

« Santé et Précarité : l'évolution des déterminants »

Actes du colloque

Synthèse des interventions

Colloque régional
30 octobre 2003
Centre Hospitalier du Pays d'Aix
Auditorium
Avenue des Tamaris
13100 Aix-en-Provence



SOMMAIRE

Allocutions d'ouverture

Jean CHAPPELLET, *Directeur Régional des Affaires Sanitaires et Sociales PACA* p. 3

René GIORGETTI, *Président de la Commission Solidarités, Santé, Prévention au Conseil Régional PACA* p. 6

Interventions

Fabien TULEU, *Délégué Général d'Emmaüs France* p. 9
Sensibilité des publics précaires aux programmes d'éducation pour la santé

Pr Pascal AUQUIER, *Laboratoire de Santé Publique, Faculté de Médecine, Marseille* p. 12
Résultats de l'enquête menée par les collèges des urgentistes pour repérer les personnes en situation de précarité

Dr Laurence BENTZ, *Département de Santé Publique, CHU de Nice* p. 14
Les déterminants sociaux de l'observance

Dr Pierre CHAUVIN, *Epidémiologiste, INSERM, Unité 444, Paris* p. 16
Les déterminants sociaux de la santé et du recours aux soins, Résultats du programme de recherche Santé, Inégalités et Ruptures Sociales (SIRS)

Isabelle PARIZOT, *Sociologue, INSERM, Unité 444, Paris* p. 20
Les expériences vécues par les patients dans les PASS hospitaliers et les dispensaires humanitaires

Gérard NEYRAND, *Sociologue, responsable de recherches au CIMERSS* p. 22
La précarisation des femmes en situation monoparentale

Pr Roland Sambuc, *Vice-Président du CRES* p. 27
Conclusion

ALLOCUTIONS D'OUVERTURE

Jean CHAPPELLET, Directeur Régional des Affaires Sanitaires et Sociales Provence-Alpes-Côte d'Azur.

Permettez-moi d'abord de vous souhaiter la bienvenue pour ce colloque santé/précarité organisé par le CRES PACA.

Cette rencontre se situe dans le cadre des travaux du PRAPS PACA, à un moment charnière, puisque le PRAPS 1 a été arrêté par le Préfet de Région pour une durée de 3 ans. De ce fait, nous sommes en cours de définition du PRAPS de 2^{ème} génération.

La santé des personnes en situation de précarité, comme priorité de santé publique, est relativement nouvelle en France : c'est à mon sens en 1998 avec le premier rapport du Haut Comité de Santé Publique que cette notion s'impose. Largement reprise comme priorité de santé par les Conférences Régionales puis la Conférence Nationale de Santé, elle trouve une traduction législative, forme suffisamment rare pour être soulignée.

La loi n° 98 657 du 29 juillet 1998 (loi d'orientation contre l'exclusion), en effet, rend obligatoire dans chaque région un projet régional de santé spécifiquement consacré à la santé des personnes en situation précaire, le PRAPS.

Les relations entre santé et précarité sont complexes, ce n'est pas à vous que je l'apprendrai ; on ne peut pas dire que la précarité soit en elle-même un déterminant de la santé, ni qu'il y ait des pathologies spécifiques à la précarité. Et pourtant, il y a bien une relation ; des exemples ?

Le risque de décès par cancer des voies aéro-digestives supérieures est 6 fois plus élevé pour la catégorie ouvriers/employés que pour un cadre supérieur ou un membre de professions libérales ; de même pour les décès liés à l'alcoolisme.

Sans doute faut-il encore une fois recourir aux réflexions de l'OMS pour clarifier les concepts ; je cite donc, selon l'OMS, « la santé exige un certain nombre de conditions préalables pour qu'un individu puisse réaliser ses ambitions, satisfaire ses besoins et s'adapter à son milieu : se loger décentement, accéder à l'éducation, se nourrir convenablement, disposer d'un certain revenu, compter sur un apport durable de ressources, avoir droit à la justice sociale, bénéficier d'un traitement équitable ».

Les multiples formes de la précarité, souvent synergiques, s'opposent à l'adoption de comportements sains et favorables à la santé ; ce sont les conditions de vie qu'elle impose qui expliquent une surmortalité prématurée surajoutée, des conduites à risque plus fréquentes, la prévalence élevée de certaines maladies infectieuses, des pathologies liées aux conditions de vie peu répandues en population générale (je pense au saturnisme) et l'importance de situations de souffrance psychique.

En région PACA, nous devons nous sentir particulièrement concernés, j'explique souvent à mon administration centrale que la région PACA est une région d'extrêmes. Il y a certes des contribuables qui acquittent l'Impôt sur la fortune, mais si je reprends les indicateurs de contexte socio-économique, il faut bien constater que le PIB par habitant, le revenu moyen net imposable par foyer fiscal, le taux de chômage, le nombre d'allocataires des minima sociaux... mettent en général la région dans une situation plus défavorable que la France métropolitaine ; l'évolution d'ailleurs ne semble pas aller dans le bon sens.

Bien sûr, il faut tenir compte des différences territoriales ; tous les bassins de vie ne sont pas logés à la même enseigne, ce qui signifie, d'ailleurs, que les chiffres régionaux masquent des situations de précarité encore plus marquées. Et nous sommes loin de connaître toutes les situations : quel est l'état de santé des gens du voyage, des demandeurs d'asile, des migrants dont le directeur du FASILD me disait avant hier qu'il comptait beaucoup plus d'inconnues que de certitudes.

Face à cette situation, que faire ?

Une première tentation pourrait être, pour les professionnels de santé, de baisser les bras et de renvoyer au secteur social la responsabilité de traiter le problème : après tout, c'est la « non inclusion », pour parler comme l'Europe, qui génère le mauvais état de santé.

Ce n'est cependant pas la conception des pouvoirs publics, et je rappelle par exemple que la loi n° 98 657 du 29/07/1998 précitée a rappelé de façon très claire la mission sociale de l'hôpital ; de plus, si nous voulons que la France fasse des progrès dans ce qui est son principal défaut, la mortalité prématurée et évitable, c'est d'abord en direction des populations fragiles qu'il faut travailler.

Je pense que la prise en charge de la santé des précaires doit reposer sur quelques principes fondateurs dont le premier pourrait être énoncé de la façon suivante : privilégier le recours aux systèmes de droit commun, et concevoir dans cet esprit des dispositifs spécifiques lorsqu'ils s'imposent.

S'il faut en effet des PASS, qui ont fait la preuve de leur efficacité lorsqu'elles fonctionnent bien, pour ramener aux soins et à la santé des personnes en difficultés, chaque fois que possible l'accès aux soins et au dispositif de santé général doit être utilisé, mais en prêtant une attention particulière aux populations fragiles : le PRAPS 1, et le PRAPS 2, ne disent pas autre chose, et chaque fois que nous développons un programme régional de santé, ou que nous réalisons la déclinaison régionale de politiques nationales, la question est abordée : faut-il un accompagnement pour certaines populations ? Une illustration simple de cette démarche peut en être donnée avec la campagne de communication développée par le CRES sur le dépistage du cancer du sein. Nous souhaitons d'ailleurs donner à cette expérience une notoriété nationale, en proposant à l'Institut National du Cancer (INC) de s'appuyer sur la région PACA pour développer une approche cancer et précarité.

D'autres principes nous semblent également devoir sous-tendre le PRAPS :

- accorder une place privilégiée à l'éducation et à la promotion à la santé,

- promouvoir des actions qui recherchent l'implication des publics concernés, afin de les rendre acteurs de leur santé.

