faible observance 1 renoncement pour raison financière Fort renoncement maladie/douleur	100% 100% 52,78%	28,74% 42,53% 42,91%

ANNEXE 19

Caractérisation sociodémographique des logiques de recours aux soins

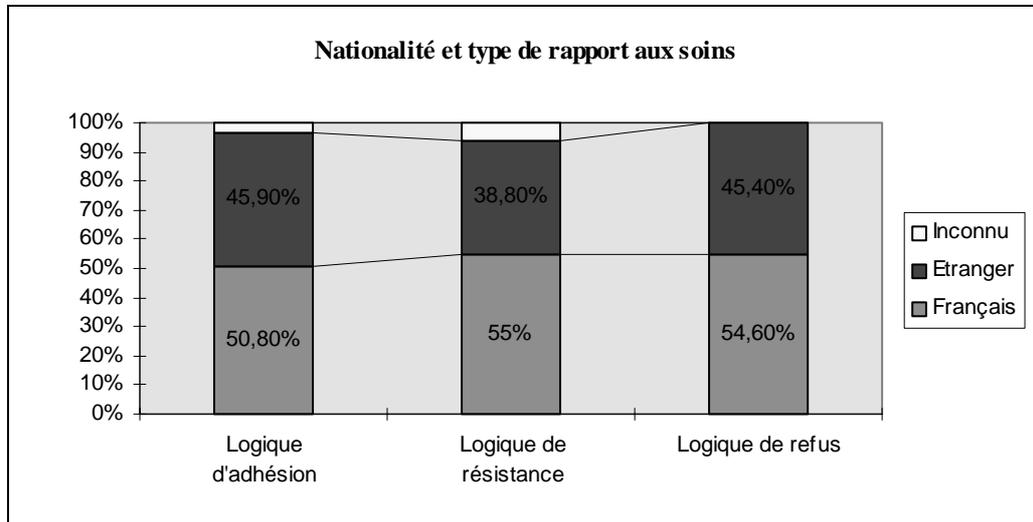
1. Structure par âge et sexe



Source : Enquête Préalogue du CREDES

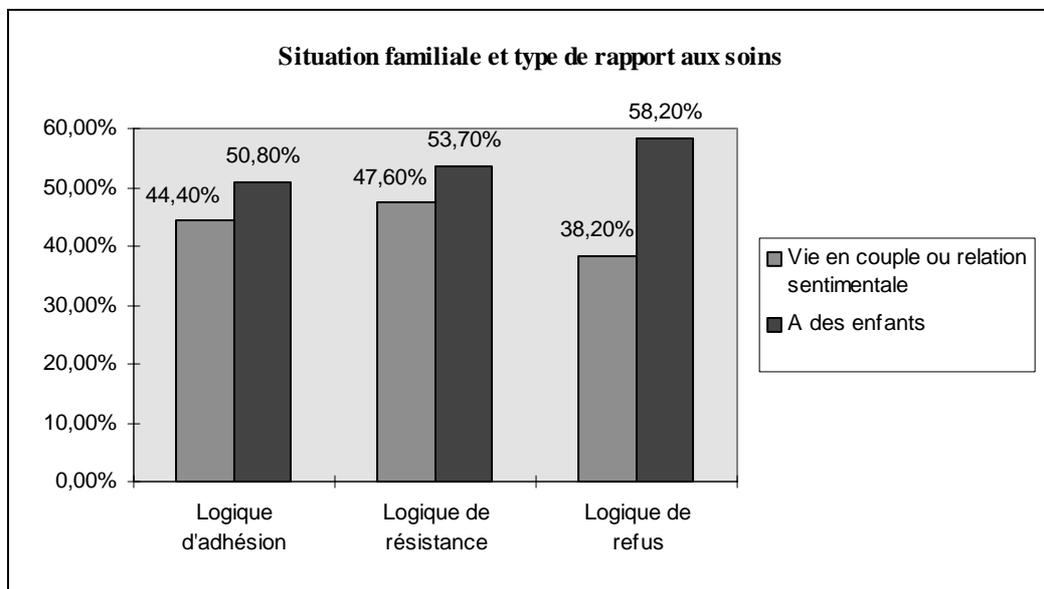
2. Nationalité

La structure par nationalité des différents types de rapport aux soins est assez homogène. La proportion de français parmi les individus adoptant une logique d'adhésion vis à vis des soins est légèrement moindre (51% contre 55% pour les deux autres logiques).



