

Université de Neuchâtel  
Faculté des lettres et des sciences humaines  
**Maison d'analyse des processus sociaux**  
■ Faubourg de l'Hôpital 27  
■ CH-2000 Neuchâtel  
■ <http://www2.unine.ch/maps>

Elsa MONTANDON  
Chemin des Levraz 13  
2016 Cortaillod  
[elsa.montandon@gmail.com](mailto:elsa.montandon@gmail.com)

## **Parcours vers la précarité : Quels regards sur la santé ?**

Conceptions de la santé, stratégies et ressources mobilisées par des Suisses et des immigrés face à la précarisation de leur vie.

**Elsa MONTANDON**

**Mémoire de Master en Sciences Humaines et Sociales**

Orientation : « Migration et Citoyenneté »

Mémoire rendu le 26 août 2011

Soutenance le 6 septembre 2011

Directrice de mémoire : Prof. Janine DAHINDEN  
Membre du jury : Denise EFIONAYI-MÄDER

*« Car à tout homme qui a, l'on  
donnera et il aura du surplus ;  
mais à celui qui n'a pas, on  
enlèvera ce qu'il a. »*

Evangile selon Saint Matthieu, verset 25: 29

## TABLE DES MATIERES

<b>REMERCIEMENTS</b>	<b>I</b>
----------------------	----------

<b>RESUME</b>	<b>II</b>
---------------	-----------

<b>TABLE DES ILLUSTRATIONS</b>	<b>III</b>
--------------------------------	------------

<b>1. INTRODUCTION</b>	<b>1</b>
------------------------	----------

1.1. CONTEXTE DE LA RECHERCHE	1
-------------------------------	---

1.2. PROBLEMATIQUE ET QUESTIONNEMENTS	2
---------------------------------------	---

<b>2. CADRE THEORIQUE</b>	<b>4</b>
---------------------------	----------

2.1. INEGALITES SOCIALES	4
--------------------------	---

2.2. PRECARITE ET PAUVRETE	5
----------------------------	---

2.2.1. CONCEPTS	5
-----------------	---

2.2.2. SITUATION EN SUISSE	6
----------------------------	---

2.2.3. LES IMMIGRES EN SITUATION DE PRECARITE ET DE PAUVRETE	6
--	---

2.3. LES INEGALITES SOCIALES FACE A LA SANTE	6
--	---

2.3.1. CONCEPT	6
----------------	---

2.3.2. LES RESSOURCES MOBILISABLES EN SANTE	9
---	---

2.3.3. LES DETERMINANTS SOCIAUX DE LA SANTE	12
---	----

2.4. D'AUTRES DETERMINANTS DE LA SANTE	13
--	----

2.4.1. CONCEPTIONS ET IMPORTANCE DE LA SANTE	13
--	----

2.4.2. STRATEGIES EN SANTE	15
----------------------------	----

<b>3. METHODOLOGIE</b>	<b>18</b>
------------------------	-----------

3.1. ÉCHANTILLONNAGE	18
----------------------	----

3.2. ENTRETIENS	20
-----------------	----

3.2.1. ENTRETIENS BIOGRAPHIQUES	21
---------------------------------	----

3.2.2. ENTRETIENS SEMI-DIRECTIFS	22
----------------------------------	----

3.2.3. JOURNAUX DE BORD	23
-------------------------	----

3.3. CONTEXTE DES ENTRETIENS	23
------------------------------	----

3.4. ANALYSE DES DONNEES	25
--------------------------	----

3.5. CONSIDERATIONS ETHIQUES	28
------------------------------	----

3.6. LIMITES DE LA METHODOLOGIE CHOISIE	29
---	----

<b>4. PORTRAITS ET REGARDS INDIVIDUELS SUR LA SANTE</b>	<b>31</b>
---	-----------

4.1. ARMIRA – « LA SANTE C'EST MON REVE »	31
---	----

4.2. BERTRAND – « CE QUI ME MANQUAIT C'ETAIT LE BRUIT DES ENFANTS »	33
---	----

4.3. TARIK – « J'AI UN PEU DU SOUCI DANS LA TETE »	35
--	----

4.4. GUILLAUME – « MON MAL DE DOS JE L'AI PAS CHOISI »	38
--	----

4.5. CLAUDIO – « EN ATTENTE D'UN RECYCLAGE PROFESSIONNEL »	41
--	----

4.6. KALIFA – « NON MOI JE DOIS ALLER EN SUISSE »	43
---	----

4.7.	DIANE – « J'ETAIS LA FILLE EN TROP »	45
4.8.	MACHANGA – « MON MALHEUR A COMMENCE DEPUIS LE PAYS »	48
4.9.	UGUR – « UN GALERIEN »	50

## **5. PARCOURS VERS LA PRECARITE : QUELS REGARDS SUR LA SANTE ?** 53

5.1.	LES PROCESSUS DE PRECARISATION DES SITUATIONS DE VIE	54
5.1.1.	ACCUMULATION DES DESAVANTAGES, RUPTURES ET EPREUVES DE VIE PEJORATIVES	54
5.1.2.	LES EFFETS NEFASTES DE LA PRECARISATION DES SITUATIONS DE VIE	59
5.1.2.1.	Dégradation des conditions de vie et de travail au quotidien	59
5.1.2.2.	Perspectives d'avenir incertaines	66
5.2.	LES CHEMINS VERS LA SANTE EN SITUATION DE PRECARITE	68
5.2.1.	REGARDS SUR LA SANTE : IMPORTANCE & CONCEPTION DE LA SANTE ET DES RISQUES	68
5.2.2.	STRATEGIES COMMUNES EN SANTE	73
5.2.2.1.	Comportements de prévention	74
5.2.2.2.	Logiques de recours aux soins	76
5.2.3.	LES CHEMINS VERS LA SANTE EN SITUATION DE PRECARITE	79
5.2.3.1.	Les « inattentifs »	80
5.2.3.2.	Les « réactifs »	85
5.2.3.3.	Les « proactifs »	89
5.2.4.	LES RESSOURCES CLES EN TERMES DE SANTE	93

## **6. REACTIONS POLITIQUES FACE AUX INEGALITES SOCIALES DE SANTE** 98

## **7. CONCLUSION** 102

7.1.	CONCLUSIONS GENERALES	102
7.2.	LIMITES	106
7.3.	PERSPECTIVES DE RECHERCHE	108

## **8. BIBLIOGRAPHIE** 109

## **9. ANNEXES** 115

9.1.	GUIDE ENTRETIEN BIOGRAPHIQUE	115
9.2.	GUIDE ENTRETIEN SEMI-DIRECTIF	116
9.3.	EXTRAIT DU JOURNAL DE BORD	119

## REMERCIEMENTS

Je remercie chaleureusement mes interlocuteurs et interlocutrices – Kalifa, Diane, Machanga, Bertrand, Guillaume, Tarik, Claudio, Armira et Ugur<sup>1</sup> – pour leur confiance et le temps qu'ils ont passés avec moi à partager leur histoire de vie ainsi que leurs regards sur la santé.

Je tiens aussi à remercier les personnes intermédiaires qui m'ont permis d'entrer en contact avec les participants à cette recherche pour le dévouement et l'engagement dont ils ont fait preuve afin de m'aider à trouver des personnes intéressées à discuter de cette thématique.

Je tiens également à souligner la chance que j'ai eu de pouvoir travailler sur ce mémoire tout en étant encadrée par une collaboratrice de l'Office fédéral de la santé publique, et plus précisément de l'Unité de direction « Politique de la santé ». Un grand merci à Regula Ricka ainsi qu'à mes anciennes collègues pour les discussions et les conseils judicieux.

Un grand merci également à ma directrice de mémoire Professeure Janine Dahinden pour ses précieux conseils et commentaires tout au long de l'élaboration de ce travail de recherche, ainsi qu'à Madame Denise Efonyi-Mäder pour son œil d'experte.

Merci à ceux qui m'ont aidé à traduire certains passages écrits ou prononcés dans d'autres langues.

Enfin, je tiens à remercier ma famille et mes proches qui m'ont premièrement supporté pendant des périodes stressantes, mais qui ont également pour la plupart participé à la correction de ce travail ainsi qu'à des discussions enrichissantes m'ayant aidé à réfléchir sur ce thème.

---

<sup>1</sup> Prénoms d'emprunt

## RESUME

Les inégalités face à la santé existent et persistent en Suisse. La santé n'est pas seulement déterminée par la biologie, l'hérédité et son système de soins, mais possède une dimension sociale qui fût longtemps sous-estimée. Plus l'on se situe en bas de l'échelle sociale, plus grandes sont les chances que l'on tombe malade, que l'on soit en incapacité de travail ou encore que l'on meurt jeune. Face à la précarisation, les individus deviendraient plus vulnérables sur le plan de la santé et prendraient plus de risques en réponse aux difficultés de leur vie. Outre les déterminants sociaux de la santé largement documentés à présent, les chercheurs pensent que des dimensions plus individuelles entrent en jeu. Mon mémoire se situe à ce niveau d'analyse, celui de la perspective des acteurs potentiellement concernés par ces inégalités. Suite à la rencontre de neuf individus racontant le processus de précarisation de leur vie, il a été possible d'aborder le thème personnel que représente la santé lors de seconds entretiens. Mon objectif était de mieux comprendre les regards qu'ils portent sur la santé, ainsi que leurs stratégies de prévention et de recours aux soins.

Les modes de réaction à la précarisation de la vie ainsi que le rapport à la santé se sont révélés être variés en raison des diverses ressources acquises et mobilisées au cours de l'expérience de vie. La conviction de contrôle de sa vie s'est révélée être une ressource centrale : plus celle-ci est interne, plus l'on se sent capable d'influencer ce qui nous advient. La mobilisation d'autres ressources personnelles telles qu'un sens de la cohérence élevé, une croyance religieuse, une expérience existentielle ou encore une culture sanitaire aident le développement de ce sentiment de contrôle interne. De ces constats, il a été possible de construire trois regards idéaux-typiques face à la santé. Soutenus par leurs réseaux et se sentant intégrés à la vie sociale, la mobilisation de ces ressources est facilitée chez les « proactifs » qui se sont avérés être les plus prévenants envers leur santé qu'ils considèrent comme un bien-être à rechercher constamment. Dépourvus de certaines de ces ressources, les « réactifs » et les « inattentifs » ont tendance à être négligents envers leur santé qu'ils voient comme déterminée par des facteurs extérieurs immaîtrisables. C'est en attendant longtemps avant de consulter, en suivant partiellement les prescriptions médicales et en pratiquant la prévention sous certaines conditions que ces individus mettent en péril leur santé ainsi que leurs chances de réassumer, un jour, leur vie de manière autonome. D'après les résultats de ce travail, le renforcement des ressources individuelles semble être capital pour que l'individu se sente responsable de sa santé et la conçoive comme un atout essentiel pour sortir de la précarité et ainsi éviter que sa situation de vie se dégrade encore.

**Mots-clés :** précarisation – santé – conception de la santé – stratégies en santé – comportements de prévention – recours aux soins – ressources

## **TABLE DES ILLUSTRATIONS**

FIGURE 1 : PROFILS SOCIO-DEMOGRAPHIQUES DES PARTICIPANTS.....	20
FIGURE 2 : LES ETAPES METHODOLOGIQUES DE L'ANALYSE DES DONNEES .....	27
FIGURE 3 : LES CHEMINS VERS LA SANTE EN SITUATION DE PRECARITE.....	53
FIGURE 4 : LES RUPTURES ENTRAINANT LA PRECARISATION DES SITUATIONS DE VIE .....	57
FIGURE 5 : ILLUSTRATION DE TITOM - PRECARITE .....	59
FIGURE 6 : TROIS REACTIONS IDEALES-TYPIQUES FACE A LA SANTE.....	80

## 1. INTRODUCTION

### 1.1. CONTEXTE DE LA RECHERCHE

On ne cesse de faire des progrès majeurs en médecine, toutefois les écarts de santé entre les différents milieux sociaux d'appartenance persistent. Suivant notre groupe d'appartenance, notre histoire de vie, nos expériences en santé et nos valeurs, nous ne serons pas tous égaux devant la mort, la maladie, l'invalidité et la souffrance psychologique. La sociologie a eu tendance à considérer les inégalités de santé relevant davantage de l'ordre biologique que social, ce qui explique qu'elles aient été moins traitées que d'autres inégalités (Burton-Jeangros in : Oris et al. 2009). Pourtant, les inégalités face à la santé sont une dimension de la stratification sociale, on dit même d'elles qu'elles seraient le produit final de toutes les autres inégalités sociales (Aïach : 2010).

Le droit de jouir du meilleur état de santé possible quelque soit son origine, sa religion, ses opinions politiques, sa condition économique ou sociale fait partie des droits fondamentaux de tout être humain. Plusieurs pays européens ont décidé de mettre en œuvre des programmes visant à réduire les inégalités de santé entre pauvres et riches, mais la Suisse ne prend pas cette voie pour le moment d'après Villiger & Knöpfel (2009). Bien que son système de santé soit considéré comme étant de haute qualité, les écarts entre favorisés et défavorisés y sont aussi une réalité (B,S,S<sup>2</sup> : 2011). Des programmes de petites et moyennes envergures existent mais aucune stratégie globale nationale n'est en vigueur. Le seul programme existant est l'assurance-maladie obligatoire pour tous ceux qui résident en Suisse et le mécanisme de réduction des primes de cette assurance pour les ménages ayant des difficultés financières.

Prendre conscience de cette réalité sociale est important. Mais les chercheurs, les décideurs politiques et les professionnels de la santé ne font généralement pas partie des populations précarisées. Qu'en est-il de ces dernières ? Quelle importance accordent-elles à la santé ? Comment réagissent-elles en cas de problèmes de santé ? Mieux connaître leurs points de vue et leurs regards sur la santé pourrait nous aider à comprendre leurs difficultés ; et donc à mieux saisir où il est nécessaire d'agir.

---

<sup>2</sup> L'institut B,S,S. (Volkswirtschaftliche Beratung) est une agence de consultants scientifiques politiquement indépendante qui reçoit des mandats de l'administration fédérale notamment. Cet institut a été mandaté par l'Office fédéral de la santé publique (ci-après OFSP) pour une recherche sur les inégalités de santé en Suisse en 2010-2011 (Abbau gesundheitlicher Ungleichheit. Förderung den gesundheitlichen Chancengleichheit).

## 1.2. PROBLEMATIQUE ET QUESTIONNEMENTS

Les inégalités sociales de santé sont une réalité dans les sociétés occidentales comme la Suisse et signifient un accès différencié à des biens sociaux importants tels que la santé justement (Fragnière & Girod : 2002). En dépit d'un Etat-providence visant l'accès aux prestations pour tous, les disparités entre différents groupes de la population persistent. Les individus ne sont pas égaux face à la santé ; certains ont plus de risque de tomber malade, de se voir en incapacité fonctionnelle, ou encore d'avoir une espérance de vie plus courte. D'un point de vue économique, les interventions de l'Etat-providence se justifient par le fait que la santé est une condition essentielle pour l'efficacité et la productivité d'une société car la population représente sa force de travail.