Nous devrions d'ailleurs bénéficier d'un soutien législatif de poids pour mener notre action dans le sens que j'indiquais, avec le vote de la loi d'orientation de santé publique : il ne m'appartient pas dans cette introduction de détailler le contenu d'un texte en discussion à l'Assemblée Nationale, mais il faut en citer quelques éléments essentiels pour notre sujet :

- la place donnée à la prévention, à la promotion de la santé, au dépistage,
- la réalisation de conditions d'objectifs et de résultats des priorités de santé, j'y reviendrai dans ma conclusion,
- enfin, la reconnaissance de la priorité à donner à la politique de santé des précaires d'une part, et à des traitements différenciés d'autre part : le plan régional de santé publique comporte obligatoirement un PRAPS et les mesures de dépistage du cancer compteront un programme spécifique destiné aux populations précaires et sensibles aux programmes de prévention.

Voici donc quelques réflexions que je souhaitais faire à l'ouverture de cette rencontre, qui encore une fois aborde un problème fondamental.

Je voudrais terminer sur quatre conditions de réussite de notre action collective, préalables nécessaires sinon indispensables :

- Le premier est que la santé des précaires relève d'une approche globale : ce n'est pas parce que l'on traite de groupes de populations en exclusion qu'il faut penser social, ni penser professionnels du sanitaire, parce que l'on parle santé ; à santé des populations en précarité doit correspondre sanitaire et social ; souffrance psychique et santé mentale par exemple nécessitent cette approche commune.
- Le deuxième est que dans ce domaine plus que dans tout autre, les actions doivent être territorialisées : si les orientations doivent, parce que c'est le bon niveau et parce que c'est la loi, être déterminées au plan régional, c'est au plus près des intéressés et avec leur participation que les actions doivent être menées.
- Troisième préalable, sans doute le plus difficile à mettre en œuvre : nous devons tous penser objectifs quantifiés : c'est sans doute plus facile à dire qu'à mettre en pratique, mais un objectif de santé qui n'est pas quantifié est-il évaluable ? Un objectif non évaluable est-il un objectif de santé ?
- Enfin, dernier préalable, je voudrais souligner la nécessité de renforcer encore le partenariat institutionnel : c'est à la loi de définir les modalités de mise en œuvre des objectifs et des plans nationaux de santé en tenant compte des spécificités régionales, administrations d'Etat. Assurance Maladie et collectivités locales doivent travailler ensemble, car les compétences de chacune des institutions sont concernées ; je crois qu'en région PACA nous avons dans ce domaine une longueur d'avance, et j'espère que nous pourrons encore faire mieux.

Et je passe donc la parole à Monsieur le représentant du Conseil Régional.

René GIORGETTI, Président de la commission Solidarités, Santé et Prévention au Conseil Régional Provence-Alpes-Côte d'Azur.

Mesdames, Messieurs,

Le Haut Comité de Santé Publique écrivait en 1998 : « plus on est pauvre, plus on est malade, plus on meurt jeune ».

De fait, toutes les études démontrent que la précarité se traduit sur le plan de la santé par un recours tardif aux soins, par des maladies non spécifiques mais diagnostiquées à un stade plus avancé, par des maladies directement liées aux conditions de vie ou par une profonde souffrance psychique.

Elle se traduit aussi, souvent, par un apparent « manque d'intérêt » des personnes en grandes difficultés sociales vis-à-vis de leur santé, qu'elles peuvent ne pas considérer comme une priorité, assaillies qu'elles sont par des urgences de toute sorte pour faire face au lendemain.

La région Provence-Alpes-Côte d'Azur, avec ses 16% de chômeurs et un taux de RMistes de 54,15 pour mille pour une moyenne nationale de 31,15 pour mille est, hélas, tout particulièrement confrontée à la précarité et à ses conséquences.

Elle l'est d'autant plus que sa situation géographique et ses traditions en font une terre d'attraction pour les populations défavorisées issues d'autres parties du monde. Ici, plus qu'ailleurs, le phénomène de l'errance est à prendre particulièrement en considération.

Cette précarité sociale, si forte dans notre région, n'est pas un tout homogène et figé, c'est une réalité multiforme, évolutive, diversifiée géographiquement.

Les causes en sont multiples et à côté de celles qui ont trait à l'insuffisance des revenus et au chômage, il y a celles qui découlent de la situation des familles, avec les difficultés accrues au niveau de nombreuses familles monoparentales, il y a celles aussi qui touchent particulièrement les jeunes avec le phénomène de l'errance.

La précarité est également très diversifiée d'un point de vue géographique. C'est ainsi qu'elle est plus sensible dans les périphéries des grandes villes et dans certains grands centres urbains avec des taux de précarité avoisinant les 40% pour Nice et de 20 à 38% pour certains arrondissements de Marseille.

Mais elle est aussi très forte et, quelquefois, moins perçue parce que plus cachée, en milieu rural, notamment dans certaines communes peu peuplées du territoire alpin.

Les inégalités d'accès à la prévention et aux soins, dues aux inégalités sociales, sont pour les élus régionaux un constat insupportable.

Le droit à la santé est un droit primordial, et si la maladie frappe le riche comme le pauvre, la réponse se doit d'être équivalente, universelle.

Cela implique bien souvent des mesures spécifiques en faveur des plus défavorisés afin de compenser les inégalités de départ.

Voilà pourquoi, le domaine de la santé doit rester une compétence nationale. L'Etat doit rester le garant d'une prise en charge égale sur tout le territoire, dans les villes comme dans les campagnes, des quartiers les plus défavorisés aux quartiers les plus aisés.

Pour autant le niveau régional s'affirme de plus en plus comme l'échelon pertinent d'analyse des réalités territoriales, de détermination des besoins spécifiques et d'émergence des types de réponses adaptés à la diversité des situations et des publics.

C'est en partant de cette considération que la Région a décidé, depuis 1998, de s'investir fortement dans les politiques régionales de prévention et d'éducation à la santé, aux côtés de l'Etat, et a en ce sens noué des partenariats de qualité avec la Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales, dont je salue le directeur Monsieur Jean CHAPPELLET.

Toute intervention efficace dans le domaine de la santé en direction des populations en situation de précarité nécessite d'abord une approche territoriale fine des réalités de terrain. C'est ce que nous nous efforçons de faire, avec nos partenaires, à partir des données fournies par l'I.N.S.E.E et les Caisses d'Allocation Familiales gestionnaires du R.M.I, en vue d'un meilleur repérage des territoires les plus vulnérables.

Nous souhaitons aujourd'hui améliorer encore nos capacités d'observation, en relançant, en partenariat avec l'Etat, le dispositif régional d'observation sociale prévu dans le Contrat de Plan.

Il est en effet indispensable de mieux coordonner les actions d'observation conduites dans le champ social et dans le champ sanitaire.

Sur la base de cette approche territoriale, il faut mettre en œuvre une politique de prévention et d'éducation à la santé adaptée aux publics concernés, faite d'actions susceptibles, par leur nature et leur contenu, de développer l'implication de ces publics dans le sens d'une plus grande appropriation de leur propre santé.

C'est l'un des objectifs majeurs du Programme Régional d'Accès à la Prévention et aux Soins, sur lequel la Région a décidé de s'engager fortement, aux côtés de l'Etat, dans le cadre du Contrat de Plan.

En complément de ce programme, la région intervient en faveur de la promotion de la santé des publics les plus défavorisés dans le cadre de sa participation à la Politique de la Ville.