Source : Enquête Préalogue du CREDES

3. Situation familiale et sentimentale



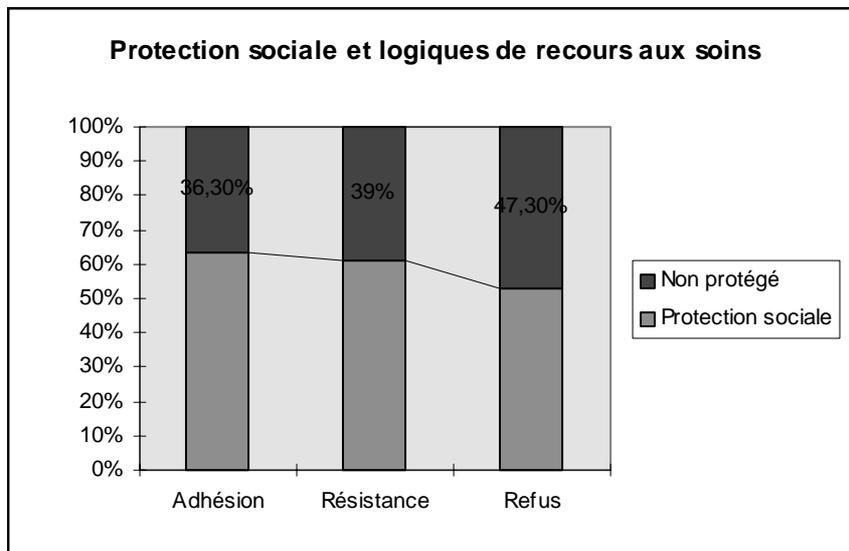
Source : Enquête Préalogue du CREDES

ANNEXE 20

Logiques de recours aux soins selon les facteurs endogènes et exogènes de la précarité.

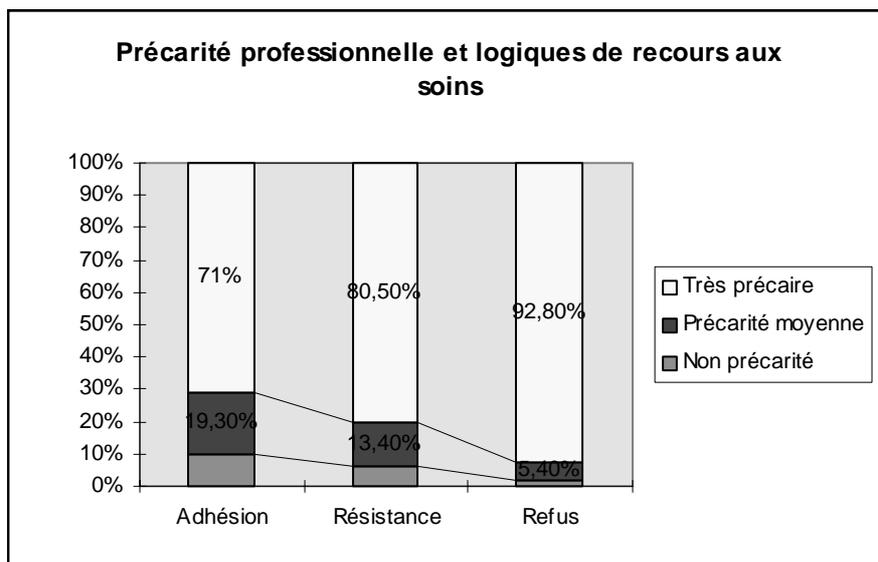
1. Les variables exogènes de la précarité :