La recherche sur les inégalités en matière de santé en Suisse montre que, malgré des comportements individuels variés, ce sont les conditions de vie et de travail liées au statut socio-économique (et certains comportements qui en découlent) qui déterminent majoritairement l'état de santé d'une personne (Villiger & Knöpfel : 2009). De ce fait, il est important de développer les connaissances sur ce phénomène social afin de mieux comprendre ces dimensions des inégalités face à la santé. Grâce à une meilleure compréhension de cette réalité il sera alors envisageable, s'il y a une volonté politique, de développer des mesures de prévention supplémentaires.

Un des groupes les plus vulnérables en ce qui concerne les questions de santé sont les personnes pauvres ou en situation de précarité. En effet, quand l'argent manque alors ce sont les premières ressources qui diminuent et qui limitent les possibilités de mener une vie saine. La précarité signifie, dans ce contexte, une position de fragilité, de vulnérabilité et d'incertitude face à l'avenir (Paugam : 2000). Qui sont-ils ? Ce sont des Suisses et des immigrés cumulant certains facteurs de risques tels qu'entre autres un niveau de formation bas, une instabilité de l'emploi, un stress constant, des conditions de travail difficiles et une faible reconnaissance sociale. La précarité étant un facteur de fragilité, ces derniers se retrouvent défavorisés sur le plan de la santé (Masullo : 2006).

Fortement représentée aux deux pôles de l'échelle sociale, la population migrante constitue plus d'un quart de la force active en Suisse (OFS : 2009). L'intérêt sera de se pencher sur les migrants se situant dans les couches inférieures de la hiérarchie sociale. Ceux-ci affichent des risques de pauvreté plus importants en étant employés dans des branches économiques très touchées par la conjoncture et comportant davantage de risques professionnels. Fragiles, vulnérables et davantage confrontés à la maladie, à l'incapacité et à la mort, les migrants n'utilisent toutefois pas plus le système de santé. Pourquoi donc ?

Selon Parizot et al. (2003), d'autres dimensions individuelles et contextuelles entrent en jeu dans l'explication des inégalités sociales de santé. D'après eux, il serait important d'aller explorer les représentations, l'attention portée à la santé, la place de la santé dans la hiérarchisation des besoins, les différentes intériorisations de normes médicales et, notamment, les expériences antérieures de maladies ou de recours aux soins. Ce niveau d'analyse de l'individu est encore peu exploré ; il a été mentionné dans l'étude de la littérature menée par Scheppers et al. (2006) comme constituant une importante zone d'explication des inégalités en santé pour les immigrés. Avec des conceptions de la santé différentes, Suisses et migrants précaires pourraient adopter des logiques de recours aux soins et de prévention particulières en fonction de leurs ressources limitées.

L'objectif de cette recherche est, par conséquent, d'aller questionner les regards de ces individus vivant des situations de précarité, migrants ou suisses, afin de mieux comprendre ce qu'ils vivent, d'approcher leurs regards sur la santé et également de peut-être découvrir de nouvelles dimensions. En effet, comme le disent Maggi & Cattacin en parlant des migrants, de nouvelles recherches sont nécessaires pour mieux comprendre le monde vécu par les individus en situation de précarité et leurs « *health strategies, resources, beliefs and requirements, both for valorization of their autonomous capacities and to provide adequate management of their health problems.* » (Maggi & Cattacin: 2003; 24).

Ainsi, voici ma question de départ :

**"En quoi les conceptions, l'importance accordée à la santé, les compétences en santé et les stratégies personnelles sont-elles ancrées dans les expériences de vie des personnes vivant des situations de précarité ?"**

Mes questions de recherche plus pointilleuses sont :

→ Comment ces individus conceptualisent la santé ? Dans quelle mesure cette **conception** varie-t-elle suivant les parcours de vie individuels ?

→ Quelle **importance** accordent-ils à la santé ? En quoi leurs parcours de vie individuels modifient-ils cette importance au fil du temps ?

→ Quelles sont les **ressources** que ces individus mobilisent lorsqu'ils rencontrent des problèmes de santé ? Dans quelle mesure les expériences de vie individuelles ont-elles un lien avec le type de ressources mobilisées ?

→ Quelles sont leurs **stratégies individuelles** en cas de problèmes de santé ? En quoi le parcours de vie et les expériences passées et présentes jouent-ils un rôle dans le choix de ces stratégies de recours aux soins et de prévention ?

## **2. CADRE THEORIQUE**

Dans ce chapitre, un aperçu de la littérature existante sera présenté, ainsi que certains concepts théoriques tels que l'inégalité sociale, l'inégalité face à la santé, la précarité, la pauvreté, la santé, les déterminants de la santé et les ressources notamment.

### **2.1. INEGALITES SOCIALES**

En Suisse comme ailleurs, les inégalités sociales existent. Ce terme désigne le fait que les ressources ne soient pas systématiquement également réparties parmi tous les membres d'une société (Stamm & Lamprecht : 2004). René Levy (2002) parle d'un « accès différencié à des biens sociaux importants » : certains auront accès à plus de biens et de prestations alors que d'autres moins, cela en raison de leurs positions dans les structures sociales. Les inégalités sociales sont multidimensionnelles ; c'est-à-dire qu'elles touchent plusieurs aspects de la vie en société. La formation, la position professionnelle et le revenu sont généralement considérés comme les dimensions fondamentales. Puis, d'autres dimensions centrales entrent en jeu dans l'analyse des inégalités : la fortune, le genre, l'âge, le parcours de vie, la nationalité, le style de vie, etc. Suivant les ressources qu'un individu ou un groupe social possède ainsi que ses pratiques, il aura alors plus ou moins de chances de se trouver dans une situation privilégiée.

#### **2.1.1. CARACTERE CUMULATIF DES INEGALITES SOCIALES**

La multi-dimensionnalité des inégalités sociales fait que les individus accumulent des effets positifs ou négatifs qui ont un impact sur les conditions dans lesquelles ils vivent tout le long de la vie. En effet, ceux qui sont défavorisés dans un domaine le sont aussi assez régulièrement dans d'autres domaines. Ceux qui ont par exemple un niveau de formation primaire ont moins de chances de trouver un emploi qualifié et bien rémunéré et donc plus de chances de vivre des conditions de travail difficiles. En ayant moins de ressources financières, l'accès au logement, aux loisirs et aux soins est notamment moins facile. De là découlent des conditions de vie plus dures qui mènent ces individus à être plus vulnérables face à la maladie, aux incapacités physiques et à la mort. Une inégalité sociale en entraînant une autre, un processus cumulatif se crée : ceux qui se trouvent en haut de l'échelle sociale collectionnent les privilèges alors que les autres, en bas de l'échelle, accumulent les handicaps. Aïach (2010) parle d'un gradient social des inégalités, les privilèges et les handicaps ne s'observeraient pas seulement entre les riches et les pauvres mais seraient gradués en fonction de l'échelle sociale.

## 2.2. PRECARITE ET PAUVRETE

### 2.2.1. CONCEPTS

Les individus se trouvant dans des positions socio-économiques inférieures sont considérés comme étant dans des situations de précarité. Paugam (2000) définit une situation de précarité comme celle d'un individu placé dans une position de fragilité, de vulnérabilité et d'incertitude face à l'avenir. En opposant ce concept à l'idée de stabilité, Paugam analyse principalement la précarité en lien avec le travail salarié (conditions difficiles, faible rémunération, emploi peu valorisé, contrat temporaire, etc.). Dans ce cas, l'individu est un « potentiel pauvre » ; sa situation fragile peut basculer d'un moment à un autre. La précarité est donc avant tout une situation transitoire d'insécurité plutôt qu'une catégorie sociale. En revanche, la précarité peut conduire à la pauvreté, qui est définie comme l'état d'une personne qui est en manque de ressources matérielles notamment (Fragnière & Girod : 2002). En Suisse, est considéré comme pauvre celui qui ne dispose pas du minimum vital social défini comme la moitié du revenu moyen suisse.

Il est important de souligner ici la distinction entre la pauvreté objective et le sentiment subjectif de pauvreté (Concialdi : 1998). En effet, plusieurs approches considèrent objectivement comme pauvres ou précaires ceux dont les ressources monétaires sont inférieures à un certain seuil de pauvreté ou ceux se trouvant dans des situations de privation matérielle. Cependant, d'autres approches tentent de définir le sentiment subjectif de pauvreté en questionnant la perception que les individus ont de leur situation de vie ainsi que des difficultés qu'ils rencontrent pour « joindre les deux bouts ». L'individu se trouvant objectivement en situation de précarité ou de pauvreté pourrait donc ne pas avoir subjectivement l'impression d'être dans une telle situation et vice-versa. Chacun se représente de manière différente la signification de la pauvreté en se comparant à la société dans laquelle on vit, au milieu social duquel on vient ou à son entourage.

Wresinski a donné une définition de la précarité qui est dans le même ordre d'idée que celle de Paugam. Elle sera utilisée dans ce travail de recherche. Selon lui, la précarité c'est *« l'absence d'une ou plusieurs des sécurités permettant aux personnes et aux familles d'assumer leurs responsabilités élémentaires et de jouir de leurs droits fondamentaux. L'insécurité qui en résulte peut être plus ou moins étendue et avoir des conséquences plus ou moins graves et définitives. (...) Elle conduit le plus souvent à la grande pauvreté quand elle affecte plusieurs domaines de l'existence, qu'elle tend à se prolonger dans le temps et devient persistante, qu'elle compromet gravement les chances de reconquérir ses droits et de réassumer ses responsabilités par soi-même dans un avenir prévisible. »*

(Wresinski :1987, 14). Cette définition permet une sélection objective des individus pauvres ou précaires tout en s'intéressant aux aspects subjectifs du processus de précarisation.

### **2.2.2. SITUATION EN SUISSE**

En Suisse, les chiffres concernant la pauvreté et la précarité sont divers. Selon l'OFS, 14,6% de la population était en situation de risque de pauvreté en 2009 (près d'une personne sur sept disposait de moins de 60% du revenu médian), contre 8% considérée comme en situation de risques sévères (moins de 50% du revenu médian). Les groupes sociaux les plus concernés par le risque de pauvreté sont les familles monoparentales, les familles nombreuses, les personnes peu formées, les inactifs, les personnes de nationalité étrangères et en particulier les ressortissants extra-européens (OFS<sub>1</sub> : 2010). Pourtant, en 2009, seul 3% de la population a fait recours à l'aide sociale (OFS<sub>2</sub> : 2010). Cet écart de 5% peut être expliqué par deux raisons. Premièrement, ce ne sont pas les mêmes données statistiques qui sont utilisées par l'OFS et l'aide sociale. Deuxièmement, toutes les personnes qui auraient le droit à l'aide sociale n'en font pas forcément la demande.

### **2.2.3. LES IMMIGRES EN SITUATION DE PRECARITE ET DE PAUVRETE**

D'après l'OFS, en 2009, les étrangers représentaient le 22,9% de la population résidante en Suisse mais le 27.7% de la population active (OFS :2009). Les migrants constituent donc une force de travail essentielle pour la Suisse. Toutefois, la population migrante n'a pas la même structure démographique que la population autochtone : les immigrés se situent plus fréquemment aux deux extrêmes de l'échelle sociale. Avec un niveau de formation plus bas pour une partie des immigrés, ceux des couches inférieures de la hiérarchie sociale ont plus de chances d'avoir des emplois précaires et donc de se situer dans des situations socio-économiques défavorables. L'OFS estime que les risques de pauvreté sont plus importants chez les immigrés. Par exemple, en 2009, 11,1% des étrangers se situaient en dessous du seuil de pauvreté sévère (50%) alors que 7.1% des Suisses l'étaient (OFS<sub>1</sub> :2010).

## **2.3. LES INEGALITES SOCIALES FACE A LA SANTE**

### **2.3.1. CONCEPT**

La santé fait partie de ces « biens sociaux importants » (Levy : 2002) inégalement répartis en société. L'examen montre que non seulement la mortalité est répartie de façon inégale au sein de la société, mais qu'aussi l'accès aux soins et les risques de santé (morbidité, invalidité) se caractérisent par des inégalités considérables. L'étude la plus récente sur les inégalités de santé en Suisse a été effectuée par l'Institut B,S,S sur mandat de l'OFSP. Les

résultats montrent notamment des différences importantes (B,S,S : 2011) : les hommes de trente ans avec une formation tertiaire auraient par exemple une espérance de vie de 7,1 ans de plus que ceux qui n'ont pas achevé de formation post-obligatoire et pour les femmes la différence est de 4 ans. De plus, les individus n'ayant pas achevé de formation post-obligatoire seraient moins nombreux à s'estimer en bonne santé que ceux qui ont une formation tertiaire (72% contre 93%). Les femmes ont en outre tendance à s'auto-évaluer en moins bonne santé que les hommes. Burton-Jeangros (2009) parle d'un « gradient social de la santé ». Ceci signifie que l'inégalité face à la santé ne se situe pas seulement entre riches et pauvres, mais que plus on monte dans l'échelle sociale, plus l'état de santé est meilleur.

Le Rapport Black de 1980 et les études Whitehall de 1991 sont les premières grandes études à démontrer le lien entre la position sociale et l'état de santé. La précarité, et donc la position socio-économique occupée, devient un déterminant de la santé (Joubert, Chauvin, Facy et Ringa : 2001). Depuis là, plusieurs tentatives d'explications de ces disparités en matière de santé en fonction de la position que l'on occupe dans la société ont pris place, dont notamment celle de Mackenbach (2006). Ce chercheur a tenté de décrire les différents facteurs de risques (matériels, psychosociaux et comportementaux) auxquels les individus aux positions socio-économiques inférieures étaient plus fortement exposés. Ces facteurs sont étroitement liés les uns aux autres.

C'est premièrement parce que les individus aux statuts socio-économiques inférieurs disposeraient de **peu de moyens matériels** que leurs conditions de vie sont plus difficiles. Les possibilités qu'ils ont de vivre sainement et donc d'adopter des comportements sains (sport, alimentation, etc.) seraient limitées. De plus, cette privation matérielle les exposerait à une série de préjudices influençant directement leur état de santé tels que vivre dans un habitat malsain et avoir un travail difficile et dangereux.

Ces situations financières difficiles entraîneraient chez certains **un stress psychosocial** important expliquant une partie des disparités. En effet, ceux dont le statut socio-économique est bas expriment une moins bonne santé mentale. Ils font face à davantage d'événements critiques (divorce, accident, chômage, conditions de travail, maladie, etc.) ce qui provoque chez eux des surcroûts de stress qui ont des effets directs et indirects sur la santé. Ces mêmes individus disposent de moins de ressources personnelles et sociales notamment pour faire face aux différentes épreuves rencontrées (voir chapitre suivant 2.3.2)

En réponse aux difficultés financières et au stress psychosocial, ces individus peuvent développer des comportements mauvais pour la santé. La position occupée dans une société influencerait donc **les comportements et le mode de vie** que l'on adopte. D'après

Mackenbach, les individus aux statuts socio-économiques inférieurs « *partagent "une culture" qui encourage les comportements nuisant à la santé* » (in : Villiger & Knöpfel : 2009, 65) tels que les dépendances au tabac et à l'alcool, l'inactivité physique et l'alimentation malsaine notamment. Aïach (2010) exprime l'idée que les individus ne sont pas libres de leurs choix car ils sont insérés dans des positions sociales qui ne leur permettent pas d'être entièrement responsables de leurs modes de vie. Dans cette optique, l'étude de Caritas (Villiger & Knöpfel : 2009) synthétise l'idée que les comportements individuels jouent un rôle moindre dans l'explication des inégalités de santé, car ce sont surtout les conditions de vie et de travail – fortement liées au statut socio-économique – qui expliquent les modes de vies et l'état de santé des individus. Le récent rapport de Cantoreggi (2010) sur la pondération des déterminants de la santé va dans le même sens.