La loi d'orientation du 29 juillet 1998 relative à la lutte contre les exclusions a rendu obligatoire les Programmes Régionaux d'Accès à la Prévention et aux Soins, dont l'enjeu est de construire avec les acteurs de terrain et les financeurs du système de santé des réponses adaptées aux besoins des populations les plus vulnérables.

Parallèlement, la Couverture Maladie Universelle a constitué une avancée importante en permettant une affiliation immédiate à l'assurance maladie et une couverture complémentaire gratuite sans avance de frais pour les personnes dont les revenus sont les plus faibles.

La Région, avec ses partenaires, s'est engagée avec beaucoup de conviction dans le PRAPS.

Pour aller plus loin, pour s'assurer de l'efficacité des actions mises en œuvre, il convient d'analyser au plus près l'évolution des déterminants sociaux de l'état de santé de nos concitoyens les plus défavorisés.

C'est l'objet du colloque d'aujourd'hui initié par la Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales et organisé, avec toute la compétence qu'on lui connaît, par le Comité Régional d'Education pour la Santé, dont je salue la Directrice, Zeina Mansour.

Soyez assurés que la Région Provence-Alpes-Côte d'Azur sera très attentive au compte-rendu de ce colloque.

En mon nom personnel et au nom du Président Michel Vauzelle, je vous souhaite plein succès dans vos travaux.

Fabien TULEU, Délégué général d'Emmaüs France, Paris

Sensibilité des publics précaires aux programmes d'éducation pour la santé.

Bonjour à toutes et à tous, et merci pour votre invitation. Je travaille à Emmaüs France, qui regroupe 230 organismes – majoritairement des associations – regroupés en trois branches :

- la branche communautaire, avec les communautés de compagnons telles que vous les connaissez pour leurs activités de récupération,
- la branche des structures d'action sociale et de logement, avec les centres d'hébergement, l'aide aux familles endettées, la SA HLM, la Fondation Abbé Pierre et la lutte contre l'illettrisme,
- la branche économie solidaire et insertion, avec les structures d'insertion, le Relais ou des associations de bénévoles accueillant des emplois aidés.

Je vais commencer cette intervention par une petite histoire. Il y a quelques années, j'étais étudiant et je m'occupais d'alphabétisation dans un centre d'insertion de la région parisienne. Les personnes que nous accueillions semblaient n'avoir pas grand-chose à attendre de mes ateliers, et je ressentais un profond sentiment d'échec. Nous avons alors fait ce par quoi nous aurions dû commencer : les écouter. Nous avons donc organisé un groupe de paroles, au cours duquel les personnes nous ont parlé de factures impayées, d'endettement, de cartes de séjour, de violences, de convocations à l'école ou de maux de dents, mais pas une fois d'alphabétisation.

Qu'est-ce que cela veut dire ?

- 1) qu'un besoin ne traduit pas forcément une demande
- 2) que MA priorité (comme professionnel) n'est pas forcément une attente des personnes qui sont en face de moi.

Je vous propose maintenant d'aborder trois points :

- le rapport des plus pauvres à la santé
- les plus pauvres et les services publics : une histoire de malentendu
- comment tenter le malentendu et se RENCONTRER, c'est-à-dire, faire autre chose que ce je faisais il y a quelques années dans mes ateliers d'alphabétisation : je croisais des personnes, mais je ne les rencontrais jamais.

Plusieurs études ou analyses de pratiques ont montré des choses qu'on sait très bien à présent : il n'y a pas de maladies spécifiques à la pauvreté, on sait aussi que les pauvres ont un recours aux soins qui est toujours plus tardif, souvent en urgence, tourné davantage vers l'hôpital et moins vers les médecins généralistes. Cette difficulté à s'y retrouver traduit l'ensemble des difficultés des plus pauvres dans leur rapport aux services publics ; tout est toujours un peu plus compliqué, difficile ou menaçant ; le Père Wresinski, fondateur d'ATD Quart Monde a très bien expliqué cela en montrant que pour les plus pauvres, le monde s'organise comme dans un tableau de Picasso : avec des parcelles de choses qu'on reconnaît, mais qui toutes

mises ensemble ne forment aucune cohérence. Le rapport à la santé s'inscrit dans cette même confusion, ce qui fait souvent dire que les plus pauvres se soignent mal, mangent mal, comprennent mal ce qu'on essaie de leur expliquer... Mais on prend rarement le temps de comprendre au préalable ce qu'ils vivent, savent ou rencontrent comme difficultés.

C'est pour cela qu'on parle de la culture du quart monde, et si l'on ne prend pas le temps de décoder cela, on risque de renforcer des représentations négatives ou stigmatisantes des plus pauvres : celles qui consistent à ne pas valoriser leurs savoirs, mais plutôt à dénoncer leurs manques ou leurs incapacités.

Dans l'histoire, les pauvres ont toujours été soit coupables, soit victimes, et selon les époques, on les a « soignés » ou on les a mis en prison. Permettez-moi de penser qu'en ce moment, ils sont plutôt catégorisés du côté des coupables : coupables de coûter cher, de ne pas assez travailler, voire de mendier.

Le CFES (Comité Français d'Education pour la Santé, aujourd'hui INPES) a travaillé sur la question de l'appropriation des messages de santé par les personnes précaires. Et les travaux synthétisés ont montré que les plus pauvres ont du mal à s'approprier les éléments car :

- ils sont convaincus que ce n'est pas pour eux
- ils ne se reconnaissent pas dans les normes ou les représentations mises en scène dans les univers de communication
- ils ne se sentent pas suffisamment instruits pour y prêter attention.

Ces constats sont assez terribles, car ils témoignent à la fois du sentiment d'auto-dévalorisation des personnes, et de la non pertinence des actions publiques à destination de ceux qui en auraient pourtant le plus besoin...

Alors que faire ?

Que faire face à cette forme de savoir qui laisse les plus pauvres interdits ?

- tenter de d'abord écouter et faire émerger les savoirs, les questions, les croyances et les représentations, pour sortir de la culture de la méfiance, et passer à la culture de l'échange et de la valorisation
- questionner la pertinence des actions par rapport aux situations des publics. On peut se demander s'il est pertinent de développer des actions de santé avec des personnes sans logement. Je crois fondamentalement que oui, à la condition qu'on ne se trompe pas d'objectifs ; on travaillera beaucoup plus sur la question du lien, de l'hygiène d'urgence, de la relation à l'autre et de la reconnaissance de soi, comme supports – fragiles – et remparts de la perte de dignité.
- s'attacher à travailler sur les déterminants plus que sur les conséquences : l'estime de soi, le contrôle sur sa vie, la valorisation des savoirs et des savoir-faire...

En conclusion, je crois qu'on peut poser quelques questions qui sont indissociables de l'éducation pour la santé avec les plus pauvres et qui concernent la dimension de la santé et de la dignité :

- l'action publique en matière de santé permet-elle aux plus pauvres de gagner en autonomie, en liberté ou en dignité ?

- notre action éducative permet-elle de changer aussi le regard collectif qu'on porte sur les pauvres, lorsqu'on en parle, dans nos comités de pilotage, dans les institutions ou entre collègues ?
- jusqu'où peuvent aller nos interventions si on les inscrit dans une dynamique de promotion de la santé qui pose des préalables qui ne sont pas à ce jour réunis en matière de politique de logement par exemple : le rapport annuel de la Fondation Abbé Pierre d'Emmaüs France montre ainsi que le saturnisme n'est pas éradiqué et que 3 millions de personnes sont mal logées.