- *Protection sociale :*



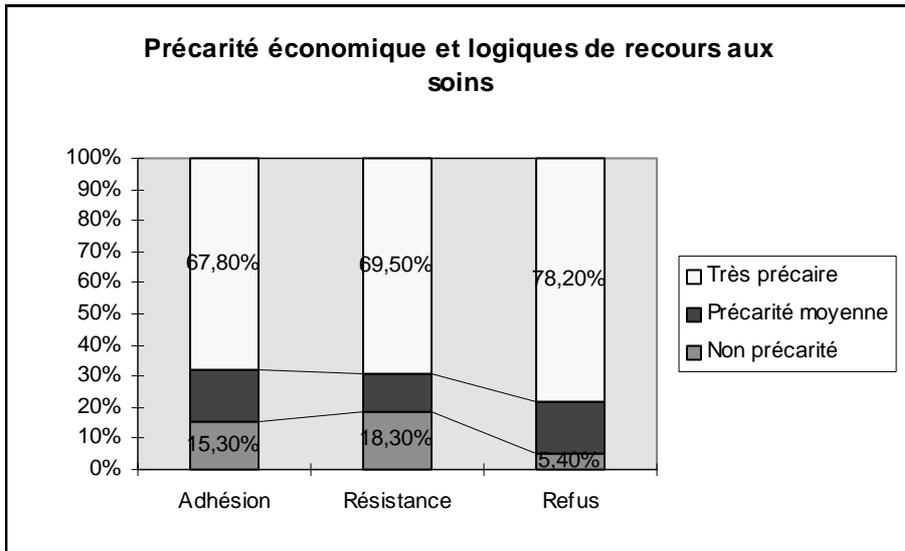
Source Préalogue du CREDES

- *Précarité professionnelle*



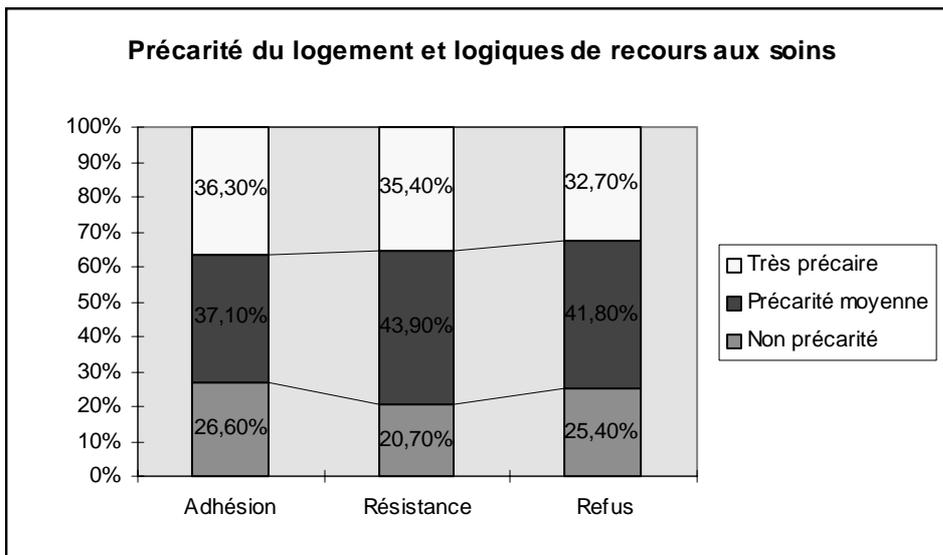
Source Préalogue du CREDES

- *Précarité économique :*



Source Préalogue du CREDES

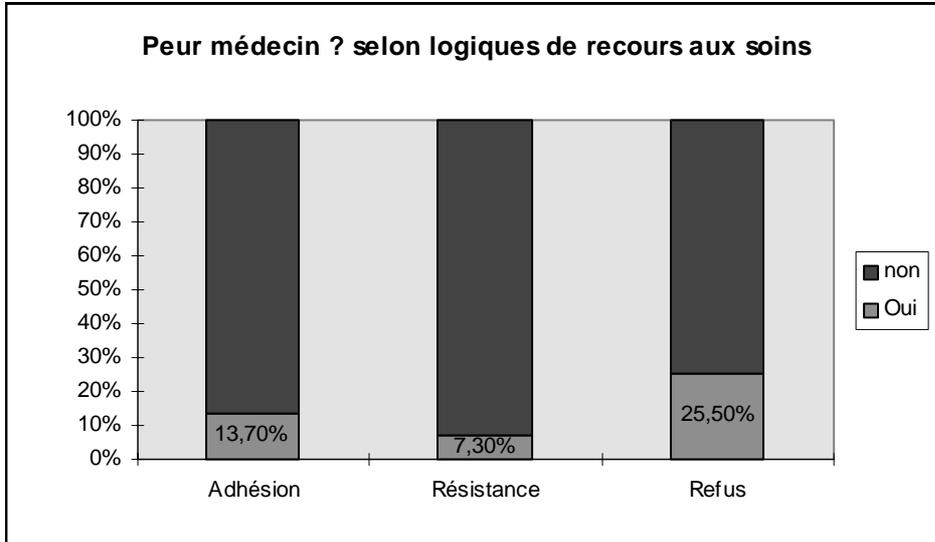
- *Précarité du logement :*