Pourtant, selon Aïach (2010), considérer ces différents facteurs structurels, psychosociaux et comportementaux ne suffit pas pour expliquer les inégalités face à la santé. Il reste une part de ces inégalités qui serait inexpliquée. Plusieurs chercheurs, dont Mackenbach et Aïach, mettent en avant l'importance de la dimension temporelle des conditions de vie et de travail. En fonction de la position occupée dans l'échelle sociale aux différents moments de la vie, les risques en matière de santé s'accumuleraient. Certains modèles insistent sur un nombre limité d'étapes de vie sensibles (comme l'enfance). D'autres, les modèles d'accumulation, considèrent que la santé d'un individu peut être conceptualisée comme la somme de ses expériences passées positives et négatives pour la santé (Sapin, Spini & Widmer : 2007).

*« Au fur et à mesure que le temps passe, les conditions de vie et de travail impriment leur marque dans la tête et le corps des femmes et des hommes, ce qui va se traduire par une usure, un vieillissement, une vulnérabilité biologique et sociale d'autant plus forts que les conditions de travail ont été difficiles et que les modes de vie qui en sont en grande partie leur conséquence ont comporté des conduites nuisibles pour la santé présente et future. Les comportements des individus ne peuvent être traités séparément du contexte social dans lequel ils évoluent ; les conditions de travail et de vie limitent et orientent leurs modes de vie. »* (Aïach : 2010, 250)

Ce processus continu d'accumulation des avantages ou désavantages en matière de santé commencerait, selon Aïach (2010, 136), dès la période foetale et se poursuivrait durant l'enfance, l'adolescence et l'âge adulte. Au fil du temps et des épreuves, le corps et le psychisme sont marqués par les différentes conditions de vie et les risques qui y sont associés. Aïach (2010) estime que les individus vivant des difficultés accumulent les risques et les comportements néfastes, ce qui les rend encore plus vulnérables. Cependant, ces désavantages ne sont pas immuables et peuvent être atténués par d'autres avantages

accumulés ou des circonstances de vie futures plus favorables. Sapin, Spini et Widmer (2007) donnent l'exemple du risque plus élevé de décès par accident cardiovasculaire pour un individu qui a grandi dans un milieu défavorisé et avec une mauvaise alimentation. A ceci peuvent s'ajouter un arrêt précoce d'une formation et l'exercice d'emplois non-qualifiés qui comportent plus de risques professionnels et sont souvent accompagnés de comportements à risque (cigarette, alcool, etc.). Burton-Jeangros et Widmer (2009) estiment que les désavantages arrivent souvent dans les phases cruciales de transitions au cours d'une vie.

« *Cumulative disadvantages often happen in relation to crucial transitions in life.* » (Burton-Jeangros & Widmer : 2009 ; 184).

Au fil de leurs vies, les individus vont se constituer ce que certains appellent un « capital santé » (en référence à Bourdieu) dépendant des différents milieux dans lesquels ils sont insérés (économique, culturel, social, symbolique, santé) et des expériences vécues. Les personnes se trouvant en bas de la hiérarchie sociale disposent généralement de moins de ressources pour surmonter les différentes épreuves qu'ils peuvent rencontrer.

Certains chercheurs estiment toutefois que les recherches sur les inégalités face à la santé sont encore incomplètes (Parizot, Chauvin, Firdio &, Paugam : 2003). Prendre en compte les facteurs structurels, comportementaux et psychosociaux, tout en adoptant une perspective temporelle (assimilable à une « life course approach<sup>3</sup>») ne suffit pas pour expliquer entièrement les disparités en matière de santé. D'autres études sont donc à mener pour pouvoir mieux comprendre et expliquer ces inégalités.

### **2.3.2. LES RESSOURCES MOBILISABLES EN SANTE**

Comme mentionné précédemment, les individus se trouvant dans des positions socio-économiques inférieures disposent généralement de moins de ressources pour faire face aux différents événements de la vie. D'après l'étude sur les immigrants africains d'Obrist & Büchi (2006), la santé est étroitement liée aux ressources personnelles, sociales et matérielles mobilisées en réponse aux conditions de vie difficiles dont ils font ou ont fait expérience.

En ce qui concerne les **ressources matérielles**, comme dit précédemment, ces individus sont dans des positions de pauvreté ou de précarité et n'ont donc pas le revenu ou la fortune pour atténuer les effets de problèmes financiers survenus après des événements critiques. Ces coups durs accentuent encore davantage le stress chez les individus. Villiger et Knöpfel (2009) donnent l'exemple du décès de son partenaire. Une telle étape de vie est très difficile

---

<sup>3</sup> Approche des parcours de vie, travaux entrepris par Davey Smith et son équipe en Angleterre.

mais lorsque l'on a les moyens financiers, certaines préoccupations d'ordre matériel ne viennent pas s'ajouter aux bouleversements émotionnels.

Puis, on parle également de **ressources sociales** qui sont bonnes pour la santé. En effet, certaines recherches montrent que le réseau social procure un soutien permettant de modérer le stress suscité par certains événements ou situations (Peretti-Watel : 2006). Grâce au soutien de son environnement social, il serait possible d'obtenir des ressources matérielles, informationnelles et émotionnelles qui contribuent à un bien-être et qui diminuent les impacts sur la santé physique ou mentale. La répartition de ce soutien social semble inégale selon Villiger et Knöpfel (2009) : les personnes de niveau socio-économique bas se caractérisent en général par un réseau social plus restreint et auraient plus de difficultés à percevoir le potentiel soutien que peuvent procurer des relations sociales. Peretti-Watel (2006) souligne toutefois que le réseau social peut contribuer à maintenir un état de santé, mais qu'il ne l'améliore pas. Lorsque l'on dispose de ressources sociales mobilisables lors de défis inhabituels ou de situations existentielles difficiles, alors on peut dire que notre système immunitaire psychosocial s'en voit renforcé. En effet, de bons contacts sociaux et la possibilité de se confier aident à assumer des expériences de vie pesantes.

Enfin, on parle également des **ressources personnelles** en santé qui se mobilisent lors d'événements de la vie. Ces ressources se situent à un niveau plus psychologique. La théorie du « locus of control » amenée notamment par Mielck et Kristenson (in : Villiger & Knöpfel : 2009) traduit deux réactions individuelles contraires. Suivant cette théorie, certains se sentent capables de contrôler leurs vies en fonction de leurs objectifs (contrôle interne) alors que d'autres pensent qu'ils ne sont pas en mesure de contrôler leur destinée (contrôle externe). La théorie du sens de la cohérence d'Antonovsky (1987) explique que chacun possède un sentiment général relativement stable sur la compréhension des défis de la vie et la capacité que l'on a à les relever. D'après lui, chacun n'aurait pas le même degré de sens de la cohérence : il serait plus faible pour ceux qui se trouvent dans des positions socio-économiques inférieures, quant aux autres, ils développeraient un sentiment de confiance face à des dénouements positifs de ces défis.

D'autres éléments peuvent faire office de ressource dans les questions de santé. La **religion** peut servir de soutien en aidant à construire une signification sur les événements de la vie. « *Religion may provide essential meaning, spiritual support and moral guidance; it may influence practical aspects of daily life, and is indeed a mark of community membership.* » (Maggi & Cattacin: 2003; 19). En effet, la religion peut devenir ressource lorsqu'elle permet de donner du sens à sa vie, comme lorsque l'on est atteint d'une maladie par exemple.

Pour les migrants, on peut également parler de **ressources transnationales** dans le contexte de la santé. Être brésilienne aux Etats-Unis dans l'étude d'Hilfingier Messias (2002) signifie non seulement avoir un sentiment d'appartenance à une communauté mais constitue également une ressource de santé en soi. Les brésiliennes ont tendance à continuer d'adopter certaines pratiques de leurs pays d'origine. Mais elles vont également commencer à adopter des pratiques culturelles traditionnelles qu'elles n'utilisaient pas auparavant. Par exemple, elles vont commencer à boire du thé lorsqu'elles sont malades alors qu'avant elles détestaient cela. Selon la perspective transnationale, la migration n'est plus considérée comme une rupture mais au contraire comme une continuité entre deux espaces sociaux. D'après Davies, Basten & Frattini (2006), les migrants se déplacent avec leur culture et leurs normes traditionnelles qui diffèrent parfois de celles de la communauté d'accueil<sup>4</sup>.

Les connaissances sur la santé peuvent aussi constituer une forme de ressource. En français on parle d'une **culture sanitaire** ou d'«health literacy» en anglais. Cette ressource influence considérablement le mode de vie des individus et donc leur état de santé (Stutz-Steiger & Spycher : 2006). La culture sanitaire comprend selon Nutbeam (2000) trois niveaux de compétences : les compétences en lecture et en écriture, les compétences communicationnelles (participer à la vie sociale et recueillir des informations applicables dans d'autres contextes) et des compétences critiques (capacité à analyser de manière critique les informations). Avec l'élargissement des offres de prestations, de traitements et de produits proposés en matière de santé, il devient de plus en plus difficile de se repérer et de choisir ce qui est bon pour notre santé. Assimilée de manière suffisante, cette ressource permet aux individus d'accélérer un rétablissement en cas de maladie et de maintenir leur bien-être psychologique. Ceux qui ont une culture sanitaire lacunaire sont plus souvent souffrants et gèrent moins bien les maladies. De plus, « *les personnes disposant d'une bonne culture sanitaire dépendent davantage pour prévenir les maladies et vivre sainement. Cet investissement est payant car elles sont moins souvent et moins longtemps malades. (...) la culture sanitaire de ces personnes leur permet effectivement de réduire leurs frais de santé* » (Stutz-Steiger & Spycher : 2006). La culture sanitaire deviendrait également une ressource matérielle supplémentaire. D'autre part, il est nécessaire d'avoir des connaissances élargies du système de santé pour pouvoir comprendre et choisir une assurance-maladie adéquate, et faire éventuellement des économies.

---

<sup>4</sup> Le paradigme culturel est controversé et complexe. D'après Chimienti et al. (2001), la notion de "culture" « *en tant qu'entité circonscrite, homogène et relativement stable dans le temps* » (Chimienti et al : 2001, 27) n'est pas acceptable car elle se fonde sur une réalité qui n'existe pas. Par contre, ces chercheurs pensent que le paradigme culturel ne peut pas être entièrement rejeté car lorsque la "culture" est interprétée comme une part constitutive de la personne humaine, elle peut expliquer certaines différences de comportements. Toutefois, il est nécessaire de tenir compte des contextes sociaux des interactions ainsi que du caractère modifiable des comportements dans le temps.

Oris et al. mentionnent non seulement la répartition inégale de toutes ces ressources entre les couches de la population, mais estiment que ce qui est aussi central c'est la capacité que chacun a de les préserver et de les utiliser à bon escient tout au long de la vie. « (...) *L'inégalité se trouvant non seulement dans les ressources dont les individus disposent mais aussi dans leur capacité à les préserver et à les utiliser d'abord pour prévenir les problèmes, puis si nécessaire pour y faire face, pour absorber les chocs, pour se reconstruire une vie.* » (Oris et al. : 2009, XI).

### **2.3.3. LES DETERMINANTS SOCIAUX DE LA SANTE**

Outre les déterminants biologiques, héréditaires et génétiques de la santé, il est aujourd'hui mondialement reconnu que la santé est influencée par les conditions de vie et de travail des individus. Dans le rapport intitulé *Comblar le fossé en une génération. Instaurer l'équité en santé en agissant sur les déterminants sociaux* de la Commission dirigée par Marmot, ce sont les déterminants de la santé qui sont étudiés en vue de réduire les inégalités de santé. La recherche montre aujourd'hui qu'il faut, en dépit d'agir sur les risques de santé, également travailler aux sources des problèmes, donc sur les déterminants causant les disparités. **La position socio-économique** est justement un des piliers des déterminants de la santé. En font aussi partie, l'environnement physique, les services de santé et services sociaux, l'environnement social, les styles de vie, le développement de l'enfant, le genre, la culture et d'autres habitudes individuelles notamment (Meyer : 2009). Ces déterminants sont étroitement liés les uns aux autres et il est donc difficile de les examiner individuellement (Quint-essenz.ch). Cantorregi (2010) a d'ailleurs conclu son étude en estimant que la plupart des déterminants de la santé ne se trouvaient pas dans le domaine sanitaire mais à l'extérieur, et que le statut socio-économique jouerait un rôle prédominant en influençant directement et indirectement la santé. Toutefois, il est encore impossible de pondérer les influences des facteurs séparément.

La position socio-économique d'un individu est habituellement estimée à l'aide de trois indicateurs : la formation, le revenu et l'emploi. La formation est souvent cité comme un des principaux déterminants socio-économiques qui prédit fortement la santé. Ceux qui ont une moins bonne formation scolaire vivent habituellement moins longtemps et s'estiment davantage en mauvaise santé comme vu précédemment. Ils ont généralement de moins bonnes connaissances et compétences en santé. Le revenu, découlant souvent de la formation, a aussi un impact sur l'état de santé des individus. L'emploi, allant avec le revenu, est aussi capital pour la santé. La qualité du poste ainsi que les conditions de travail jouent un grand rôle sur l'état de santé des individus, tout comme lorsque la possibilité de travailler fait défaut.

**L'environnement physique** de l'individu influence également son état de santé. Ce sont d'ailleurs régulièrement les personnes à faible revenu qui vivent les quartiers les plus touchés par la pollution, la circulation routière, l'insalubrité, etc.

Puis, **les services de santé et sociaux** constituent également un des déterminants de la santé. En Suisse, l'accès aux soins médicaux proposés par le système de santé est garanti pour tous dans la Loi fédérale sur l'assurance-maladie (LAMal). Toutefois, tous ceux qui résident en Suisse n'utilisent pas à la même intensité et pour les mêmes raisons le système de santé. Ceux qui vivent notamment éloignés des villes vont nettement moins recourir aux soins ambulatoires et notamment aux soins psychiatriques. Néanmoins, ce déterminant de la santé n'est pas considéré comme étant le plus influant.