Cette dernière réflexion doit nous inviter à réfléchir à une dimension de l'éducation pour la santé qui demeure encore frileuse ou à construire dans notre pays : la dimension interpellative (*l'advocacy*) qui consiste à dénoncer les causes de « mal santé » ou de mauvaise santé dans notre pays, et non les considérer comme des fatalités. Cette dimension consiste aussi à s'interroger sur les dispositifs mis en œuvre, et ceux qui en sont laissés à la marge, de sorte à pouvoir infléchir les politiques publiques de santé, au profit de ceux qui en restent toujours les plus éloignés.

Merci de votre attention.

Pr Pascal AUQUIER, Laboratoire de Santé Publique, Faculté de Médecine, Marseille.

Résultats de l'enquête menée par le collège de urgentistes pour repérer les personnes en situation de précarité.

Un questionnaire de repérage des personnes précaires fréquentant les services d'Urgences de la région a été conçu dans le cadre du PRAPS 2000/2002. Il doit permettre l'orientation de ce public vers les filières adaptées, pour une prise en charge non seulement physique et sociale, mais aussi d'une souffrance psychique rarement exprimée.

Les différentes formes de vulnérabilité – la précarité de l'emploi, la dégradation du cadre de vie, la souffrance physique et l'augmentation des inégalités de santé – ont des répercussions inévitables sur l'état de santé des populations et modifient leur rapport au système de santé.

Pour accéder au système de soins, les populations dites précaires ont de façon privilégiée recours aux services d'Urgence. Des réponses adaptées aux difficultés d'accès à la prévention et aux soins rencontrées par ces populations pourraient être apportées dès lors que l'identification des ces personnes soit possible.

S'il est relativement aisé de repérer les personnes en situation d'exclusion, il est beaucoup plus difficile d'identifier cette frange de la population définie comme précaire.

En effet, elle ne s'identifie pas comme telle, ses motifs de recours aux urgences ne se distinguent en rien, elle sort de l'hôpital dans les mêmes conditions que les autres patients (selon l'indicateur « retour à domicile ») et elle ne présente pas non plus de pathologie particulière.

Le souhait du comité de pilotage à l'origine de cette initiative - Urgences des centres hospitaliers de la région, Laboratoire de Santé publique, DRASS... - était de disposer d'un outil fiable explorant la « qualité de vie » et permettant de mieux identifier les sujets précaires.

L'objectif est d'aller au-delà d'une simple consultation médicale. Il faut profiter du passage aux Urgences de ce public pour l'orienter vers les filières de prise en charge adaptées (consultation de psychologue, rendez-vous avec une assistante sociale...) et optimiser l'accès aux services existants à l'hôpital.

Un questionnaire spécifique a donc été conçu par l'équipe du Pr Pascal Auquier, du Laboratoire de Santé Publique, au terme d'une démarche méthodologique rigoureuse, afin d'évaluer le degré de précarité des personnes accueillies aux Urgences pour qu'elles puissent bénéficier d'une prise en charge globale.

Dix services d'Urgences de la région ont participé à l'enquête, à Manosque, Gap, Nice, Marseille, Arles, Toulon, Draguignan, Fréjus/St Raphaël, Apt et Avignon, ainsi que trois structures d'accueil du public en difficulté sociale utilisé comme population témoin (1 CHRS et 2 accueils de jour de Marseille).

Trois profils-types identifiés

Au total, 729 personnes ont répondu aux 31 items du questionnaire, relatifs à l'accès aux soins, aux relations sociales, aux ressources ou à la santé mentale.

L'analyse des résultats a permis d'identifier trois profils-types des personnes fréquentant les services d'Urgences : les non précaires (58%), les précaires (32%) et les exclus (10%). Les deux dernières catégories de publics présentent des scores effondrés de qualité de vie. Tout particulièrement dans les domaines du « bien-être psychologique » et de la « santé physique et accès aux soins ».

Au terme de l'enquête, une seconde version du questionnaire a été élaborée à partir des seize questions les plus pertinentes (*voir encadré*), permettant de déterminer le score de qualité de vie des personnes interrogées selon six dimensions : l'estime de soi, le bien-être psychologique, les relations sociales, l'autonomie par rapport aux amis et famille, la santé / accès aux soins, l'avenir professionnel et personnel.

Après la phase de conception de cet outil descriptif de la précarité, les membres du comité de pilotage réfléchissent aujourd'hui à l'intégration du questionnaire dans les pratiques quotidiennes des services d'Urgences et aux modalités d'orientation des patients précaires vers les filières de prises en charge appropriées.

Identifier la personne précaire en 16 items

Voici la version finale du questionnaire « qualité de vie » conçu par le Laboratoire de Santé Publique.

Durant les quatre dernières semaines, avez-vous :

- 1 – Eu une bonne image de vous ?
- 2 – Été fier(ère) de vous ?
- 3 – Eu envie de profiter de la vie ?
- 4 – Eu de l'énergie, eu envie de faire des choses ?
- 5 – Été triste, eu envie de pleurer ?
- 6 – Été déprimé(e)
- 7 – Eu des difficultés pour dormir, eu des insomnies ?
- 8 – Été angoissé(e), stressé(e) ?
- 9 – Pu voir, pu parler avec vos amis ?
- 10 – Été soutenu(e) moralement par vos amis ?
- 11 – Été autonome, indépendant(e) par rapport à votre conjoint et/ou votre famille ?
- 12 – Été autonome, indépendant(e) par rapport à vos amis ?
- 13 – Hésité à vous faire soigner ?
- 14 – Négligé votre santé, pris votre douleur à la légère ?
- 15 – Fait des projets professionnels pour l'avenir ?
- 16 – Fait des projets personnels pour l'avenir ?

Dr Laurence BENTZ, Département de santé publique, CHU de Nice.

Les déterminants sociaux de l'observance

L'observance est une problématique ancienne : elle représente le degré de concordance entre les recommandations du médecin et le comportement des malades. La non-observance, elle, traduit l'écart à une norme, et représente un réel problème de santé publique.

On retrouve principalement ce phénomène dans les domaines médicamenteux, hygiéno-diététique ainsi que dans la surveillance et le suivi médical.

Par exemple, dans le cas de la prévention de la pneumocystose pulmonaire (infection opportuniste du stade SIDA) par antibiothérapie, on observe que les problèmes rencontrés en termes d'observance thérapeutique vis-à-vis d'un traitement préventif simple sont liés aux trois-quarts à des difficultés sous-jacentes d'observance au suivi médical.

Pour prendre un traitement, plusieurs conditions sont nécessaires :

- il faut d'abord croire en la réalité de sa maladie
- il faut croire en la nécessité de se soigner
- il faut croire en la nécessité de se soigner avec les médicaments prescrits par le médecin
- Il faut enfin avoir la capacité de maintenir la prise de traitement au quotidien.

Une attention particulière doit être accordée aux croyances et représentations profanes des patients, car celles-ci peuvent avoir des conséquences sur l'observance et influencer les recommandations du médecin.

Dans son exposé, le Dr. Bentz présente plusieurs problématiques : existe-t-il un lien entre des variables sociales et l'observance? L'observance est-elle un comportement linéaire? Peut-on parler de "déterminants", c'est à dire de facteurs sociaux prédictifs d'observance? Peut-on alors prédire certains comportements de non-observance?

L'observance est une variable mesurable et non dichotomique. Elle est dynamique, non linéaire dans le temps et multifactorielle. De plus il a été démontré qu'il n'existe pas de profils psychologiques de non-observance. On ne peut donc ni affirmer ni démontrer l'existence d'un lien entre des variables sociales et l'observance. On ne peut pas non plus définir de facteurs prédictifs, à *priori*, de non observance

Le Dr. Bentz a ainsi mis l'accent sur les risques d'une approche prédictive de l'observance : l'estimation anticipée de facteurs d'obstacle à l'observance (par

exemple, style de vie, usage de drogue, précarité, désinsertion sociale...) risquerait de mener à des conduites médicales de stigmatisation des patients, arbitraires, et préjudiciables en termes de prescription de soins.