Source Préalogue du CREDES

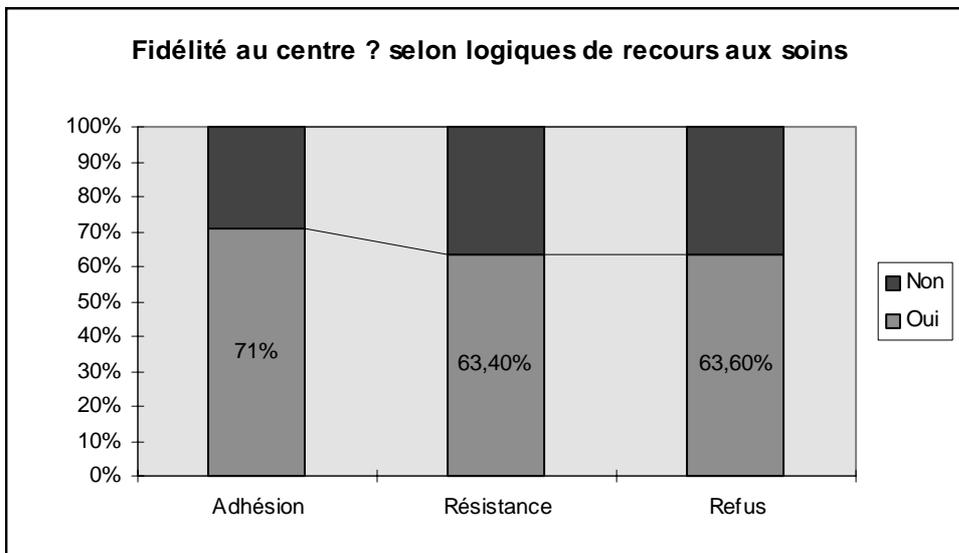
2. Les variables endogènes :

- *Appréhension d'aller voir un médecin :*



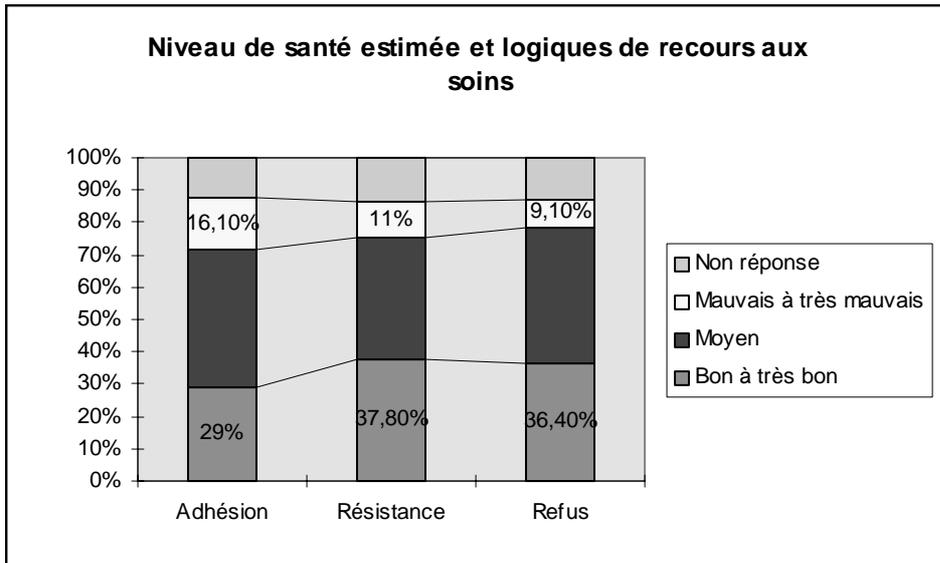
Source Préalogue du CREDES

- *Fidélité au centre :*



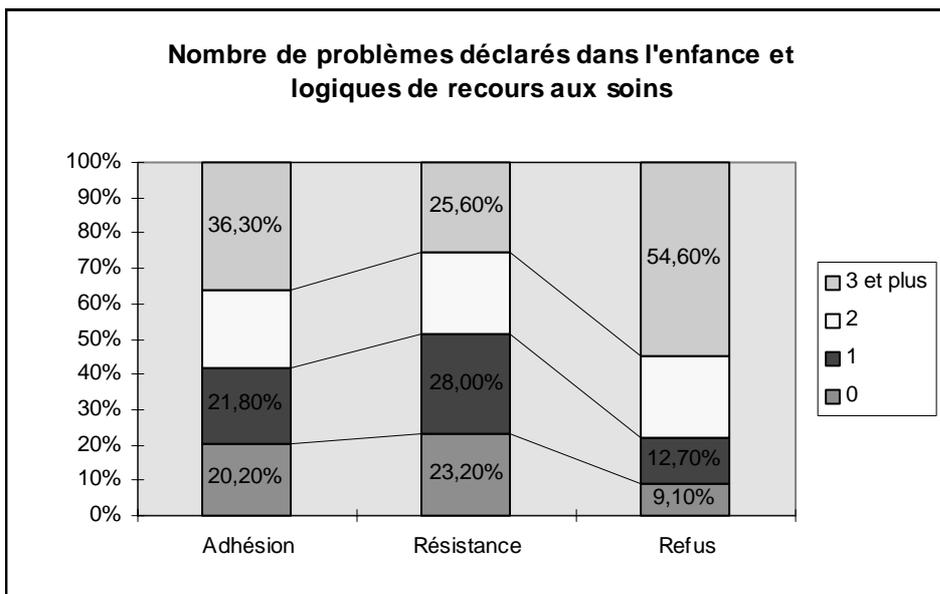
Source Préalogue du CREDES

• Niveau de santé estimé :