## **2.4. D'AUTRES DETERMINANTS DE LA SANTE**

La prise en compte de ces premiers déterminants ne suffit pas pour expliquer les inégalités sociales de santé (Parizot et al.: 2003). Marmot (2006) a mentionné d'autres déterminants jouant un rôle sur l'état de santé des individus. Ces autres déterminants sont en partie influencés par le statut socio-économique mais aussi et surtout par des caractéristiques individuelles. Quelque soit notre **sexe** et notre **culture d'appartenance**<sup>5</sup>, certaines aptitudes personnelles se forment **dès la petite enfance** et tout au long de la vie (Meyer : 2009). Font partie des **ressources individuelles** des qualités comme l'autonomie, l'estime de soi, les connaissances et l'engagement social notamment. Selon Parizot et al. (2003), spécialistes des inégalités et de la précarité en France, il faut poser l'hypothèse que ces dimensions individuelles et contextuelles entrent en jeu dans l'explication des inégalités sociales de santé. En dépit des déterminants qui rendent malade, il faut s'efforcer tout autant à comprendre les déterminants qui aident les individus à se maintenir en bonne santé.

### **2.4.1. CONCEPTIONS ET IMPORTANCE DE LA SANTE**

Ces chercheurs pensent notamment aux différentes représentations de la santé qu'ont développés les individus qui se trouvent dans des situations de précarité au fil de leur expérience de vie. La santé n'apparaîtrait pas « *comme une valeur et un souci de façon aussi largement partagée qu'on pourrait s'y attendre à priori* » (Parizot et al. : 2003, 30). Levy (2002) va dans le même sens en nuancant l'idée des « biens sociaux importants » en insistant que ceux-ci ne sont pas universels et qu'ils peuvent varier entre sociétés, ainsi qu'au sein d'un sous-ensemble d'une même société.

---

<sup>5</sup> A entendre dans le sens de la remarque sur le paradigme culturel en page 11

La santé est définie depuis 1946 par l'OMS comme « *un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité* »<sup>6</sup>. Cette définition reste inchangée depuis cette date. La santé serait donc selon cette définition un état qui serait atteint seulement une fois que tous les besoins fondamentaux sont satisfaits. Pourtant, lorsque par exemple Obrist & Büchi (2006) demandent à des immigrés africains de définir leur conception de la santé, ce sont des discours variés qui ressortent. La santé serait vue comme une richesse pour certains, comme une condition d'entrée dans un pays occidental pour d'autres, ou encore aurait acquis de nouvelles significations après la migration (crainte de tomber malade car cela coûte cher et signifie un manque à gagner, crainte de tomber malade car l'entourage n'est pas là pour rendre visite, etc.). Les conceptions de la santé semblent donc prendre des significations différentes aux différents tournants des parcours de vie des individus, après des événements critiques ou des ruptures, et ce pour les immigrés comme pour les autochtones.

Parizot et al. (2003) insistent sur l'idée que suivant nos expériences de vie et de la maladie, nos conceptions de la santé peuvent être différentes ou se modifier. Aïach (2010) pense également qu'il existe différentes représentations de la santé. D'après lui, en fonction de leurs différentes appartenances sociales (niveau socio-économique, genre, origine ethnique, etc.), les individus définiraient le sens qu'ils donnent à la maladie et à la santé. Les codes sociaux avec lesquels les individus interprètent les questions de santé divergent et ont des conséquences sur leurs logiques d'action. Aïach (2010) affirme que pour les plus démunis, la santé n'est pas anticipée car elle est définie comme l'absence de maladie ou de façon utilitaire comme le moyen de bien fonctionner et d'avoir un travail. Au contraire, chez les personnes plus favorisées, la santé est l'objet d'une quête constante car elle mène à l'idée du bien-être et d'un épanouissement très valorisé. Il est donc possible que la santé ne soit pas anticipée et soit reléguée à la fin de la liste des priorités pour ceux qui se trouvent dans des situations de précarité. D'autres besoins considérés comme encore plus fondamentaux peuvent passer en priorité tels que se nourrir, boire, avoir un logement, avoir un environnement décent, avoir un travail et un revenu, se sentir en sécurité, se savoir reconnu et considéré par autrui, et avoir l'impression que ses droits sont respectés. L'importance accordée à la santé au quotidien pourrait donc varier en fonction de notre histoire et de nos conditions de vie.

*« Les groupes, en fonction de leurs milieux sociaux, définissent le sens qu'ils donnent à leur maladie, aux recours aux soins qu'ils vont ou non privilégier, et en amont aux*

---

<sup>6</sup> Préambule adopté par la Conférence internationale sur la Santé, New York, 19-22 juin 1946 ; signé le 22 juillet 1946 par les représentants de 61 États ; et entré en vigueur le 7 avril 1948. à la Constitution de l'Organisation mondiale de la Santé

*comportements de prévention qu'ils vont ou non accepter, puis peut-être finalement adopter.* » (Aïach : 2010, 254)

Dans son étude s'intéressant aux différences de genre, Saltonstall (1993) s'est entretenu avec des adultes de la classe moyenne ayant la peau blanche. Il a constaté que les représentations de la santé étaient proches de celle de l'OMS : un bien-être global aux multiples dimensions. Pourtant, des différences entre hommes et femmes en ce qui concerne la relation que l'individu entretient avec son corps ont été décelées. Les hommes verraient davantage leur corps comme un objet qu'ils se disent capables de contrôler pour se maintenir en bonne santé. Au contraire, le corps que les femmes se représentent ressemble davantage à quelque chose de subjectif et pas vraiment maîtrisable en vue de se maintenir en bonne santé. On retrouve ici l'idée de la théorie du « locus of control » présentée au-dessus. Les femmes, pensant qu'elles n'ont pas le pouvoir d'agir sur leur état de santé, emprunteraient donc des stratégies différentes de prévention et de réaction lorsqu'il y a un problème de santé que celles des hommes se pensant capables d'agir sur leurs devenir.

Comme beaucoup d'études sur le sujet, la recherche menée par Lê et Lê (2005) sur les immigrants vietnamiens en Australie est fondamentalement culturaliste. Elle atteste que les migrants n'ont pas tendance à laisser tomber leurs propres concepts et attitudes envers la santé après le parcours migratoire ; la santé et la maladie continueraient d'être interprétées avec leurs systèmes de normes et de valeurs. « *Health issues are so strongly imbedded in a culture that when people migrate from their own cultural environment to a new one, they tend to perceive and interpret health issues in light of their original cultural values and norms* » (Lê & Lê : 2005, Abstracts). Les migrants, en plus de se situer fréquemment dans la couche socio-économique basse, sont souvent affectés par des conditions de vie difficiles, des emplois à risque, et peuvent être discriminés. Ces différents éléments peuvent créer des maladies mentales qui ne sont pas prises en charge car les immigrants ne voient pas le besoin d'une assistance psychologique. En effet, « *the perception and understanding of mental health was altogether very different from the Western understanding of the concept* » (Davies, Basten & Frattini: 2006, 10).

#### **2.4.2. STRATEGIES EN SANTE**

Le concept de santé peut donc varier suivant nos expériences antérieures de la maladie et suivant les épreuves de vie que l'on a dû affronter. Ces différentes conceptions de la santé, que l'on soit une femme, un homme, un migrant, un Suisse, un pauvre, un riche, vont avoir des impacts sur l'attention que l'on porte à notre santé, sur nos comportements, ainsi que sur nos réactions en cas de problèmes physiques ou psychiques.

Comme dit précédemment, Aïach (2010) pense que la santé serait moins anticipée par les individus qui sont dans des situations de précarité ou de pauvreté, car la santé signifie pour eux une absence de symptômes de maladies. Ceux qui se trouvent en bas de la hiérarchie sociale adopteraient donc moins de **comportements de prévention**. Villiger et Knöpfel (2009) attestent d'ailleurs que ces personnes « *se plient moins souvent que les personnes de couches sociales plus élevées à des investigations préventives ou de dépistage.* » (Villiger et Knöpfel : 2009, 52). La théorie du « locus of control » expliquerait aussi pourquoi certains n'agissent pas en amont des problèmes de santé pour les prévenir, car en considérant que la maîtrise de leur vie ne leur appartient pas, des comportements préventifs n'ont pas de sens. Si l'on suit Saltonstall (1993), les hommes devraient davantage agir de manière préventive que les femmes, car ils se considèrent capables de maîtriser le corps qui est perçu comme un objet. Suivant les explications de Mackenbach (2006), les individus qui ont un statut socio-économique bas devraient plutôt adopter des comportements à risque soit en réponse aux difficultés qu'ils rencontrent, soit en rapport avec leurs conditions de vie.

Après les comportements de prévention, l'important est également de comprendre les attitudes lorsqu'il y a un problème de santé. En effet, **les logiques de recours aux soins** semblent varier suivant la position sociale occupée. Collet (2001) mentionne notamment les retards et renoncements de recours aux soins chez les personnes vivant la précarité, les comportements d'auto-soins, et la mauvaise observance des prescriptions. Dans son étude sur les dynamiques de précarisation et les logiques de santé, Collet (2001) constate que suivant les douleurs, les réactions des individus dans des situations de précarité sont différentes. Des douleurs au thorax ou à la poitrine inciteront moins ces individus à consulter que des douleurs aux membres supérieurs et inférieurs, tout comme les douleurs morales vis-à-vis des douleurs dorsales ou lombaires. Collet constate que la peur du handicap influence les actions : « *l'individu en situation de précarité recourt rapidement aux structures médicales dès lors que sa douleur se révèle invalidante pour son autonomie des mouvements* » (Collet : 2001, 188). L'individu en situation précaire se mobiliserait donc plus pour des douleurs susceptibles d'affecter sa mobilité que par l'intensité ou la durée des douleurs. Toutefois, quand ils se décident à consulter, les individus vivant la précarité respectent moins souvent les prescriptions médicales (médicaments, comportements, rendez-vous de contrôle, etc.) (Villiger et Knöpfel : 2009). Certains décident par exemple de ne pas suivre un traitement pour des raisons financières, ou alors choisissent de prendre en considération que partiellement les traitements prescrits. Collet (2001) a observé que souvent, les individus en situation de précarité privilégieraient les médicaments qui vont atténuer les douleurs rapidement aux médicaments qui vont traiter les douleurs en fonction de leurs causes réelles. En ayant consulté un médecin ou sans avoir consulté, les individus

en situation de précarité croient en l'efficacité des « recettes de grands-mères » pour soigner leurs petits maux. Collet constate trois principales logiques d'action en réponse à des troubles jugés plus ou moins sévères : ceux qui adhèrent au recours aux soins, ceux qui y résistent, et ceux qui le refusent. Villiger et Knöpfel (2009) estiment que les différences dans le domaine des soins de santé sont de plus en plus mises en avant comme étant un facteur qui peut expliquer les inégalités en matière de santé. Les stratégies des individus aux statuts socio-économiques inférieurs sont différentes : ils ne vont pas forcément recourir aux soins ou surtout ils risquent d'attendre de ressentir de très fortes douleurs avant d'aller consulter. Leurs problèmes de santé risquent donc de s'aggraver. Villiger et Knöpfel parlent d'une double pénalisation : d'une part ces individus seraient plus souvent malades, et de l'autre ils seraient également désavantagés sur l'entretien de leur santé.

Le manque de ressources matérielles ne semble donc pas être la raison première d'une plus faible tendance à consulter. Par contre, les conceptions de la santé semblent avoir un lien avec les stratégies choisies en cas de problème de santé. Les stratégies individuelles de prévention et de recours aux soins semblent être fortement influencées par les parcours de vie et ses différents tournants<sup>7</sup>. Aux différentes étapes de la vie, chacun a fait des expériences de la maladie et a accumulé des connaissances et des ressources, tout comme des risques et des handicaps, qu'il peut mobiliser en cas de problèmes.

D'autres facteurs peuvent jouer le rôle de barrière au recours aux soins pour les migrants notamment « *language, cultural differences in concepts of health and disease<sup>8</sup>, correct description of symptoms, recognition of the need to seek treatment, and racism experienced when treatment is sought* » (Ioannidi-Kapolou : 2007; 45). Selon Davies, Basten & Frattini (2010), les différentes croyances et les connaissances qu'on a sur la santé et la maladie peuvent dissuader les individus à utiliser les services de santé.

---

<sup>7</sup> La notion de « tournant » vient du terme anglophone « turning point » qui est associé à l'idée de transition d'une étape à l'autre du parcours de vie. Les événements ou circonstances créant ce changement durable peuvent être de différents ordres (familial, affectif, éducationnel, professionnel, mobilité, ...). Par exemple, la perte d'un parent, le veuvage précoce, un accident, une crise économique, une dictature, une guerre, et bien d'autres événements peuvent provoquer une bifurcation des trajectoires de vie. (Oris et al. : 2009)

<sup>8</sup> Ces propos peuvent être culturalistes et essentialistes, il faut les entendre dans le sens de la remarque sur le paradigme culturel en page 11.

### **3. METHODOLOGIE**

Dans un premier temps, c'est dans une optique de découverte que je me suis lancée dans ce travail sur la santé, étant donné que ce thème m'était assez méconnu. La première étape de cette recherche fût donc de me créer une problématique en lien avec le thème très général des inégalités de santé en Suisse. Après une première recherche de littérature, je suis parvenue à formuler une problématique ainsi qu'une question de départ. L'objectif étant d'entrer plus en profondeur dans les regards – et donc les discours – des individus vivant une situation de précarité pour mieux comprendre leurs perspectives. De ce fait, une méthodologie qualitative a été privilégiée.

En m'intéressant au lien entre les expériences de vie de personnes qui vivent des situations de précarité et leurs regards sur ce qu'est la santé, il a tout de suite été assez clair pour moi que cette thématique était encore peu étudiée. Plusieurs chercheurs sont d'ailleurs arrivés à la conclusion que des recherches supplémentaires sur la vie des personnes défavorisées étaient nécessaires pour mieux comprendre leurs discours ainsi que leurs actes en lien avec la santé (Parizot, Chauvin, Firdion & Paugam : 2003). Ceci donne une certaine pertinence à mon travail de Master. Ces premières raisons expliquent pourquoi un état des lieux de la littérature s'est imposé avant de procéder à des observations sur le terrain.

Dans un deuxième temps, il a alors été possible de me rendre sur le terrain. En ce qui concerne ma recherche, il s'agissait de tenter d'approcher les acteurs concernés par ma problématique, à savoir des individus vivant diverses situations de précarité en Suisse. Pour ce faire, il a d'abord été nécessaire de définir un cadre opératoire, autrement dit de délimiter mon champ d'étude et de décider d'une méthode de récolte des données, pour pouvoir ensuite me diriger vers le terrain. Ces étapes cruciales des recherches qualitatives en sciences humaines et sociales sont décrites ci-dessous.

La troisième et dernière étape méthodologique de cette recherche qualitative consiste en l'analyse des données récoltées ainsi que la transmission des différents résultats sous la forme d'une recherche scientifique. Les méthodes retenues seront exposées plus bas.

#### **3.1. ÉCHANTILLONNAGE**

Cette recherche avait pour but d'approfondir les perspectives d'un type d'acteurs au travers d'études de cas, il m'a donc fallu délimiter clairement la population à étudier. L'idée générale était de rencontrer des personnes se trouvant dans des positions socio-économiques inférieures et vivant des situations de précarité.

Premièrement, il a fallu définir ce que j'entendais plus précisément par « précarité » pour pouvoir constituer un échantillon. Je me suis basée sur la définition de Wresinski (1987) pour définir les personnes que je considérais comme vivant des situations de précarité (voir définition complète en page 5). Ne pas posséder les moyens financiers pour vivre de façon autonome, et donc être dépendant d'une aide financière, est l'indicateur « objectif » de la précarité que j'ai privilégié pour créer mon panel d'individus.