Dans ce contexte, il faut donc souligner l'importance de l'égalité dans l'accès aux soins et aux traitements, c'est à dire dans l'effort fait pour lever les barrières économiques et culturelles dans l'accès aux soins, mais aussi de la nécessité d'un accompagnement vers une observance qui soit personnalisée, centrée sur les besoins spécifiques de chaque patient.

Dr Pierre CHAUVIN, épidémiologiste, INSERM, Unité 444, Paris.

Les déterminants sociaux de la santé et du recours aux soins, résultats du programme de recherche Santé, Inégalités et Ruptures Sociales (SIRS)

Constat et paradoxe

Du point de vue de l'épidémiologie sociale et de la santé publique, il y a trois constats à faire aujourd'hui. Le premier est le fait qu'on connaît, de façon bien détaillée, les situations de vie, comme des ruptures ou des événements graves, chez des personnes repérées comme exclues parce qu'on les a interrogées avec les enquêtes RMI et FNARS, ou encore celles menées auprès des sans domicile fixe. Mais en population générale, et encore moins dans cette fraction sociale qui sépare les grands exclus repérés de la classe moyenne précarisée, on ne connaît pas ces situations.

Un deuxième constat rappelé par le Haut Comité de la Santé Publique dans son rapport 2002, porte sur les inégalités de santé en population générale. Elles ont été mesurées en termes de revenu et en termes de catégories socioprofessionnelles. On observe beaucoup de choses sur ces inégalités socio-économiques, de santé, de consommation de soins, de mortalité, d'espérance de vie, etc. Mais il est beaucoup plus difficile de progresser finement dans la connaissance des mécanismes causaux. Par exemple, quand on décrit une différence de mortalité ou d'espérance de vie, en fonction du statut ouvrier ou cadre supérieur, on décrit quelque chose qui ne va pas. Mais qu'est-ce qui peut bien différencier cet ouvrier de ce cadre supérieur ?

Le troisième constat est plus épidémiologique, observé à l'échelle internationale. Les connaissances dans ce champ d'épidémiologie sociale sont éminemment plus développées dans la recherche nord-américaine qu'europpéenne en général, et que française en particulier. La dimension spatiale des questions d'inégalité de santé est beaucoup mieux étudiée, d'un point de vue épidémiologique, dans les hyper-ghettos nord-américains, dans les centres-villes très dégradés des grandes métropoles américaines que dans nos banlieues.

Hypothèses de recherche du point de vue de l'épidémiologie

Qu'utilise-t-on, de façon implicite ou explicite, comme modèle de santé ? Du point de vue de l'épidémiologiste, cette dimension sociale a été extrêmement négligée, rejetée dans l'ombre par le progrès bio-médical. Donc, pendant très longtemps, y compris parmi les épidémiologistes, en particulier en France – même si dans d'autres pays, par exemple au Canada, des personnes ont davantage réfléchi à ces questions – on a pensé que la maladie se soignait par le système de soins, qu'il y avait une boucle de rétroaction entre l'état normal, l'état pathologique et l'accès au système de santé et qu'en mettant tous nos moyens dans les systèmes de santé, on réduirait les inégalités de santé.

En fait, cette vision simpliste s'est peu à peu complexifiée. Serge Paugam met beaucoup l'accent sur les déterminants sociaux. Il cherche ainsi à expliciter l'environnement social. Sur ce point, les épidémiologistes ont effectivement bien besoin des sociologues !

Pour compléter son propos, du point de vue d'un épidémiologiste et encore plus d'un médecin, les déterminants sociaux de la maladie ne sont pas les seuls. Il y a évidemment, entre autres, des déterminants génétiques.

Il y a naturellement des déterminants génétiques. Mais à moins de croire qu'en fonction de son génome on se situe sur l'échelle sociale, ces déterminants génétiques nous renseigneront assez peu sur ces inégalités sociales. Les inégalités sociales de santé, qui se creusent, s'expliquent essentiellement par des déterminants de l'environnement social et de l'environnement physique.

Hypothèses communes

Une littérature abondante a été produite par les épidémiologistes anglo-saxons qui font de l'épidémiologie sociale. On critique beaucoup leur approche sociologique de l'épidémiologie. Les sociologues estiment, à juste titre d'ailleurs, qu'ils ne parviendront pas à trouver grand chose s'ils se limitent à des conceptions sociales extrêmement rudimentaires comme le niveau de revenu, les conditions de logement, la prise de risque sur le lieu de travail, etc.

Du point de vue de l'épidémiologie, on examine aussi tous ces types de variables de santé avec une hypothèse supplémentaire à notre recherche : certaines caractéristiques psychologiques, ou représentation de la santé, au sens des *health behaviour models* des Américains. Il faut se demander ce qu'on attend de la façon dont on représente la santé comme valeur, comme capital, etc. Tout cela doit être pris en compte si l'on veut expliquer les liens entre situation sociale et santé.

Quelques résultats préliminaires

Ainsi dans l'enquête SIRS préliminaire, plusieurs questions ont été posées concernant ces représentations de la santé :

- « Est-ce que la santé est une priorité dans la vie ? »
- « Est-ce que vous acceptez de temps en temps d'être malade ? »
- « Est-ce que la maladie est quelque chose d'acceptable pour vous ? »
- « Est-ce que le souci que vous portez à votre santé est important ? »
- « Quelles sont vos expériences passées de santé ? »
- « Comment imaginez-vous vous sentir dans l'avenir ? »
- « Est-ce que vous tombez malade plus facilement que les autres ? »

Etude des résultats à la première question : la santé est-elle une priorité dans votre vie ?

Les professionnels de santé s'imaginent que la santé a une valeur largement partagée par tout le monde et est une priorité équitablement répartie dans toute la population. Mais, c'est un peu plus compliqué que cela. Bien sûr, une majorité assez écrasante de personnes répond par l'affirmative. Mais une minorité significative, une personne sur quatre environ, nous répond par la négative.

Les réponses sont fonction du sexe de la personne interrogée. Elles dépendent également de la nationalité et de la trajectoire d'immigration. L'observation des pourcentages montre que, pour les étrangers, la santé est plus fréquemment une priorité que pour les français issus de l'immigration ou pour les français de parents français. Cela s'explique peut-être par le fait que ces personnes sont issues de pays dans lequel le système de santé est moins développé, ou par des conditions de vie plus difficiles, ou encore par un travail qui nécessite d'être en bonne santé.

De la même façon, le revenu est corrélé à cette perception, ainsi que le statut de l'emploi. Quand on est chômeur non indemnisé, inactif, non-retraité, sans revenu, dans 90 % des cas, on fait attention à sa santé. A l'inverse, dans une situation de travail installé, avec un CDI, cette fréquence de prioritarisation est plus faible.

Impact des conditions de vie sur la santé

On a aussi posé la question suivante : « A votre avis, vos conditions de vie nuisent-elles à votre santé physique ou morale ? »

Dans toutes les tranches d'âges, quel que soit le sexe, 22 % des personnes interrogées répondent positivement. En revanche, les raisons évoquées sont extrêmement différentes à travers les classes d'âge. Par exemple, chez les 18-24 ans, chaque type de problème est cité à la même fréquence, à 50 % : problèmes financiers, problèmes familiaux, conditions de travail. A l'opposé, chez les personnes de plus de 55 ans, les conditions de travail étaient moins fréquemment citées, sans doute parce que ces personnes sont en retraite, en pré-retraite ou ont abandonné leur travail. En revanche, les problèmes familiaux et les problèmes financiers sont encore beaucoup cités.