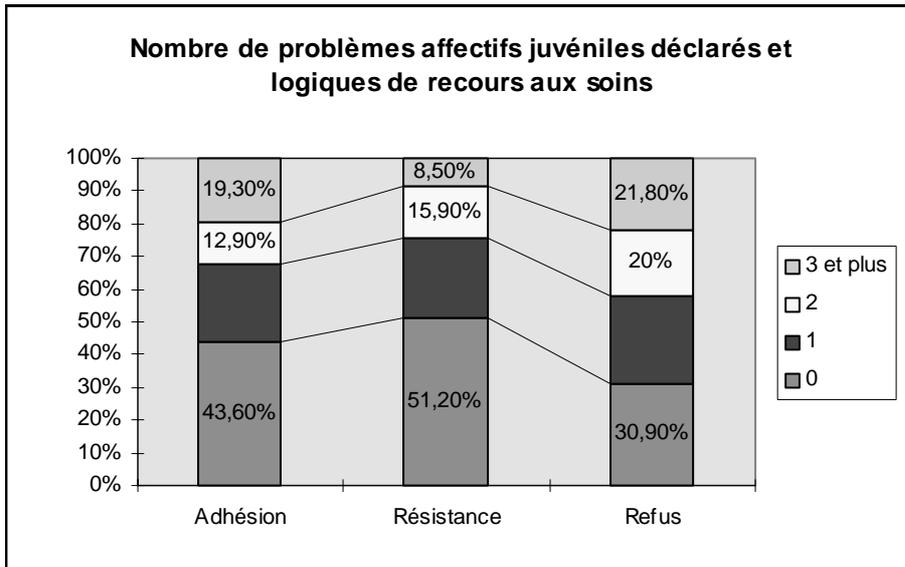
Source Préalogue du CREDES

• Déclaration de problèmes généraux dans l'enfance :



Source Préalogue du CREDES

- *Déclaration de problèmes affectifs dans l'enfance :*



Source Préalogue du CREDES

ANNEXE 21

Régressions logistiques sur les types de rapport aux soins par les variables de cadrage, les différentes dimensions de la précarité, de la trajectoire et du rapport au risque.

1) Présentation des modèles :

Les variables intégrés et leurs modalités sont les suivantes :

- *Les variables de cadrage :*

→ Classe d'âge :

- 1 : 30 ans et moins
- 2 : strictement plus de 30 ans

→ Sexe :

- 1 : homme
- 2 : femme

→ Situation sentimentale :

- 1 : une relation amoureuse ou de couple /
- 2 : aucune relation amoureuse ou de couple déclarée.

→ Nationalité :

- 1 : français
- 2 : étranger

→ Taille du centre :

- 1 : centre de petite taille
- 2 : centre de taille moyenne
- 3 : importante structure.

→ Type de centre :

- 1 : centre de soins gratuits
- 2 : hôpital.

- *Les variables exogènes de la précarité :*

→ Précarité santé :

- 1 : protection sociale
- 2 : aucune protection sociale.

→ Précarité administrative :

- 1 : situation régulière (français et étrangers) sur le territoire
- 2 : étrangers en attente de régularisation
- 3 : étrangers sans papiers.

→ Précarité professionnelle :

- 1 : emploi stable
- 2 : emploi précaire
- 3 : sans emploi.

→ Précarité économique :

- 1 : situation non précaire
- 2 : précarité intermédiaire
- 3 : grande précarité.

→ Précarité du logement :

- 1 : non précaire
- 2 : précarité intermédiaire
- 3 : grande précarité.

→ Précarité affective :

- 1 : non isolé
- 2 : isolement intermédiaire
- 3 : grande isolement.

→ Niveau de scolarisation :

- 1 : fin de scolarité après 20 ans
- 2 : fin de scolarité entre 17 et 20 ans
- 3 : fin de scolarité avant ses 17 ans.

• *Les variables endogènes de la précarité :*

<p>→ <u>Problèmes déclarés dans l'enfance :</u></p> <p>1 : 0 ou 1 problème déclaré dans l'enfance 2 : 2 problèmes ou plus</p> <p>→ <u>Problèmes affectifs déclarés dans l'enfance :</u></p> <p>1 : 0 ou 1 problème affectif déclaré dans l'enfance 2 : 2 problèmes ou plus.</p> <p>→ <u>Peur du médecin:</u></p> <p>1 : oui 2 : non</p> <p>→ <u>Sentiment d'isolement :</u></p> <p>1 : sentiment d'isolement 2 : pas le sentiment d'être isolé.</p> <p>→ <u>Santé estimée :</u></p> <p>0 : non réponse 1 : bon à très bon état de santé ressenti 2 : état de santé ressenti moyen 3 : mauvais à très mauvais état de santé ressenti.</p> <p>→ <u>Fidélité au centre:</u></p> <p>1 : déjà venu dans ce centre 2 : jamais venu dans ce centre.</p>
--