Deuxièmement, je souhaitais rencontrer des individus aux profils socio-démographiques différents afin d'obtenir une certaine diversité dans un groupe au statut socio-économique semblable. C'est pourquoi j'ai cherché dans l'idéal à rencontrer des hommes et des femmes, des jeunes et des âgés, des immigrés et des Suisses, et parmi les immigrés des personnes récemment arrivées en Suisse et d'autres ici depuis un certain temps. Ceci dans le but de parvenir à un échantillon homogène du point de vue du recours à une aide financière mais hétérogène du point de vue des caractéristiques individuelles. La raison principale de ces choix était d'arriver à une palette de regards variée sur les questions de santé, notamment à une diversité maximale de stratégies et de conceptions de la santé. En effet, je souhaitais rencontrer et comprendre les perspectives d'acteurs aux profils les plus diversifiés possibles en regard du problème étudié.

Les différentes formes d'aides financières ont donc été mes portes d'entrées. Dans un premier temps, je me suis dirigée vers les services sociaux de deux villes romandes. Ces deux localités ont été choisies en raison du fait qu'elles ne font pas partie des plus grandes villes suisses<sup>9</sup> et que plus de 30% d'étrangers y vivent. Après un contact avec les directeurs des offices régionaux d'aide sociale, j'ai obtenu les noms et adresses de bénéficiaires de l'aide sociale qui se sont dit intéressés de participer à ma recherche après avoir été informés de la thématique. D'après ces renseignements, j'ai contacté ces personnes en leur présentant plus précisément ma démarche. Certains ont accepté, d'autres ont refusé. Par la suite, vu que mon échantillon n'était pas assez diversifié et que les services sociaux étaient quelque peu surchargés, je me suis adressée, dans un second temps, à une œuvre caritative soulageant aussi financièrement et administrativement des personnes qui se retrouvent dans des situations précaires mais dont les revenus sont souvent juste trop élevés pour percevoir une aide sociale. Dans un canton romand, cette organisation a également reçu un mandat pour accompagner les réfugiés dans leurs processus d'intégration et d'autonomie. De la même manière, j'ai reçu une liste d'individus qui avaient été préalablement informés de ma recherche et que j'ai par la suite contactés.

---

<sup>9</sup> Entre 20'000 et 35'000 habitants

Les premiers contacts que j'ai eus avec ces individus volontaires, que je nommerai par la suite les « participants », ont été essentiellement téléphoniques. En effet, j'ai souvent obtenu soit des numéros de téléphone portable, soit des numéros fixes. Par téléphone, je leur ai présenté l'objectif de ma recherche ainsi que la façon dont je voyais nos rencontres en précisant qu'ils avaient à tout moment le droit de renoncer à participer ou d'interrompre notre collaboration.

Lorsque l'on se lance dans une recherche qualitative, il ne faut pas oublier que la marge de manœuvre dont dispose un chercheur est souvent caractérisée par « (...) *les délais et les ressources dont il [le chercheur] dispose, les contacts et les informations sur lesquels il peut raisonnablement compter, ses propres aptitudes notamment dans les langues étrangères, etc.* » (Quivy & Van Campenhoudt : 2006, 147). Ces chercheurs démontrent que le terrain se situe souvent dans la société où le chercheur évolue. Ce fût le cas dans ma quête de participants et participantes ; en effet vu mes connaissances linguistiques et institutionnelles, mes contacts se sont fait en Suisse Romande.

Ainsi, voici les profils généraux de mes participants. Evidemment, une meilleure description de leurs caractéristiques personnelles ainsi que de leurs parcours est disponible plus loin dans ce travail (voir quatrième chapitre). Cet échantillon de neuf participants n'est évidemment pas représentatif de la population dite en situation de précarité, mais, au contraire, tente d'approfondir les processus en lien avec la santé lorsque l'on est face à la précarisation de sa vie. Cette recherche d'ordre qualitative ne peut donc pas prétendre avoir l'ensemble des perspectives des personnes se trouvant dans des situations de précarité, mais offre un aperçu des regards et réactions face à la santé lorsque l'on vit ces situations.

**Figure 1 : Profils socio-démographiques des participants**

PROFILS	Genre		Age			Etat civil			Enfants		Durée résidence			Durée d'assistance		
	♀	♂	30 & -	31-55	56 & +	célib	marié	divorcé	oui	non	<10 ans	>10 ans	toujours	<1 an	1-3 ans	>3 ans
Suisses	1	3	1	3	0	1	1	2	2	2	0	0	4	1	1	2
Migrants	1	4	3	1	1	2	2	1	2	3	2	2	1	2	2	1
Total	2	7	4	4	1	3	3	3	4	5	2	2	5	3	3	3

### 3.2. ENTRETIENS

Une combinaison de différentes méthodes qualitatives de récoltes des données a été choisie afin de comprendre au mieux les regards sur la santé que portent les individus vivant des situations de précarité. Denzin (1970) encourage les chercheurs à trianguler leurs méthodes de récoltes des données pour pouvoir obtenir des informations par différents biais. En l'occurrence, ma récolte des données s'est déroulée en deux étapes. Dans un premier temps, j'ai rencontré les participants dans le but qu'ils m'expliquent leur parcours de vie individuel,

puis, dans un second temps, je les ai rencontrés pour discuter plus spécifiquement de leurs conditions de vie actuelles et des questions de santé. Les entretiens se sont déroulés entre les mois de janvier et mai 2011.

### **3.2.1. ENTRETIENS BIOGRAPHIQUES**

La méthode du récit de vie s'est avérée une bonne manière de se faire une idée du parcours des participants vers une situation de précarité. Les entretiens biographiques permettent aux interlocuteurs d'entrer dans une narration libre de leur vie respective. C'est en construisant leur récit que ceux-ci donnent un sens à leur parcours et leur propre existence. Selon Rosenthal (2004), lorsque le chercheur invite le participant à entrer dans son histoire de vie, il se transforme par la suite en écouteur attentif. Le chercheur n'intervient que lorsqu'il y a des incompréhensions ou pour encourager l'interlocuteur à poursuivre son récit de vie. A la fin, le chercheur peut s'adresser à son interlocuteur pour lui poser des questions plus spécifiques en lien avec la thématique qui l'intéresse.

Cette méthode m'intéressait particulièrement car la manière dont un individu donne sens à sa situation de vie actuelle en expliquant son parcours me permettrait de mieux comprendre son point de vue. Le narrateur sélectionne les différentes expériences de vie et événements positifs ou négatifs traversés qu'il juge importants pour rendre compte de sa trajectoire de vie. D'autre part, les récits de vie racontés m'ont permis de comprendre l'ancrage des questions de santé au sein des histoires de vie. En effet, comme l'ont notamment mentionné Parizot, Chauvin, Firdion & Paugam (2003), la construction de notre conception de la santé et nos stratégies actuelles en santé peuvent être partiellement expliquées par nos expériences antérieures de la maladie et par l'intériorisation de pratiques à adopter au quotidien pour se maintenir en bonne santé.

Concrètement, les entretiens biographiques ont duré entre une heure et deux heures suivant les participants. Le déroulement plus précis ainsi que la question d'ouverture de l'entretien sont disponible en annexe (voir Annexe 9.1, page 115). Après avoir invité mes interlocuteurs à me raconter leur parcours de vie depuis leur naissance jusqu'au jour d'aujourd'hui, je les ai laissés s'exprimer et organiser leur narration de la manière dont ils le souhaitaient. Beaucoup ont exprimé des craintes de ne pas avoir une mémoire assez bonne pour pouvoir raconter leur histoire mais tous y sont parvenus. J'avais prévu des mots-clés de relance au cas où mes interlocuteurs se retrouvaient perdus dans leur histoire de vie mais je n'ai pas du beaucoup y recourir. Ces mots-clés concernaient principalement les étapes de vie telles que l'enfance, l'adolescence, la formation, le début de la vie d'adulte, la création d'une famille, le travail, le parcours migratoire pour les migrants, les ruptures, et le début de l'assistance

financière. Lorsque les participants estimaient avoir terminé de raconter leur parcours, je me suis autorisée à demander des clarifications sur certains passages, ce qui a souvent entraîné les interlocuteurs à de nouvelles narrations de bouts de leur vie omis auparavant. A la fin, nous nous sommes arrêtés un moment sur l'ancrage de la santé dans leur parcours de vie en fonction de ce qu'ils m'avaient raconté précédemment.

### **3.2.2. ENTRETIENS SEMI-DIRECTIFS**

A la fin des entretiens biographiques, j'ai planifié directement un rendez-vous avec mes interlocuteurs pour un second entretien deux à quatre semaines plus tard. Pendant ce laps de temps, j'ai transcrit et relu les trajectoires biographiques de mes interlocuteurs et j'ai établi des notes méthodologiques concernant des points intéressants en lien avec la santé sur lesquels je pensais qu'il était important de revenir lors des entretiens semi-directifs.

La méthode des entretiens semi-directifs est différente. En effet, durant ces entretiens c'est le chercheur qui mène la discussion en ayant une liste de questions plus ou moins ouvertes qu'il souhaite aborder. Ces entretiens semi-directifs sont un véritable échange au cours duquel l'interlocuteur exprime ses perceptions de sa situation, ses interprétations et ses expériences (Quivy & Van Campenhoudt : 2006). Mais lorsque l'interlocuteur s'éloigne trop de la thématique de recherche, le chercheur agit pour garder un certain contrôle de l'entretien. Quivy et Van Campenhoudt (2006) ont insisté sur le fait que la méthode des entretiens semi-directifs reste assez souple car le chercheur est en mesure d'inverser l'ordre de ses questions à tout moment en fonction de l'échange qui est en cours.

Le guide de mes entretiens semi-directif est disponible en annexe (voir Annexe 9.2, pages 116-118). Les entretiens en question ont duré entre une heure et deux heures de temps. Dans la première partie je revenais, si nécessaire, sur des points de compréhension soulevés lors de notre première rencontre. Seul un entretien biographique s'est avéré peu clair et a demandé à être précisé lors de cette partie. Dans le cas où les parcours de vie étaient complets, je suis directement passée à la deuxième partie basée sur les conditions de vie et de travail (s'ils travaillaient) des participants. En leur demandant de me raconter une de leurs journées types, j'insistais sur différentes dimensions de leur quotidien qui m'intéressait (rythme, conditions de travail, logement, alimentation, mobilité, relations sociales, loisirs). Pour conclure cette deuxième partie, je leur demandais de m'expliquer le regard porté sur leur situation de vie. Ensuite, la troisième partie concernait directement le thème de cette recherche : la santé. A cette étape de l'entretien semi-directif, ce qui m'intéressait était de comprendre notamment leurs idées sur ce qu'est la santé, les connaissances qu'ils ont sur ce thème, leur état de santé personnel et les stratégies qu'ils

adoptent au quotidien pour se maintenir en bonne santé et en cas de maladie pour se guérir. L'idée derrière la quatrième partie était de faire une brève saisie des réseaux sociaux qu'ils mobilisent pour partager leurs préoccupations en lien avec la santé. La dernière partie de ces deuxièmes rencontres concernait leurs perspectives d'avenir. Tout à la fin, je leur demandais de me préciser quelques caractéristiques personnelles au cas où celles-ci n'étaient pas apparues lors des deux premières rencontres.

### **3.2.3. JOURNAUX DE BORD**

Entre nos deux rencontres, j'ai demandé à mes interlocuteurs de compléter un journal de bord lorsqu'ils en avaient envie ou lorsqu'ils sentaient des changements dans leur état de santé physique ou psychique. La tenue de ces journaux de bord avait pour but d'encourager les participants à réfléchir sur leurs sensations de bien-être ou de mal-être au quotidien. Le but principal était de collecter des informations sur les décisions et les actions quotidiennes liées à la santé. En effet, Whittaker (1996) dit qu'il est difficile d'obtenir ces détails lors d'entretiens semi-directifs car les interlocuteurs estiment souvent que ces informations sont trop normales, banales ou ennuyantes pour être racontées.

Trois types d'informations étaient requis lorsque les participants remplissaient les journaux de bord (voir Annexe 9.3, page 119). Chaque jour où ils se décidaient à écrire, ils devaient premièrement entourer leur sentiment général de la journée (entre ☺, ☹, et ☹), puis insérer les changements au fil de la journée (matin, midi, soir) de leurs sensations de bien-être ou de mal-être, et enfin détailler ces changements d'état de santé physique et/ou psychique dans un espace vide réservé. J'avais préalablement autorisé les participants à écrire dans leurs langues maternelles s'ils le désiraient.

Le succès de cette tâche supplémentaire à faire entre les deux rencontres fût limité. En effet, j'ai reçu cinq journaux en retour sur neuf, dont fait sur un téléphone portable plutôt que sur le document proposé. Ceux qui n'ont pas rempli ces journaux de bord ont dit qu'ils n'avaient soit pas trouvé le temps, soit qu'ils n'avaient pas constaté de changements dans leur état de santé ce qui expliquait qu'ils n'aient rien écrit. De plus, les journaux de bord n'ont pas forcément été très détaillés.

### **3.3. CONTEXTE DES ENTRETIENS**

Les participants pouvaient déterminer le lieu de nos rencontres. Je leur ai proposé de venir à domicile pour ceux qui le désiraient ou alors, pour ceux qui n'avaient pas envie que les échanges prennent place chez eux, j'ai organisé les entretiens dans différents endroits en fonction de leur lieu de résidence. Quatre ont préféré me recevoir à leur domicile et cinq ont

choisi de se rendre dans un endroit neutre. Pour ces derniers, les entretiens se sont déroulés à divers endroits : un home, un local où ont lieu des cours de français pour les immigrés et une petite salle d'une université.

A chaque entretien, j'ai amené des boissons, de quoi grignoter (flûtes et mandarines) et un petit présent. Après avoir réfléchi, j'ai décidé d'offrir une boîte de chocolats à chaque entretien pour remercier les participants du temps accordé. Au début, je souhaitais leur offrir un bon pour faire des commissions dans un supermarché mais j'y ai renoncé par crainte que cela soit mal interprété. De plus, j'ai décidé de créer une liste de lieux-clés utiles où l'on peut se rendre pour les questions de santé, pour les questions de précarité et pour les questions d'immigration. J'ai personnalisé ces listes en fonction du lieu de résidence des participants et du passé ou non migratoire de ceux-ci. D'ailleurs, en leur offrant ces listes, j'ai regardé avec eux les différentes adresses retenues pour voir s'ils connaissaient ou non certains des lieux mentionnés. En outre, j'ai commandé neuf exemplaires des *Guides de santé pour la Suisse* réalisés par la Croix-Rouge, Caritas et l'OFSP. Ces guides ont à la base été conçus pour les migrants mais conviennent également pour tout un chacun. Ils expliquent des généralités sur la santé ainsi que le fonctionnement du système de santé suisse.