Regardons quels sont ces jeunes de 18-24 ans qui se plaignent le plus d'impact des conditions de vie sur leur santé physique ou mentale. On retrouve l'influence de la nationalité, et du statut d'étudiant. Si l'on n'est pas étudiant, on déclare des conditions de vie péjoratives sur sa santé presque trois fois plus fréquemment. Le statut de l'emploi, le fait de vivre dans la structure familiale importe aussi. Si on ne vit plus avec ses parents, on répond deux fois plus souvent par l'affirmative. Chez les plus de 55 ans, on voit que la nationalité et le statut de l'emploi sont très corrélés à cette déclaration d'impacts ressentis.

Pour essayer d'expliquer la réponse positive à cet impact ressenti, on a fait une analyse multi-variée où figurent des *odd ratios* qui estiment le risque de déclarer un tel impact péjoratif des conditions de vie sur la santé. Une fois l'âge, le sexe et la nationalité pris en compte, cet impact déclaré est évidemment lié au nombre de maladies chroniques, à la situation professionnelle, à la couverture maladie, à l'histoire migratoire, mais aussi à la perception de l'isolement social, aux ruptures dans la jeunesse, à la fréquence d'expériences de racisme ou de discrimination, et à une dimension de *health belief*, d'expérience de santé. Par exemple, pour ce qui est de l'isolement, plus on se sent entouré, moins on a de risque de percevoir un impact négatif de ses conditions de vie sur sa santé.

Le renoncement aux soins et les raisons financières

Pour terminer, examinons un dernier type d'exemple. Ces analyses sont faites par Fabienne Bazin qui est doctorante dans mon équipe, et qui cherche à trouver les facteurs statistiquement liés au renoncement à des soins pour des raisons financières.

La question : « Avez-vous renoncé à des soins pour des raisons financières ? » est posée depuis des années par le Centre de Recherche d'Etude et de Documentation en Economie de la Santé (CREDES) dans ses enquêtes nationales annuelles intitulées « Soins, santé et protection sociale ». Dans nos zones urbaines sensibles, il y a à peu près le même pourcentage qu'en population générale : 15 à 17 % des personnes interrogées déclarent avoir renoncé à des soins pour des raisons financières.

Pour le CREDES, dans des statistiques nationales, avec les données dont il dispose, ce pourcentage de renoncement est lié à l'âge, au sexe, au revenu, à la couverture maladie, au statut d'emploi, au fait d'être malade ou non, au fait d'être parent.

Il est intéressant d'ajuster tout ce qui est connu au niveau national et de regarder dans nos zones urbaines sensibles ce qui reste significativement corrélé avec le renoncement aux soins. On retrouve des variables pour le moment jamais prises en compte dans des données nationales représentatives comme, par exemple, les difficultés vécues pendant la jeunesse, le fait que les parents aient eu de graves problèmes d'argent, les gros problèmes relationnels avec les parents, avec les camarades de classe, etc. Tout cela est deux à trois fois plus fréquent chez les personnes qui ont renoncé aux soins pour des raisons financières.

La corrélation entre les difficultés que la personne a pu vivre par le passé et son renoncement aux soins pour des raisons financières est très forte. Le soutien social, le fait de pouvoir compter sur des amis, d'être inséré socialement, est également très corrélé. Si l'on ne peut compter sur ses amis dans aucun domaine, on renonce sept fois plus à des soins pour raisons financières.

C'est valable aussi pour le soutien des associations, pour une autre dimension d'intégration qu'est la pratique religieuse, pour des caractéristiques psychosociales comme l'estime de soi ou, enfin, une faible acceptation de la maladie.

Isabelle PARIZOT, sociologue, INSERM, Unité 444, Paris.

Les expériences vécues par les patients dans les PASS hospitaliers et les dispensaires humanitaires

De nos jours, nombreuses sont les personnes qui restent encore en marge du système médical, notamment en ce qui concerne la protection sociale et l'accès aux soins, alors qu'en théorie l'accès aux soins, par exemple, est garanti pour tous grâce à la Sécurité sociale, la CMU ... On s'aperçoit quand même, sur le terrain, que certains n'ont pas accès aux droits sociaux et peuvent aussi avoir du mal à payer le ticket modérateur. Des obstacles liés aux pratiques et attitudes des professionnels, mais aussi des malades, sont également constatés.

Il existe donc des centres de soins gratuits, comme les PASS hospitaliers et les dispensaires humanitaires, qui assurent une prise en charge gratuite des consultations, des soins et des traitements... et une prise en charge sociale.

Les PASS hospitaliers sont caractérisés par un dispositif de droit commun et sont animés par les hospitaliers alors que les dispensaires sont spécifiques aux personnes en situation de précarité et sont animés en grande partie par des bénévoles.

Une enquête sociologique a été menée dans les PASS de l'AP-HP et dans des centres de Médecins du Monde où les modes de fréquentation, les rapports sociaux et les identités conférées ont été étudiés, afin de constater d'éventuelles différences.

Il en résulte tout d'abord, trois modes de fréquentation différents : fréquentation ponctuelle (caractérisée par une prise en charge pré-assistancielle et distanciée), régulière (prise en charge assistancielle et personnalisée) ou instable (infra-assistance sans suivi possible).

L'enquête a montré également que les expériences vécues diffèrent selon les personnes et qu'en général, on remarque une évolution du rapport à ces centres de soins gratuits. En effet, la situation sociale, l'état de santé et les attentes évoluent et l'on constate aussi une socialisation progressive.

Les PASS et les dispensaires associatifs sont caractérisés par deux univers symboliques : l'univers symbolique médical et l'univers symbolique humaniste. Dans l'univers symbolique médical, l'assistance est considérée comme une prise en charge médicale ; les intervenants ont des valeurs médicales et une logique professionnelle. Les relations sont fondées sur la compétence du personnel et l'état de santé du patient : aucune discrimination n'est faite selon la situation sociale du patient qui est un citoyen en droit d'être soigné.

Dans l'univers symbolique humaniste, l'assistance est une aide, un soutien interpersonnel. Les intervenants ont des valeurs humanistes et une logique du don de soi. Les relations sont fondées sur la dignité humaine, le respect et le soutien moral apporté aux patients : ce sont des relations personnalisées et affectives. Ici, le patient est considéré comme un être humain en souffrance digne d'être aidé.

Quoi qu'il en soit, même si les processus identitaires et relationnels sont différents selon les centres, on retrouve dans les deux univers une identité du patient moins dévalorisée que celle de « pauvre ». La composante de l'exclusion y est combattue et le lien social est reconstruit.

Finalement en fréquentant les centres de soins gratuits, les patients y trouvent plus qu'un accueil médical : leur identité de « pauvre » est mise de côté, ils peuvent reconstruire des liens sociaux, recouvrer la santé et se réinsérer socialement.

Gérard NEYRAND, sociologue, Responsable de recherches au centre Interdisciplinaire Méditerranéen d'Etudes et de Recherches en Sciences Sociales (CIMERSS), Bouc-Bel-Air

La précarisation des femmes en situation monoparentale

L'augmentation de la monoparentalité va de pair avec une précarisation accrue de beaucoup de femmes élevant seules leurs enfants. Pour elles, occuper la position de « chefs de famille » est d'autant plus difficile qu'elles n'y ont généralement pas été préparées, et qu'à la précarité économique se conjuguent un isolement relationnel et une fragilisation psychologique. La nécessité de comprendre une telle évolution s'affirme d'autant plus qu'y sont en jeu la question des femmes dans la démocratie et celle de la maternité et du féminin pour les psychismes individuels, tout autant que la possibilité d'un soutien qui ne soit pas seulement économique, mais aussi social et psychologique, comme le travail effectué dans le contexte marseillais par le CIMERSS permet de l'illustrer.