• *Les variables de comportements face aux risques :*

<p>→ <u>Alcool :</u></p> <p>1 : comportement sain 2 : comportement excessif 3 : comportement extrême</p> <p>→ <u>Tabac :</u></p> <p>1 : non fumeur 2 : petit fumeur ou fumeur moyen 3 : gros fumeur</p> <p>→ <u>Accidents :</u></p> <p>1 : pas d'accident grave 2 : un à deux accidents graves 3 : trois accidents graves ou plus.</p>
--

2) Modélisation du groupe « d'adhésion aux soins » :

On modélise la probabilité d'appartenir au groupe « adhésion aux soins ».

→ *Effectifs et fréquences :*

Type de rapport aux soins	Effectifs	Fréquence
"Adhésion aux soins"	124	47,51%
Non "adhésion aux soins"	137	52,49%
Total	261	100,00%

→ *Indicateurs de validité globale du modèle :*

Convergence criterion (GCONV=1E-8) satisfied.			
Model Fit Statistics			
	Constante	Constante and Covariates	
Criterion	Only		
AIC	363.175	378.864	
SC	366.740	457.283	
-2 Log L	361.175	334.864	
R-Square	0.0959	Max-rescaled R-Square	0.1280
Testing Global Null Hypothesis: BETA=0			
Test	Chi-Square	DF	Pr > ChiSq
Likelihood Ratio	26.3111	21	0.1948
Score	25.1805	21	0.2394
Wald	22.9322	21	0.3476

→ Paramètres estimés et odds-ratio :

Analysis of Maximum Likelihood Estimates					
Parameter	DF	Estimate	Standard Error	Chi-Square	Pr > ChiSq
Constante	1	1.4640	2.3684	0.3821	0.5365
Classe d'âge	1	0.5911	0.2906	4.1382	0.0419
Sexe	1	0.0575	0.3287	0.0306	0.8610
Sentimental	1	0.2560	0.4712	0.2950	0.5870
Nationalité	1	0.0231	0.3702	0.0039	0.9502
Taille du centre	1	0.00999	0.1979	0.0025	0.9598
Type de centre	1	0.5796	0.4150	1.9500	0.1626
Fidélité au centre	1	-0.1728	0.2939	0.3458	0.5565
Protection sociale	1	-0.3542	0.3592	0.9724	0.3241
Sit. administrative	1	0.2429	0.2480	0.9592	0.3274
Précarité économique	1	0.2273	0.2173	1.0939	0.2956
Précarité pro.	1	-0.8322	0.2834	8.6211	0.0033
Précarité affective	1	-0.3663	0.4840	0.5728	0.4491
Précarité logement	1	0.00310	0.1909	0.0003	0.9870
Pbs enfance	1	-0.2367	0.3348	0.4996	0.4797
Pbs affectifs enf.	1	0.1823	0.3711	0.2414	0.6232
Peur du médecin	1	-0.0685	0.3860	0.0315	0.8591
Sentiment isolement	1	-0.6120	0.6413	0.9110	0.3399
<i>Santé estimée</i>	1	0.2495	0.1628	2.3486	0.1254
Rapport à l'alcool	1	0.0114	0.1847	0.0038	0.9506
Rapport au tabac	1	-0.2264	0.1912	1.4024	0.2363
Accidents graves	1	0.1518	0.2305	0.4340	0.5101

Odds Ratio Estimates			
Effect	Point Estimate	95% Wald Confidence Limits	
Classe d'âge	1.806	1.022	3.192
Sexe	1.059	0.556	2.017
Sentimental	1.292	0.513	3.253
Nationalité	1.023	0.495	2.114
Taille du centre	1.010	0.685	1.489
Type de centre	1.785	0.791	4.027
Fidélité au centre	0.841	0.473	1.497
Protection sociale	0.702	0.347	1.419
Sit. administrative	1.275	0.784	2.073
Précarité économique	1.255	0.820	1.922
Précarité pro.	0.435	0.250	0.758
Précarité affective	0.693	0.268	1.790
Précarité logement	1.003	0.690	1.458
Pbs enfance	0.789	0.409	1.521
Pbs affectifs enf.	1.200	0.580	2.484
Peur du médecin	0.934	0.438	1.990
Sentiment isolement	0.542	0.154	1.906
<i>Santé estimée</i>	1.283	0.933	1.766
Rapport à l'alcool	1.012	0.704	1.453
<i>Rapport au tabac</i>	0.797	0.548	1.160
Accidents graves	1.164	0.741	1.828

→ Préviation du modèle et observations :

Association of Predicted Probabilities and Observed Responses			
Percent Concordant	67.8	Somers' D	0.358
Percent Discordant	32.0	Gamma	0.359
Percent Tied	0.3	Tau-a	0.179
Pairs	16988	c	0.679

3) Modélisation du groupe de « résistance aux soins » :

On modélise ici la probabilité que l'individu présente un comportement de résistance à l'égard des soins.