En ce qui concerne les aspects techniques, tous les entretiens ont été enregistrés à l'aide d'un dictaphone et se sont déroulés en français. Par contre, les journaux de bord pouvaient être tenus dans les langues maternelles. Ce fût le cas uniquement pour une participante qui a écrit en albanais ; ses écrits ont été traduits par quelqu'un du milieu universitaire parlant la même langue. Avant et après chaque entretien, j'ai écrit quelques notes méthodologiques afin de ne pas oublier l'état d'esprit dans lequel j'étais et les idées que j'ai développées au cours de l'entretien. Celles-ci m'ont servi de soutien pour l'analyse des données.

Les participants à ma recherche ont premièrement été sollicités par leurs assistants sociaux ou conseillers, ce qui a pu influencer leurs motivations. Evidemment, j'ai précisé à ces personnes intermédiaires qu'il ne fallait en aucun cas forcer quelqu'un à participer. Je leur ai d'ailleurs encore laissé le choix d'y participer lors de la prise de contact et à tout moment ils étaient libres de dire qu'ils n'étaient plus motivés et qu'ils renonçaient à poursuivre.

Le rôle du chercheur prend toujours un enjeu important dans le déroulement des entretiens. J'ai essayé de me rendre à ces entretiens en m'habillant de façon assez neutre, sans essayer de parler trop de moi-même mise à part en mentionnant les études que je suis en train de faire ainsi que le stage poursuivi à l'OFSP à Berne. Mes *a priori* sur le sujet de cette recherche étaient peu nombreux étant donné que la santé n'a jamais été au centre de mes

préoccupations universitaires auparavant. Toutefois, il faut garder en tête l'ancrage de tout chercheur dans un système de normes et de valeurs lorsque l'on débute une recherche.

### 3.4. ANALYSE DES DONNEES

Denzin (1970) encourage les chercheurs à trianguler leurs méthodes de récolte des données, leurs techniques d'analyse, ainsi que leurs perspectives. Dans ce travail de Master, j'ai essayé de suivre ce principe qui est aujourd'hui à la base des recherches qualitatives en commençant par utiliser plusieurs méthodes de récoltes des données (entretiens biographiques, entretiens semi-directifs, journaux de bord). Puis, le but était d'analyser ces données de nature variée en s'inspirant de différentes méthodes développées par des chercheurs expérimentés. Denzin insiste également sur la triangulation des perspectives lorsque l'on mène une recherche qualitative. Ayant la chance de mener ce travail de recherche tout en travaillant à l'OFSP au sein d'un groupe d'experts s'intéressant aux inégalités de santé, j'ai pu tout au long de cette recherche partager mes impressions avec la responsable de mon stage et lors d'une réunion avec des experts sur les inégalités de santé.

Toute analyse de données commence par la description et la préparation des données. Autrement dit, j'ai commencé par transcrire, anonymiser (des prénoms d'emprunt ont été attribués) et classer toutes les données récoltées. Ce travail a pris beaucoup de temps : ce sont quelques 17 entretiens (une participante a préféré qu'on se rencontre une seule fois mais plus longtemps), soit un total de 22 heures et demie d'enregistrement, et 5 journaux de bords qui ont été préparés.

La deuxième étape est l'analyse des données en elle-même. J'ai développé un modèle d'analyse (voir schéma ci-dessous) afin d'être assez claire sur la façon dont j'allais m'y prendre pour analyser la grande quantité de données que j'avais obtenue. Je me suis inspirée de Flick qui développe des catégories analytiques intéressantes « *from the material* » (Flick :2006; 312), car elle permet de conduire des comparaisons sur une problématique spécifique en « *elaborating correspondence and differences between groups defined in advance* » (Flick :2006; 312). Voici mon modèle d'analyse :

➤ Ce qui m'intéressait c'était dans un premier temps de lire toutes les transcriptions d'une traite pour me faire une vue d'ensemble du matériel à disposition. D'après Flick (2006), **une analyse globale** en amont d'une analyse plus précise est importante car elle permet de se faire une idée des concepts émergents et des mots-clés centraux.

➤ Puis, l'idée était d'analyser chaque pièce du **matériel au cas par cas**. Pour analyser les entretiens biographiques, je me suis basée sur des principes élaborés par Rosenthal (2004) en reconstruisant les histoires de vie de chacun et chacune de façon chronologique, anonyme et objective. Evidemment, ces parcours de vies sont les constructions des participants car ils ont choisi de me raconter certains événements qu'ils jugeaient importants tout en laissant de côté d'autres éléments. Ces portraits sont disponibles au quatrième chapitre de ce travail, ils donnent une idée de leurs parcours ainsi que de leur contexte de vie personnel. Ensuite, j'ai également repéré les thématiques importantes pour les participants ainsi que l'ancrage des questions de santé dans leur parcours de vie. Pour analyser les entretiens semi-directifs, je me suis laissée guidée par la méthode d'analyse thématique introduite par Flick (2006). En effet, j'ai tenté de donner un titre à chaque individu (« motto of the case ») ainsi que de repérer les codes thématiques principaux dans chaque entretien. J'ai également décrit chaque individu en fonction des différentes questions de recherche (conception de la santé, importance, stratégies, et ressources). En ce qui concerne les journaux de bord, je les ai également analysés de manière thématique en les ajoutant aux données semi-directives qui concernaient la vie quotidienne et les stratégies des participants.

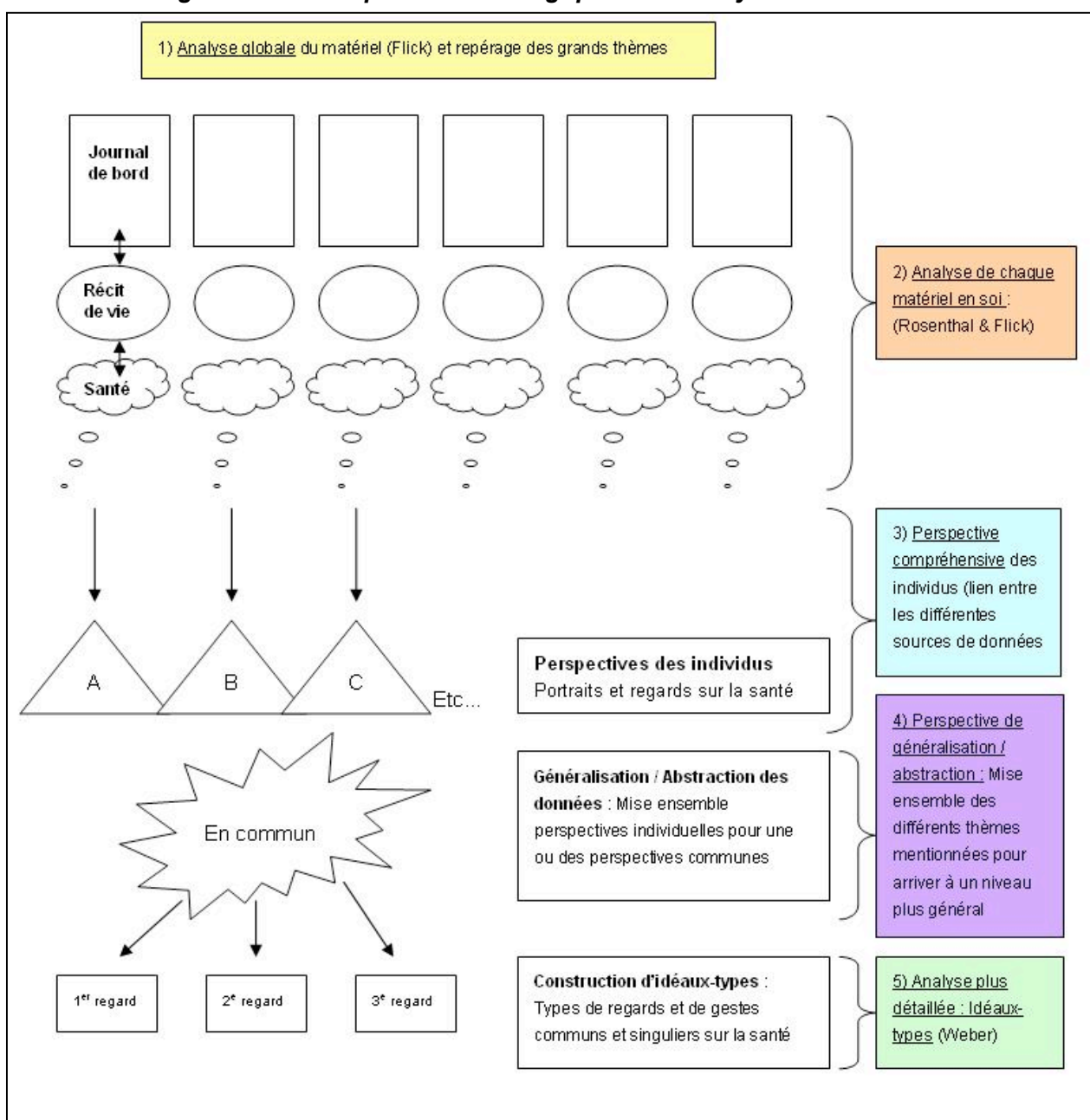
➤ Une fois toutes les données analysées de manière séparée, j'ai essayé de réfléchir à **la perspective de chaque individu** en mettant ensemble les données récoltées par les entretiens biographiques, les entretiens semi-directifs et les journaux de bords (pour ceux qui me les ont rendus). L'idée principale était ici de réunir les différentes sources de données que j'avais sur chaque individu pour parvenir à une meilleure compréhension de sa perspective individuelle. Pour ce faire, j'ai suivi à nouveau la méthodologie de Flick. La partie « Portraits et Regards individuels » (voir quatrième chapitre) réunit les différentes données que j'ai pu obtenir sur chaque participant.

➤ Finalement, le but était de parvenir à des perspectives moins particulières mais plus générales. Une fois les différents thèmes mentionnés par chacun regroupés, il a alors été possible d'entrer dans un **niveau plus abstrait** et d'analyser les données avec une perspective commune en essayant de comprendre les différents enjeux présents ainsi que les variations de points de vue (par rapport au genre, à la migration, à l'âge, à l'individu, etc.). Ce sont mes questions de recherche et de nouvelles dimensions auxquelles je n'avais pas songé qui guident cette dernière partie de l'analyse.

➤ Afin de ne pas perdre la richesse des données de chaque individu en essayant d'y trouver des regards ou pratiques communes, les données ont finalement été analysées en construisant **des idéaux-types**. Ceux-ci doivent être compris dans le sens où Max Weber,

sociologue allemand, les a développés, c'est-à-dire un moyen de saisir un phénomène social dans ses singularités (Weber : 1992). L'idéal-type est un modèle de nature abstraite servant à construire une théorie. Dans un premier temps, le but était d'identifier, à partir des résultats obtenus, des groupes spécifiques d'individus qui montraient des attitudes différentes face à leur situation de vie (précarisation et santé). Puis, dans un second temps, l'idée était de croiser ces groupes d'individus aux comportements similaires, avec les ressources qu'ils mobilisent, dont notamment leurs ressources psychologiques et sociales. De cette manière trois idéaux-types ont été créés en regard des différentes réponses établies face à la précarité et à la santé.

**Figure 2 : Les étapes méthodologiques de l'analyse des données**



### 3.5. CONSIDERATIONS ETHIQUES

Une telle étude qualitative implique un contact étroit entre le chercheur et ses interlocuteurs et la création d'une relation de confiance. En effet, il n'est habituellement pas évident de raconter son parcours de vie à un inconnu lors d'une première rencontre. Ceci peut encore poser davantage de soucis à des personnes qui se sont retrouvées dans des situations de précarité car elles ont sûrement passé par des phases de vie difficiles. De plus, le thème de la santé n'est pas évident à aborder avec quelqu'un que l'on n'a rencontré qu'une seule fois ; c'est un sujet privé dont on évite même parfois de discuter avec son entourage.

Ceci explique pourquoi j'ai pris quelques précautions éthiques avant de débiter les différents entretiens. Avant de prendre rendez-vous avec les potentiels participants, je leur ai expliqué en quoi consistaient exactement ma recherche et les procédures que j'envisageais (deux entretiens, un journal de bord). Certains ont refusé d'y participer car cela prenait trop de temps. Pour ceux qui ont accepté, j'ai organisé un premier rendez-vous. Premièrement, la confidentialité des données que j'allais recueillir et l'assurance de leur anonymat ont été garanties dans une lettre que je leur ai donnée signée par moi-même lors de notre première rencontre. Deuxièmement, je leur ai rappelé qu'ils étaient libres à tout moment de décider d'arrêter l'entretien et de refuser de répondre à une ou plusieurs questions. Ensuite, pour les entretiens semi-directifs, je leur ai précisé qu'il n'y avait pas de réponse juste ou fausse, que ce qui m'intéressait était leur avis sur les différents thèmes abordés.

D'autre part, vu que ces individus se sont tous retrouvés dans des situations de précarité, ils ont sûrement passé par des phases de vie difficiles comme dit précédemment. Revenir sur des éléments de son passé n'est pas toujours évident dans ces conditions. Certains ont décidé de ne pas entrer en détails sur certaines parties de leurs vies par un choix délibéré dont ils m'ont fait part. J'ai évidemment respecté ces souhaits. D'autres sont revenus sur des étapes pénibles de leurs parcours et ont témoigné de beaucoup d'émotions. A ces moments, je leur ai proposé de faire une pause et de boire un peu d'eau, en leur assurant qu'on avait tout notre temps et qu'ils étaient libres d'arrêter à tout moment s'ils le souhaitaient.

Enfin, les témoignages de ces individus m'ont profondément touchée. En effet, lorsque les participants m'ont raconté leur histoire ainsi que de leurs conditions de vie, j'ai tout de suite eu envie de les aider. J'ai compris rapidement que je ne pouvais pas apporter de solution financière ou institutionnelle pour chacun alors j'ai tenté de leur trouver des interlocuteurs avec lesquels ils étaient en mesure de discuter et peut-être de trouver des solutions. Par exemple, **Machanga** avait beaucoup de questions sur les permis de séjour et les possibilités de regroupement familial en fin d'entretien, je l'ai donc informé de ce que je savais et dirigé

vers un organisme spécialisé dans les questions qu'il avait. Mon incapacité à trouver des solutions pour sortir ces individus des situations de vie vulnérables dans lesquelles ils se trouvent me pose encore des problèmes aujourd'hui.

### **3.6. LIMITES DE LA METHODOLOGIE CHOISIE**

La méthodologie choisie comporte évidemment des limites. En effet, l'échantillon obtenu n'est pas représentatif de toutes les situations de précarité existantes en Suisse mais n'offre qu'un aperçu des perspectives de plusieurs individus n'ayant pas les moyens de subvenir à leurs besoins de manière autonome et se faisant donc aider financièrement. Beaucoup d'individus échappent aux aides institutionnelles, je pense notamment aux « working poor » qui vivent des situations d'extrême précarité et qui ne sont pas pris en charge par des instances comme l'aide sociale. Ces individus sont dans des situations de fragilité car les moindres coûts inhabituels, qui peuvent être engendrés par la santé par exemple, peuvent les mettre dans des situations d'extrême pauvreté. Les « sans-papiers » sont également une population qui a été étudiée en rapport avec la santé car ils ont souvent des emplois très précaires et ne sont pas non plus admis dans les institutions étatiques (Achermann et al. : 2006). D'autres catégories de population sont encore à considérer lorsque l'on parle de précarité et mon travail de recherche ne prétend de loin pas être représentatif de toutes les formes de précarité. D'ailleurs, mon échantillon n'est pas non plus représentatif de toutes les personnes qui touchent une aide financière quelconque. Toutefois, le potentiel des recherches qualitatives n'est pas de représenter à la caractéristique près un groupe de population mais cherche davantage à établir des généralisations sur les processus sociaux. C'est le cas de cette recherche qui est représentative des processus sociaux en lien avec la santé lorsque l'on vit quotidiennement une situation de précarité. Néanmoins, je ne pense pas être arrivée au point de saturation étant donné l'extrême variation des situations de vie et des regards sur la santé constatée. Cependant, décider de mener une recherche qualitative est un choix méthodologique entraînant à ce genre de limites.