Cette intervention se situe en prolongement d'une recherche-action réalisée avec la psychologue clinicienne Patricia ROSSI sur *Les Femmes "chefs de famille" en situation précaire à Marseille*, initiée et pilotée par la Délégation Régionale aux Droits des Femmes et à l'Égalité de la région PACA, et dont les résultats sont présentés dans un ouvrage publié aux éditions Érès, *Monoparentalité précaire et sujet femme*.

Cette recherche-action répondait au double objectif de clarifier l'analyse de ces situations et d'offrir un cadre de soutien aux personnes vivant ces situations.

En effet, la survenue brutale de la monoparentalité à l'issue d'une crise conjugale plus ou moins violente s'accompagne bien souvent d'une précarisation importante des femmes qui se retrouvent devoir élever seules leurs enfants, alors qu'elles sont particulièrement déstabilisées. Au-delà de l'aspect matériel très préoccupant de cette précarité, qui a tendance à concerner de plus en plus de femmes, son aspect psychologique et relationnel s'avère déterminant pour comprendre la dynamique de ces situations et tenter d'y apporter une réponse constructive. Quelles formes prend cette précarité polymorphe, quels en sont les ressorts psychologiques, et quels soutiens sont possibles ? Les questions que posent sa diffusion sont multiples, et renvoient à une question plus fondamentale : où s'origine la montée de la monoparentalité et sa précarisation, et comment peut-on interpréter son évolution ?

L'extension de la recherche-action et le public touché

Elle a concerné une centaine de femmes reçues par la psychologue clinicienne, et dont j'ai interviewé une partie, ainsi qu'une vingtaine d'intervenants sociaux.

Bien qu'en situation précaire, ces mères vivaient des situations très diverses, non seulement dans leurs parcours mais aussi au niveau socioprofessionnel, culturel ou familial. Cependant des traits les spécifient par rapport à la population française : un faible niveau de ressources assez général, un âge se situant autour de 40 ans, une absence fréquente de projet professionnel. Les démarches entreprises indiquent le

désir et la volonté d'améliorer la situation vécue, au niveau professionnel, et au niveau socio-juridique (notamment au regard de l'ex-conjoint), mais aussi à un niveau psychologique qui apparaît rarement comme tel en première demande et se trouve évoqué plutôt dans un deuxième temps. L'attente sous-jacente de certaines mères à ce niveau se révèle alors très forte.

Diversité des situations de précarité

Diverses, les mères le sont d'abord par leur positionnement socioculturel et professionnel. 40% sont étrangères, Maghrébines ou Africaines essentiellement. La plupart de celles-ci ont connu un mariage arrangé par leurs familles. Du point de vue de leur scolarité, on pourrait opposer celles qui n'ont aucun diplôme, souvent d'origine étrangère (un tiers d'entre elles ont été scolarisées à l'étranger) à celles, presque aussi nombreuses, qui ont au moins le Bac et dont certaines possèdent une maîtrise. Certaines de celles-ci bénéficient d'une profession dite intermédiaire, mais la situation dominante est celle d'employée, généralement non qualifiée (ménage notamment), suivie de près par la situation d'inactivité avec le soutien des allocations. La précarité économique se manifeste ainsi par l'absence ou le faible niveau de la plupart des emplois, la présence d'allocations spécifiques (RMI, API, ASF) pour la moitié d'entre elles et la faible présence de pension alimentaire ou d'indemnité compensatoire. Le caractère fréquemment non régulier des revenus témoigne de cette précarité.

Le rapport au père de leurs enfants constitue bien sûr une autre dimension de leur précarité. Les difficultés de la relation présente, lorsqu'elle existe, ne font que rappeler les difficultés de la vie commune et une rupture souvent violente. Lorsqu'un droit de visite a été défini, il reste peu exercé régulièrement. Ce n'est le cas que pour un tiers des pères, un autre tiers vivent dans un lieu éloigné et ne peuvent voir leurs enfants. Il est vrai que beaucoup de ces pères ont déjà été mariés et ont eu des enfants avec d'autres femmes. De fait, certains pères ne s'occupent plus de l'éducation de leurs enfants, notamment quand ils n'ont pas eu de lien marital avec les mères ou lorsqu'ils ont connu un mariage arrangé par les familles d'origine. Ces femmes ont un ou deux, voire trois enfants, qui vivent avec elles.

La fréquence de relations fusionnelles avec les enfants s'accompagne d'un discours valorisant le rapport à l'enfant, mais aussi de l'évocation de difficultés éducatives lorsque l'enfant grandit. Peu ont recomposé une famille, essentiellement parmi celles qui vivaient en union libre. Les autres se partagent entre la déception et la méfiance, le repli ou une attente frileuse...

Ces difficultés de vie vont de pair pour la moitié d'entre elles avec des problèmes de santé. Bien qu'il soit délicat d'opposer le somatique et le psychique, la moitié des symptômes apparaissent plus physiques (douleurs, migraines, dentition, fibrome, dorsalgie...), l'autre moitié plus strictement psychologiques avec la récurrence d'épisodes dépressifs. Ces mères cumulent au moment de leur demande d'aide les manifestations de ce qui constitue pour elles une *crise d'intégration sociale* : pauvreté, exclusion ou marginalisation professionnelle, désinvestissement civique et social, absence ou pauvreté du réseau relationnel, fréquents conflits interculturels, fuite ou exclusion du père...

La fréquence de ces situations précaires n'est pas sans lien avec la vie dans une grande ville comme Marseille, et la présence de nombreuses femmes d'origine étrangère.

Le processus de précarisation

Beaucoup de mères en situation monoparentale connaissent déjà la précarité avant la séparation d'avec leur conjoint et s'enfoncent un peu plus dans celle-ci, d'autres y sont véritablement confrontées à la séparation. Si elle prend très souvent la forme d'une aggravation des difficultés économiques de survie, palliée au moins partiellement par les allocations, elle s'établit sur la base d'une précarisation relationnelle. Se séparer n'est pas pour elles le fruit d'une décision commune mûrement réfléchie, établie sur le constat d'un désamour accepté qui permet par la suite l'exercice de la coparentalité. La séparation est bien plutôt le résultat d'un lent processus de dégradation aboutissant à une situation insupportable, où l'impact de troubles psychiques de l'un comme de l'autre conjoints peut fréquemment se lire au travers des récits de vie et ce qu'ils évoquent de comportements addictifs ou violents, ou d'attachements irréprouvés auxquels seul un ultime réflexe de survie permet d'échapper.

Parmi ces personnes en grand désarroi, les femmes rencontrées présentent la caractéristique d'une lucidité minimale sur elles-mêmes, se traduisant par la conscience de la nécessité d'une aide quant à une situation insatisfaisante où elles risquent de s'enfermer et de se détruire. Elles sont donc loin d'être représentatives, non seulement des situations de monoparentalité, mais aussi des plus précaires d'entre elles, généralement marquées par le repli sur soi et un certain fatalisme. Elles autorisent par-là aussi bien la compréhension de processus généralement cachés que la mise en évidence de dynamiques permettant d'échapper à l'apparente fatalité de la précarisation.