→ *Effectifs et fréquences :*

Type de rapport aux soins	Effectifs	Fréquence
"Résistance aux soins"	82	31,42%
Non "résistance aux soins"	179	68,58%
Total	261	100,00%

→ *Critères de validité globale du modèle :*

Convergence criterion (GCONV=1E-8) satisfied.			
Model Fit Statistics			
	Constante	Constante	
	Only	and	
Criterion		Covariates	
AIC	326.894	339.386	
SC	330.458	417.806	
-2 Log L	324.894	295.386	
R-Square	0.1069	Max-rescaled R-Square	0.1501
Testing Global Null Hypothesis: BETA=0			
Test	Chi-Square	DF	Pr > ChiSq
Likelihood Ratio	29.5073	21	0.1023
Score	27.7043	21	0.1487
Wald	24.6353	21	0.2633

→ Paramètres estimés et odds-ratio :

Analysis of Maximum Likelihood Estimates					
Parameter	DF	Estimate	Standard Error	Chi-Square	Pr > ChiSq
Constante	1	-2.3152	2.5875	0.8006	0.3709
Classe d'âge	1	-0.0653	0.3165	0.0426	0.8364
Sexe	1	-0.2163	0.3611	0.3587	0.5492
Sentimental	1	-0.3374	0.4940	0.4664	0.4946
Nationalité	1	-0.2881	0.4022	0.5130	0.4738
Taille du centre	1	-0.2789	0.2176	1.6421	0.2000
Type de centre	1	0.1324	0.4534	0.0853	0.7702
Protection sociale	1	0.0165	0.3861	0.0018	0.9659
Sit. administrative	1	0.1326	0.2670	0.2467	0.6194
<i>Précarité économique</i>	1	-0.3394	0.2315	2.1486	0.1427
Précarité pro.	1	0.5613	0.2976	3.5566	0.0593
Précarité affective	1	0.0345	0.5102	0.0046	0.9461
Précarité logement	1	0.0704	0.2061	0.1166	0.7327
Fidélité au centre	1	0.1084	0.3134	0.1197	0.7293
Pbs enfance	1	-0.3792	0.3564	1.1323	0.2873
Pbs affectifs enf.	1	-0.2857	0.4191	0.4647	0.4954
Peur du médecin	1	1.0876	0.5011	4.7101	0.0300
Sentiment isolement	1	0.5536	0.6755	0.6715	0.4125
Santé estimée	1	-0.1940	0.1764	1.2095	0.2714
Rapport à l'alcool	1	-0.0349	0.1977	0.0312	0.8599
Rapport au tabac	1	0.4646	0.2103	4.8807	0.0272
Accidents graves	1	-0.2656	0.2516	1.1143	0.2912

Odds Ratio Estimates			
Effect	Point Estimate	95% Wald Confidence Limits	
Classe d'âge	0.937	0.504	1.742
Sexe	0.806	0.397	1.635
Sentimental	0.714	0.271	1.879
Nationalité	0.750	0.341	1.649
<i>Taille du centre</i>	<i>0.757</i>	<i>0.494</i>	<i>1.159</i>
Type de centre	1.142	0.469	2.776
Protection sociale	1.017	0.477	2.167
Sit. administrative	1.142	0.677	1.927
Précarité économique	0.712	0.452	1.121
Précarité pro.	1.753	0.978	3.141
Précarité affective	1.035	0.381	2.814
Précarité logement	1.073	0.716	1.607
Fidélité au centre	1.115	0.603	2.060
<i>Pbs enfance</i>	<i>0.684</i>	<i>0.340</i>	<i>1.376</i>
Pbs affectifs enf.	0.752	0.331	1.709
Peur du médecin	2.967	1.111	7.923
<i>Sentiment isolement</i>	<i>1.739</i>	<i>0.463</i>	<i>6.538</i>
<i>Santé estimée</i>	<i>0.824</i>	<i>0.583</i>	<i>1.164</i>
Rapport à l'alcool	0.966	0.656	1.423
Rapport au tabac	1.591	1.054	2.403
<i>Accidents graves</i>	<i>0.767</i>	<i>0.468</i>	<i>1.255</i>

→ *Prévision du modèle et observations :*

Association of Predicted Probabilities and Observed Responses				
Percent Concordant	69.0	Somers' D	0.383	
Percent Discordant	30.7	Gamma	0.384	
Percent Tied	0.3	Tau-a	0.166	
Pairs	14678	c	0.691	

4) Modélisation du comportement de « refus des soins » :

On modélise ici la probabilité que l'individu présente un comportement de refus à l'égard des soins.