D'autre part, j'ai découvert un autre biais méthodologique assez important. En effet, au fur et à mesure que je rencontrais des participants, je me suis aperçue qu'ils avaient fréquemment des problèmes de santé plus ou moins graves. Ce constat m'a étonnée car je n'avais pas envisagé de rencontrer des personnes malades mais plutôt des personnes dans des situations financières précaires. Je me suis interrogée sur les raisons pour lesquelles plus de la moitié des participants avaient des problèmes de santé plus ou moins conséquents (qui pour certains les empêchaient de travailler). La littérature atteste que les personnes qui se trouvent dans les positions socio-économiques les plus basses sont plus souvent malades et meurent plus jeunes. Toutefois, je ne savais pas si mon échantillon avait vraiment été

constitué par le hasard des choses ou alors que les personnes intermédiaires avaient plus ou moins inconsciemment approché des bénéficiaires rencontrant des problèmes de santé. Pour répondre à ces doutes, j'ai contacté les deux responsables de l'aide sociale des deux villes pour leur demander leurs avis. Tous deux m'ont attesté que mon problème n'était qu'un demi biais méthodologique car ils avaient en effet cherché à me mettre en contact avec des personnes ayant quelque chose à dire sur le thème de la santé, mais qu'en même temps beaucoup de leurs usagers étaient atteints dans leur santé respective. Effectivement, l'aide sociale assume le suivi de la majeure partie des personnes qui n'ont pas de ressource financière et qui sont en attente d'une décision de l'AI ou en attente d'obtenir des indemnités pour perte de gains. De plus, l'aide sociale soutient aussi financièrement ceux qui ne peuvent plus prétendre à des indemnités et qui n'entrent pas dans les critères de l'ordonnance sur l'assurance-invalidité (OAI) mais qui sont au bénéfice d'un certificat médical d'incapacité de travail.

#### **4. PORTRAITS ET REGARDS INDIVIDUELS SUR LA SANTE**

Cette partie sera essentiellement consacrée aux parcours de vie des individus rencontrés. Les histoires de vie qui suivent ont été construites et racontées par mes interlocuteurs; ces textes reflètent ainsi leurs paroles et leurs mots. L'objectif est de se faire une idée du parcours de chacun, d'y saisir les moments clés en termes de santé et de précarisation, et de comprendre leurs regards sur la santé en fonction de l'ancrage des questions de santé au sein de leur trajectoire de vie. Dans un souci d'anonymisation des données, ce sont des prénoms d'emprunt qui ont été utilisés. Toutefois, il était important de personnaliser ces individus en leur attribuant un prénom pour qu'il soit plus facile de suivre les analyses.

##### **4.1. ARMIRA – « LA SANTE C'EST MON REVE »**

Née en 1972 dans un village au Kosovo, Armira a grandi dans une famille nombreuse, elle a cinq sœurs et un frère. Elle était entourée de sa maman et des ses grands-parents maternels, son papa étant parti travailler en Suisse lorsqu'elle était très jeune. A quatorze ans, elle se rappelle n'avoir plus pu aller à l'école à cause du contexte politique tendu au Kosovo. De ce fait, son père a fait une demande de regroupement familial et la famille au complet a pu s'exiler en Suisse. Armira avait à ce moment dix-huit ans, elle s'était fiancée une année auparavant et s'était mariée pour que, selon ses dires, son compagnon puisse également venir en Suisse. Arrivée en 1990, elle raconte avoir eu plusieurs emplois dans le secteur de l'économie domestique. Ensuite, elle est tombée enceinte et a accouché de son premier enfant à dix-neuf ans. Elle a continué de travailler avant et après la naissance de son aînée. Deux ans après, Armira est à nouveau tombée enceinte et a accouché à l'âge de vingt-deux ans de son cadet. Dès cet accouchement, elle se souvient avoir commencé à se sentir moins bien, elle se rappelle être toujours fatiguée et n'avoir aucune force. Son état de santé a continué de s'empirer et les professionnels de la santé rencontrés n'ont pas réussi à poser un diagnostic sur son problème. Sa santé ne s'améliorant pas au fil des années, c'est son mari qui subvenait aux besoins de la famille. Après dix-huit ans de mariage, ce dernier a demandé le divorce. Armira dit avoir accepté et bien pris ce choix car elle estimait comprendre qu'il n'était pas évident de vivre avec quelqu'un qui n'était jamais bien. A ce moment là, elle dit s'être retrouvée dans une situation financière difficile, ce qui explique qu'elle a dû demander à recevoir l'aide sociale. En même temps, son état de santé continuait de s'empirer et elle ressentait des douleurs de plus en plus fortes, explique-t-elle. On lui a diagnostiqué la maladie de la fibromyalgie, celle-ci ne permettant pas de travailler mais n'étant pas reconnue par l'AI. Cela fait maintenant environ trois ans qu'elle vit au dépend des services sociaux. Elle estime sa situation de vie difficile. Quelques mois auparavant, sa fille,

en formation de pharmacienne, s'est mariée et a quitté le domicile familial. Armira vient de devenir pour la première fois grand-maman à quarante ans. Elle vit aujourd'hui avec son fils qui poursuit des études dans un appartement en ville à proximité des infrastructures (hôpitaux, commerces, etc.). Ceci l'a rassurée car elle est toujours dans le même état de santé et sort que peu ou de courtes distances à l'extérieur.

### **Les événements « tournants » de sa vie**

*« J'étais vraiment mal (...) parce qu'au début je ne savais pas pourquoi j'étais fatiguée, pour quelles raisons j'étais pas bien. Je ne savais pas d'où ça vient. »*

Armira a vécu le début des tensions politiques au Kosovo. C'est le premier moment « tournant » de sa trajectoire car son père, déjà exilé en Suisse, a décidé d'y faire venir sa famille. Dès que cette décision fût prise, la trajectoire de vie d'Armira a pris une autre direction. Elle a arrêté l'école obligatoire et a décidé de se marier avec son compagnon pour qu'il puisse également venir en Suisse. Une fois arrivée, Armira a trouvé du travail dans le secteur de l'économie domestique, où elle a travaillé trois ans tout en devenant deux fois mère. Sa vie redémarrait gentiment lorsqu'après la naissance de son second enfant Armira a commencé à ressentir de la fatigue et de fortes douleurs dans son corps. L'apparition des premiers symptômes de la fibromyalgie représente le deuxième moment « tournant » de sa vie. Ses conditions de vie se sont nettement dégradées depuis là : elle s'est vue dans l'incapacité de reprendre le travail et a commencé à rester de plus en plus seule chez elle. La santé a pris une signification particulière pour Armira car ses projets de vie ont clairement été chamboulés par ses ennuis de santé sur lesquels personne ne pouvait poser de nom. Lorsqu'elle a enfin été diagnostiquée comme atteinte de la fibromyalgie, elle s'est dit soulagée bien qu'il n'existe aucun traitement efficace. Le dernier événement « tournant » de sa trajectoire est son divorce. En effet, son mari, qui subvenait aux besoins de la famille, l'a quittée et ses problèmes d'argent ont commencé. A partir de là, Armira se fait aider par les services sociaux de sa commune car elle souffre toujours de douleurs chroniques.

### **Son regard sur la santé**

Pour Armira, « être en bonne santé » signifie pouvoir faire sa vie comme on l'entend, c'est-à-dire ne pas avoir de douleurs physiques ou de fatigue après chaque petit effort, ainsi qu'avoir le moral. Dans ses pensées, les gens qui sont en bonne santé sourient, travaillent, sont maquillés et rigolent. Mais elle se voit parmi les gens qui ont l'air fatigué, sont blancs, ne parlent pas beaucoup et réfléchissent. Elle s'estime donc en mauvaise santé. D'après elle, la santé est très importante, mais elle ne se rappelle plus trop de ce que cela signifie, c'est plus un rêve. Selon Armira, ses douleurs et son mauvais moral sont plus forts que ses envies.

Pour la fibromyalgie, Armira suit le traitement prescrit par son médecin mais il n'existe encore à ce jour aucun médicament efficace guérissant cette maladie. Armira a également essayé de suivre les conseils prodigués en essayant de faire de la gym, en sortant un peu plus, mais rien n'y fait, son état de santé ne s'est pas arrangé et empire plutôt avec l'âge. Autrement, elle n'est pas très inquiétée par des petits maux comme une grippe, de la fièvre ou une toux, elle va se soigner elle-même avec les médicaments qu'elle a chez elle et attendre que cela passe. Lorsque c'est une douleur inconnue, Armira est alors soucieuse et commence par tenter de calmer les douleurs par des médicaments. Si cela ne passe pas, alors elle demande à ses enfants de la masser ou elle prend un bain chaud. Puis, si ça dure encore, elle va prendre un rendez-vous avec son médecin. Armira dit tenir ces réactions de son enfance car dans sa famille on ne s'inquiète pas pour les petites choses mais uniquement pour les douleurs qui persistent avec des médicaments. Quand son état de santé le lui permet, Armira essaie d'aller marcher et tente de préparer des repas plus ou moins équilibrés. Toutefois, la plupart du temps, Armira souffre et n'a pas le moral. Dans ces conditions, elle ne sort pas faire de promenade et se nourrit rapidement sans trop faire attention à ce qu'elle mange.

#### **4.2. BERTRAND – « CE QUI ME MANQUAIT C'ETAIT LE BRUIT DES ENFANTS »**

Né à Lausanne, Bertrand est aujourd'hui âgé de 43 ans. De parents vaudois, il a beaucoup déménagé entre plusieurs cantons. Enfant, il a accompli sa scolarité obligatoire tout en changeant souvent d'école, il souligne avoir également redoublé une année. En sortant de la section préprofessionnelle, il ne savait pas encore ce qu'il voulait faire plus tard alors, sur conseil de ses parents, il est allé travailler quelques mois chez un paysan pour mûrir et se décider. En revenant, il a choisi de faire un apprentissage de jardinier-paysagiste. Au terme de ce CFC, il raconte avoir travaillé une année encore dans son métier et être ensuite parti faire son école de recrue. Bien qu'il ait trouvé une place de travail, il s'est décidé, deux ans après, de changer de domaine car il estimait être mal payé et trouvait les horaires trop irréguliers. Grâce à son père, il a accédé à un emploi dans le service de l'expédition d'une entreprise tout en travaillant dans un bar pour compléter ses fins de mois. C'est à ce moment qu'il se rappelle s'être intéressé au domaine de la restauration et qu'il a décidé de faire sa patente. Une fois cette nouvelle formation achevée, il a repris un bar. Toutefois, cette expérience fût courte car il a dû fermer son établissement à cause d'ennuis avec la police et d'un chiffre d'affaire qui baissait. Ensuite, il a trouvé une place comme magasinier dans une autre entreprise. C'est là qu'il a rencontré sa femme, une Sud-américaine, qui avait déjà un enfant, raconte-t-il. Il dit s'être marié rapidement à cause de problèmes de permis de séjour. Ils ont eu deux filles ensemble c'est pourquoi ils ont décidé d'emménager dans un

appartement plus spacieux. Ensuite, il se rappelle des restructurations dans l'entreprise dans laquelle il travaillait qui ont causé, selon lui, le fait qu'il se soit retrouvé au chômage durant plus de sept mois. Etant donné que son père était dans la même situation, ils ont décidé d'ouvrir un petit snack de restauration rapide de poulet ensemble. Il se souvient que leur affaire a très bien marché pendant quelques temps. Pourtant, dans les années 2000, il se rappelle bien de la grippe aviaire, celle-ci a, d'après lui, provoqué une certaine méfiance chez les consommateurs ce qui a fait chuté gentiment leur petite entreprise en 2004. Il s'est retrouvé aux services sociaux car il était indépendant. D'abord, il s'est occupé de ses enfants tout en cherchant du travail et a ensuite été placé dans une entreprise de réinsertion professionnelle où on lui a vite trouvé un poste de concierge. Durant cette période, il raconte que son couple n'allait pas très bien et, en 2008, sa femme lui a demandé de partir. Il se rappelle bien de cette semaine où il a dû dormir dans sa voiture avant de trouver un appartement. Bertrand estime avoir très mal supporté sa séparation, il dit avoir fait ce qu'il appelle « une petite dépression ». C'est dans l'alcool qu'il se souvient s'être réfugié, il buvait énormément et seul selon ses dires. Quelques mois plus tard, il a rencontré un homme qui a su le motiver à se reprendre en mains. Depuis là, il est toujours placé par l'intermédiaire des services sociaux en tant que concierge dans une école et mais il dit se sentir mieux et avoir arrêté de boire. Ses filles viennent très régulièrement le voir : le mercredi après-midi et tous les week-ends. Il les accueille avec beaucoup de plaisir dans son studio légèrement à l'écart du centre-ville. Sinon, c'est une personne qui se dit assez solitaire. Bertrand espère vraiment pouvoir sortir du système de l'aide sociale tout prochainement car un poste de concierge s'ouvre au sein de l'école dans laquelle il travaille.

### **Les événements « tournants » de sa vie**

*« Ce qui me manquait beaucoup c'était le bruit, le bruit des enfants, la parole, rentrer chez soi c'est pire et puis plus avoir rien... pas entendre un cri d'enfant (...). C'était très pesant pour un homme qui a vécu pendant treize ans avec sa famille... c'est très dur, c'est peut-être ça aussi qui m'a foutu un petit peu en dépression quoi... à boire quoi. »*

Les débuts de la vie privée et professionnelle de Bertrand ont été mouvementés (déménagements, changements d'emploi, etc.) mais il a toujours trouvé des solutions. C'est à l'âge de 30 ans qu'il a eu sa première frayeur au sujet de sa santé à cause d'une grande douleur sur le flanc gauche, il s'en rappelle très bien. Les médecins ont d'abord cru que c'était une crise cardiaque. Après de multiples examens, ils ont découvert que Bertrand souffrait de diabète, d'hypertension et de cholestérol. On lui a prescrit plusieurs médicaments mais il n'y faisait pas attention. Quelques années après que Bertrand et son

père aient décidé de se mettre à leur propre compte, ils ont fait faillite. C'est le grand moment « tournant » de la vie de Bertrand car il n'a pas retrouvé de travail et a dû s'inscrire à l'aide sociale puisqu'il ne pouvait pas prétendre au chômage en étant indépendant. Cette rupture dans la sphère professionnelle s'est prolongée car, bien qu'il travaille actuellement comme concierge, il reste placé par l'intermédiaire des services sociaux et donc rémunéré comme un autre bénéficiaire. En dehors de sa vie professionnelle, le plus grand « tournant » de son parcours est, d'après lui, son divorce. La dépression, qu'il dit avoir fait suite à sa séparation il y a quatre ans, l'a poussé à boire régulièrement de grandes quantités d'alcool et donc à mettre sa santé en danger. Lorsqu'il s'est repris en mains après ce moment difficile de sa vie, il a décidé de « ne plus se laisser aller » comme il le dit. Bien qu'il ne ressente pas de douleur, il prend aujourd'hui ses médicaments au quotidien pour rester en forme surtout pour ses filles.