L'exacerbation des tensions de la modernité en milieu populaire

Le fait que la société moderne donne une importance de plus en plus grande à l'individu, et le responsabilise ainsi de façon parfois excessive, constitue pour tout un chacun une épreuve identitaire difficile à assumer ; mais cela devient pour les plus défavorisés une tâche insurmontable. La faiblesse de leurs capitaux, économiques et symboliques, et de la capacité d'adaptation qu'ils autorisent ne permet pas une régulation optimale des situations de crise. Pour celles des mères qui se séparent pour échapper à la violence dans la conjugalité, il ne peut y avoir passage d'une dépendance conjugale à une indépendance s'appuyant sur la sécurité d'une position véritablement affranchie. En quelque sorte, l'objectif d'autonomie est donné par le discours social contemporain, y compris par les institutions et leurs agents amenés à juger de la médiocrité des relations familiales, sans les moyens culturels et symboliques pour y arriver, et cela sur un fond de grande précarité économique que les allocations n'arrivent pas à réduire véritablement.

Car là se trouve l'une des grandes incohérences de notre modernité c'est qu'elle amène à faire porter aux plus démunis le poids de notre évolution sociale. *“ Il y aurait donc un revers à la "démocratisation de la vie personnelle" : l'oubli du fait que nous*

ne sommes pas tous également pourvus face à ce processus. ” (Commaille, Martin, 1998, 41)

Pour ces milieux, l'évolution sociale exacerbe le double handicap pour la stabilité familiale de la précarisation économique et relationnelle et de la mise en tension de normes contradictoires, qui contribuent à un moment ou à un autre au décalage des aspirations et au surgissement du conflit conjugal.

Ce conflit est toujours susceptible de prendre un tour très violent du fait même de la propension à vivre les relations familiales sous un mode fusionnel, qui, privilégiant l'investissement imaginaire du couple comme unité, peine à reconnaître l'altérité et la dualité inhérente au relationnel. Chacun se pense alors comme intégré à une entité commune où, tout en tenant un rôle différent, il s'identifie à un « nous » imaginaire indifférencié qui devient déterminant dans la définition de son identité.

Le résultat en est que dans ces milieux les moins favorisés les séparations parentales sont à la fois plus fréquentes, plus souvent conflictuelles ou marquées par un abandon, et plus impliquantes pour leurs protagonistes quant aux conséquences qu'elles vont avoir.

Ces conséquences concernent notamment les identités sexuelles et parentales : la femme se retrouve définie par le rapport à l'enfant, avec le risque d'un excessif repli sur sa position maternelle, et l'homme se retrouve nié dans l'emprise virile sur sa femme qui étayait sa masculinité, ce qui a toute chance d'amener à la rupture de la relation d'un père dévalorisé avec ses enfants.

Réorganisation de la parentalité et mise en place d'un soutien

La précarité monoparentale renvoie ainsi, par delà les histoires personnelles toujours singulières, à la réorganisation contemporaine de la parentalité, portée par cette vague de mutation des mœurs dont on pressent à quel point elle a pu déstabiliser la condition des moins favorisés.

Non seulement les places des parents ont changé, mais les effets des ruptures conjugales sur les relations parents-enfants ont mis en évidence les risques de désaffection paternelle autant que de captation maternelle, et la nécessité qu'il pouvait y avoir à soutenir les parentalités déstabilisées, alors que longtemps les conséquences de la montée du divorce n'ont pas été pensées.

Ce d'autant plus en milieu précarisé où la banalisation des situations monoparentales a tendance à masquer la nécessité de la mise en place d'un soutien personnalisé, qui permette de rompre la logique de précarisation et ses conséquences sur les mères et les enfants.

Or, une nouvelle tendance préoccupante s'est affirmée durant les années 90 : *l'augmentation de la proportion de mères en difficulté ou précarisées*. Cette tendance participe de la détérioration de la situation des femmes sur le marché de l'emploi, et plus particulièrement des mères, en parallèle à l'exacerbation de la tendance à la dissociation familiale dans les milieux défavorisés, selon la logique désignée par Robert Castel sous le terme de « désaffiliation » (Castel, 1991).

Précarisation économique et précarisation relationnelle se renforcent, l'une étant susceptible d'entraîner l'autre

Quel soutien possible ?

Face à cette situation, la nécessité d'un soutien aux femmes en situations monoparentale précaire apparaît d'autant plus impérieuse à l'heure actuelle. Or, le soutien n'a guère été pensé que sous la forme d'une réponse institutionnelle visant à préserver le "parent gardien" d'un appauvrissement préjudiciable à la bonne prise en charge de l'enfant. Ce fut l'API, puis le RMI. Mais la précarisation d'une proportion croissante des mères en situation monoparentale et la détresse de certains pères entraînés sur la pente de la désobjectivation et de l'errance (*Bertaux, Delcroix, 1990*) ont bien montré que la précarité que pouvait engendrer la séparation n'était pas seulement matérielle mais aussi relationnelle et psychique.

Avec la progressive prise de conscience des enjeux contradictoires portés par l'avènement de la démocratie familiale, les réponses sociales se sont diversifiées pour essayer de ne plus faire porter aux moins dotés ou aux plus fragiles le poids des mutations qui travaillent nos mœurs et notre représentation de l'ordre idéal du monde.

La signification des aides accordées aux parents seuls mais aussi des actions en leur direction et des nouvelles mesures institutionnelles de soutien à la parentalité s'y trouve à lire dans la triple volonté de défense des droits de l'enfant, de relégitimation ou de responsabilisation des pères, et d'autonomisation des femmes au-delà de leur rôle traditionnel de mères. Ce qui n'est pas sans donner à voir les contradictions et les tensions où la monoparentalité se débat, aussi bien au niveau des sujets eux-mêmes que des institutions et de leurs représentants, quelque peu désemparés par les incohérences des références et des textes.

Tout cela pose bien sûr d'importantes questions relatives aux conflits de références culturelles, institutionnelles, éthiques ; aux enjeux socio-politiques qui leur sont sous-jacents ; aux modes d'investissement psychique qui les caractérisent ; et aux modalités de prise en charge sociale d'une parentalisation. La question de l'accueil de l'enfant et des possibilités de sa garde lorsque ses référents ont à s'investir ailleurs, et crucialement ici pour ces femmes placées en position de chefs de famille, apparaît particulièrement importante pour répondre aux attentes et donner les moyens d'une ouverture sociale impulsant une dynamique, aussi bien économique que sociale et psychologique. On comprend alors la nécessité pour la femme, à côté d'un soutien économique, d'un accès à la parole et la symbolisation qu'elle permet, dans un espace où elle pourra parler et être entendu.

CONCLUSION

Pr Roland SAMBUC, Vice-Président du Comité Régional d'Education pour la Santé PACA

(...)

Lorsque un lien existe entre la précarité et la santé, l'accès à la parole est important. C'est pourquoi, il faut redonner un sens à la parole. Il est nécessaire de faire passer le message aux intervenants professionnels.

D'autre part, il faut lutter contre le cloisonnement entre le sanitaire et le social, entre l'aspect médical pur et l'humanisme. Pour cela, il convient de développer des réseaux, d'établir des liens entre les différents intervenants du secteur.

Il est également important de souligner le rôle de la prévention, ainsi que celui du suivi de la personne et de son évolution. Il peut, en effet, s'avérer utile et efficace de pouvoir dépister un moment de fragilité afin d'avoir une prévention en continu et ainsi améliorer la qualité de vie

(...)

Le PRAPS démontre une volonté politique de faire évoluer les choses et ce colloque et ses intervenants traduisent une avancée de la connaissance.