→ *Effectifs et fréquences :*

Type de rapport aux soins	Effectifs	Fréquence
"Refus des soins"	55	21,07%
Non "refus des soins"	206	78,93%
Total	261	100,00%

→ *Critères de validité globale du modèle :*

Convergence criterion (GCONV=1E-8) satisfied.				
Model Fit Statistics				
	Constante	Constante		
	Only	and		
Criterion		Covariates		
AIC	270.788	264.640		
SC	274.353	343.059		
-2 Log L	268.788	220.640		
R-Square	0.1685	Max-rescaled R-Square	0.2620	
Testing Global Null Hypothesis: BETA=0				
Test	Chi-Square	DF	Pr >	ChiSq
Likelihood Ratio	48.1480	21	0.0007	
Score	41.6658	21	0.0046	
Wald	32.7261	21	0.0493	

→ Paramètres estimés et odds-ratio :

Analysis of Maximum Likelihood Estimates					
Parameter	DF	Estimate	Standard Error	Chi-Square	Pr > ChiSq
Constante	1	-4.3400	3.2009	1.8384	0.1751
Classe d'âge	1	-0.9651	0.3721	6.7272	0.0095
Sexe	1	0.1819	0.4149	0.1922	0.6611
Sentimental	1	0.1316	0.6453	0.0416	0.8384
Nationalité	1	0.3415	0.4686	0.5311	0.4661
Taille du centre	1	0.3560	0.2507	2.0159	0.1557
Type de centre	1	-1.2202	0.6163	3.9202	0.0477
Protection sociale	1	0.5006	0.4388	1.3019	0.2539
<i>Sit. administrative</i>	1	-0.4954	0.3266	2.3004	0.1293
Précarité économique	1	0.1982	0.3131	0.4006	0.5268
Précarité pro.	1	0.9670	0.5366	3.2482	0.0715
Précarité affective	1	0.5780	0.6566	0.7749	0.3787
Précarité logement	1	-0.0733	0.2605	0.0792	0.7784
Fidélité au centre	1	0.2093	0.3732	0.3145	0.5750
Pbs enfance	1	1.0656	0.4576	5.4222	0.0199
Pbs affectifs enf.	1	0.1005	0.4428	0.0516	0.8204
Peur du médecin	1	-1.0449	0.4474	5.4548	0.0195
Sentiment isolement	1	0.1901	0.8496	0.0500	0.8230
Santé estimée	1	-0.2188	0.2158	1.0283	0.3106
Rapport à l'alcool	1	-0.00341	0.2418	0.0002	0.9888
Rapport au tabac	1	-0.2390	0.2433	0.9649	0.3260
Accidents graves	1	0.0586	0.3003	0.0380	0.8454

Odds Ratio Estimates			
Effect	Point Estimate	95% Wald Confidence Limits	
Classe d'âge	0.381	0.184	0.790
Sexe	1.199	0.532	2.705
Sentimental	1.141	0.322	4.041
Nationalité	1.407	0.562	3.525
Taille du centre	1.428	0.873	2.334
Type de centre	0.295	0.088	0.988
<i>Protection sociale</i>	<i>1.650</i>	<i>0.698</i>	<i>3.899</i>
Sit. administrative	0.609	0.321	1.156
Précarité économique	1.219	0.660	2.252
Précarité pro.	2.630	0.919	7.528
<i>Précarité affective</i>	<i>1.783</i>	<i>0.492</i>	<i>6.456</i>
Précarité logement	0.929	0.558	1.548
Fidélité au centre	1.233	0.593	2.562
Pbs enfance	2.903	1.184	7.117
Pbs affectifs enf.	1.106	0.464	2.634
Peur du médecin	0.352	0.146	0.845
Sentiment isolement	1.209	0.229	6.393
Santé estimée	0.803	0.526	1.226
Rapport à l'alcool	0.997	0.620	1.601
<i>Rapport au tabac</i>	<i>0.787</i>	<i>0.489</i>	<i>1.269</i>
Accidents graves	1.060	0.589	1.910

→ *Prévision du modèle et observations :*

Association of Predicted Probabilities and Observed Responses			
Percent Concordant	78.0	Somers' D	0.563
Percent Discordant	21.7	Gamma	0.564
Percent Tied	0.2	Tau-a	0.188
Pairs	11330	c	0.781