### ***Son regard sur la santé***

Pour Bertrand, « **être en bonne santé** » signifie avoir du plaisir à se lever le matin sans avoir « mal à l'intérieur de soi-même ». Pour lui, être en mauvaise santé veut dire avoir une maladie qui fait perdre la motivation dans la vie. La santé est une priorité pour Bertrand depuis qu'il est séparé, car il sait que ses enfants comptent sur leur père.

Lorsque Bertrand a une petite maladie comme un début de grippe ou un mal de gorge, il va se soigner par lui-même, c'est-à-dire qu'il va chercher des médicaments dans son stock personnel ou à la pharmacie. Quand il était plus jeune, il ne se soignait pas du tout, mais il a changé depuis qu'il vit seul. Il explique aussi que lorsqu'il a de simples maux de tête alors il ne prend pas forcément un médicament pour éviter que son corps ne s'habitue à la prise de pilules et que cela ne fasse plus effet pour une autre fois. Lorsque les douleurs sont plus fortes et inconnues, Bertrand a tendance à se rendre rapidement à l'hôpital.

Autrement, depuis sa séparation, la santé a pris de l'importance pour lui, il essaie donc de se maintenir en bonne santé. Pour ce faire, il ne fait pas de sport particulier mais, à la place de s'arrêter à l'arrêt de bus devant son travail, il tente chaque jour de marcher un arrêt à pied. Bertrand dit aussi faire attention à son alimentation, mais uniquement lorsque ses filles sont à la maison. Lorsqu'il est seul, il est beaucoup moins motivé à cuisiner et se fait rapidement à manger sans trop faire attention à ce qu'il mange.

### **4.3. TARIK – « J'AI UN PEU DU SOUCI DANS LA TETE »**

Libyen d'origine, Tarik est né en 1981 au sein de la tribu Toubou qui vit au sud du pays ainsi que dans d'autres régions d'Afrique. Les Toubous sont différents de la plupart des Libyens

car ils ne sont pas arabes mais noirs ; c'est pourquoi ils sont discriminés, explique Tarik. Il est allé vivre à Koufra (ville au sud-est de la Libye) directement après sa naissance. En 1994, il explique que le Tribunal international de la Haye a attribué sa région d'origine au Tchad. Les Toubous n'étaient plus considérés comme des Libyens et souffraient car leurs droits se sont restreints comme le droit à être soigné, le droit à l'éducation, le droit au travail, etc. Tarik explique avoir pu suivre l'école primaire dans sa région et faire une formation d'électricien au nord du pays ; il estime avoir eu de la chance que les écoles n'étaient pas encore interdites pour les Toubous partout en Libye. Toutefois, il a vite remarqué que sa tribu était discriminée au sein même de l'école ; on ne parlait pas de leur histoire mais seulement de celle des Libyens arabes. En 2006, ce sentiment d'exclusion et le fait de ne pas pouvoir exercer son métier ont poussé Tarik et d'autres à manifester contre le régime, explique-t-il. Lui, parmi d'autres, s'est fait arrêter et torturer par les autorités pour avoir osé exprimer son opinion sur la place publique, chose interdite en Libye, rappelle-t-il. Tarik a été libéré après quelques semaines. Six mois plus tard, sa tante étant sur le point d'accoucher et n'allant pas bien, Tarik a voulu l'emmener à l'hôpital. Là-bas, ils n'ont pas été acceptés et il se rappelle s'être beaucoup énervé. Ils sont repartis et le bébé est mort à sa naissance. Dénoncé par les réceptionnistes, Tarik s'est à nouveau fait emprisonner et a été considéré comme dangereux pour la sécurité intérieure du pays. Battu et torturé, Tarik se souvient avoir perdu connaissance en prison durant une nuit. Au matin, les gardiens sont venus voir son état de santé et Tarik dit avoir fait exprès de ne pas répondre pour qu'ils l'emmènent à l'hôpital. Après deux jours de silence, il s'est enfuit uniquement muni de son drap de lit. Aidé par son frère qui a payé un passeur, il a fui Koufra pour Tripoli en voiture. Puis, c'est sur un petit bateau de pêche que Tarik raconte avoir traversé la Méditerranée. Arrivé en Italie en 2006, Tarik s'est fait arrêté et se rappelle avoir eu trois jours pour quitter le territoire. C'est là qu'il a décidé de payer un passeur pour se rendre en Suisse afin de demander l'asile. Arrivé à Vallorbe, puis envoyé à Chiasso, il a ensuite été transféré dans un centre de requérants d'asile en Romandie. Six mois après son arrivée, il a été placé dans un appartement avec un autre requérant durant la procédure. Tarik dit avoir rapidement trouvé un travail dans un restaurant, il y faisait la vaisselle. Après presque trois ans, il a décidé, durant l'été 2010, de donner sa démission car il ne se sentait pas bien, ses souvenirs l'empêchaient de travailler correctement et de dormir. Ne sachant pas qu'il avait le droit au chômage, il ne s'y est pas inscrit directement, ce qui lui a valu plusieurs semaines de pénalités. Tarik a aujourd'hui presque 30 ans et dit se sentir un peu mieux au niveau psychique bien qu'il reste perturbé par les images de ce qu'il a vécu. Il est toujours au chômage et tente de trouver du travail, des cours de langue, ainsi qu'éventuellement un stage dans son domaine, mais il trouve que c'est difficile. Il vit dans un studio très étroit qu'il partage toujours avec un colocataire qui est

en cours de procédure d'asile alors que lui a reçu son permis de séjour. Il doit quitter cet appartement mais son statut de chômeur actuel ne lui facilite pas les démarches.

### **Les événements « tournants » de sa vie**

*« Après ils sont venus chez moi, ils m'ont amené, torturé, beaucoup (...). Mais tout ça pour moi ça sert à rien, parce que si quelqu'un te tape pendant quelques jours, après cette blessure elle devient mieux et part. Mais si une personne elle te blesse à l'intérieur dedans, ça reste toujours, ça c'est très important. »*

Le bafouement des droits fondamentaux (dont le droit à la santé et aux soins) est la raison qui a poussé Tarik à s'exiler pour venir en Suisse. Sa tribu « Toubou » souffre de beaucoup de discriminations en Libye et il souhaite le faire savoir autour du monde. Tarik a décidé de s'enfuir alors qu'il était recherché par la sécurité libyenne, sa vie était en danger. Ce sentiment d'insécurité l'ayant poussé à l'exil constitue le premier moment « tournant » important de son existence. Une fois arrivé en Suisse après de multiples périples, Tarik a rapidement trouvé du travail dans le secteur de la restauration. Pourtant, dernièrement, il a été beaucoup plus difficile pour Tarik de vivre avec les souvenirs des événements injustes qu'il a vu se dérouler devant ses yeux. Les images de sa tante à qui l'on a refusé d'accoucher à l'hôpital, du décès évitable de son enfant à sa naissance, et le souvenir de s'être fait torturé lui sont restés en tête. Il ne se dit pas malade, mais dit avoir des soucis qui l'empêchent de bien travailler, de manger, et aussi de dormir. Il se dit très inquiet pour sa famille. Ces souvenirs l'angoissent, l'énervent, et lui font perdre le contrôle de lui-même. C'est le deuxième moment « tournant » important de sa trajectoire de vie, car Tarik a pris la décision de démissionner à cause de ses ennuis psychiques. Depuis là, il est au chômage et son quotidien est bien plus monotone. Il tente de chercher du travail dans le domaine dans lequel il s'est formé en Libye (électricien) bien que ses qualifications ne soient pas reconnues en Suisse car les conditions de travail du secteur de la restauration ne lui convenaient pas.

### **Son regard sur la santé**

Pour Tarik, « être en bonne santé » c'est ne pas être malade. Il distingue bien deux sortes de maladies : les maladies du corps et celles de la tête. Il précise que toutes les maladies psychiques ne signifient pas être dans la folie mais c'est quand un souci n'est pas réglé et qu'il reste longtemps en tête. D'après lui, les maladies de la tête ne sont pas choisies mais il est par contre possible de se protéger des maladies du corps. Tarik accorde de l'importance à la santé, mais estime qu'il y a une autre dimension importante avant la santé, c'est de vivre

en sécurité dans une société où les droits sont les mêmes pour tous. Il explique que lorsqu'il était en Libye, il fallait d'abord lutter pour sa vie avant de penser à sa santé.

Tarik a tendance à attendre avant de se rendre à l'hôpital ou chez le médecin. Dernièrement, du sang est sorti de sa bouche plusieurs matins de suite avant qu'il ne se rende à l'hôpital pour y faire des analyses. Heureusement, celles-ci n'ont rien révélé de grave. La seule activité que Tarik trouve bonne pour la santé c'est le sport, c'est pourquoi quand il se sent tomber malade ou qu'il a des douleurs corporelles, il part courir pour faire passer la maladie. Si les symptômes restent plus de dix jours, Tarik va alors prendre un rendez-vous chez son médecin. En ce qui concerne les problèmes psychiques, Tarik pense qu'ils doivent se résorber eux-mêmes avec le temps, c'est pourquoi il a refusé d'aller voir un psychologue bien que son médecin le lui ai conseillé.

Autrement, Tarik aime le sport c'est pourquoi il fait partie d'une équipe de football, qu'il court régulièrement, et qu'il va aussi beaucoup marcher. Tarik n'accorde que peu d'importance à ce qu'il mange, il cuisine sans réfléchir si les aliments sont bons ou mauvais pour sa santé.

#### **4.4. GUILLAUME – « MON MAL DE DOS JE L'AI PAS CHOISI »**

Guillaume est né à Lausanne d'un père suisse-allemand et d'une mère alsacienne. Il a une grande sœur. Il se souvient avoir fait toute sa scolarité dans une ville proche de Lausanne. A l'âge de dix-sept ans, il se rappelle avoir fini sans savoir ce qu'il voulait faire plus tard. C'est pourquoi il a d'abord décidé de faire des stages professionnels. Ensuite, il a choisi de faire un CFC de monteur-électricien. Il a arrêté son apprentissage après deux ans à cause des mauvaises relations qu'il entretenait avec ses employeurs, explique-t-il. Il dit avoir été largement dégoûté du métier par cette expérience. Puis, il a trouvé un travail dans le service économat-courrier d'une entreprise grâce à son père. Dès lors, il commençait à s'intéresser à l'informatique et a par la suite obtenu un poste dans ce domaine au sein d'une grande entreprise. C'est grâce à un patron formidable ayant su comment le motiver qu'il dit être resté huit ans dans cette entreprise. C'était du travail d'équipe ce qui signifie qu'il avait des horaires qui changeaient en fonction des semaines. Les conditions étaient difficiles mais le salaire en conséquence selon lui. L'entreprise s'est ensuite délocalisée et Guillaume a perdu son emploi. Il raconte s'être retrouvé au chômage pendant environ une année et demie. Sans CFC, il était très dur de trouver du travail. Ensuite, il dit avoir trouvé par chance un job dans un domaine qui le fascinait comme auxiliaire d'abord puis comme technicien dans un aéroport près de chez lui. Trois ans plus tard, en étant entouré de personnes riches, il raconte s'être décidé de se mettre à son compte avec sa sœur dans une entreprise de broderie informatisée. Il s'est assez vite avéré que cette affaire n'était pas rentable et il a dû

y mettre un terme, explique-t-il. Sans emploi pendant plusieurs mois, Guillaume a fini par trouver un job dans un commerce, toutefois il n'était pas déclaré. C'est à ce moment qu'il a rencontré sa compagne actuelle, se souvient-il. Durant ces deux années sans être déclaré, il a commencé à avoir des ennuis avec les assurances sociales et les impôts. Inquiet, il raconte avoir décidé d'arrêter toutes les procédures en cours en s'inscrivant aux services sociaux. Là, on l'a aidé et on lui a demandé de faire des recherches d'emploi. Guillaume a choisi de se lancer dans un nouveau projet : les visites virtuelles sur Internet. Grâce à l'encadrement de l'aide sociale, il raconte avoir été formé dans le domaine du multimédia. Il a commencé cette activité sous surveillance des services sociaux, se rappelle-t-il. En 2005, alors qu'il était assez actif, des douleurs dorsales sont apparues et Guillaume a décidé d'aller consulter un médecin car il avait de grandes difficultés à marcher, à se relever d'un fauteuil et surtout des douleurs intenses. Guillaume fait là un petit retour en arrière dans sa narration. Plusieurs années auparavant, un jour, il a fait une grosse chute dans les escaliers mais n'a pas consulté de médecin. Il se souvient être resté dans son lit durant une semaine à attendre que les douleurs s'en aillent. Il explique ce choix de ne pas consulter par les faits qu'il a pensé pouvoir se soigner par lui-même et qu'il avait des problèmes administratifs à l'époque où il n'était pas déclaré. Après avoir consulté, un diagnostic a immédiatement été posé sur les problèmes rencontrés dans le bas du dos mais pas encore dans ceux qu'il a en haut. Depuis 2007, il est en arrêt de travail et se fait aider par l'aide sociale. Guillaume raconte ne plus travailler du tout et estime être très limité dans ses activités quotidiennes. Il prend beaucoup de médicaments contre les douleurs persistantes. Actuellement, Guillaume a pris part à un projet pilote de la Confédération qui s'appelle *Mamac* ; c'est une réunion des trois structures que sont l'aide sociale, l'AI et le chômage pour prendre des décisions sur les cas transversaux. Ceci explique ces nombreux rendez-vous médicaux. Il raconte n'avoir que peu de projets d'avenir, il attend d'abord une décision de cette instance *Mamac*. A 47 ans, Guillaume vit actuellement la semaine chez sa mère et les week-ends chez sa copine. Il a décidé de renoncer à son propre appartement lorsqu'il s'est retrouvé aux services sociaux pour des raisons financières et a préféré réemmenager dans l'appartement de son enfance avec sa maman qui était devenue veuve.

### ***Les événements « tournants » de sa vie***

*« Je suis limité dans tout ce que je fais (...) il y a des choses que je fais mais à un prix, tous se paie le prix fort quoi. »*

Guillaume a un parcours professionnel chargé car il a changé de nombreuses fois de domaine et d'emploi. Le premier « tournant » de sa vie professionnelle est l'échec de son expérience comme indépendant qui l'a poussé à travailler de manière non-déclarée dans un

commerce puisqu'il n'avait rien trouvé d'autre. Cet emploi très précaire lui a donné du fil à retordre avec les assurances sociales et les impôts, et c'est découragé par ses problèmes administratifs que Guillaume a fini par s'inscrire aux services sociaux pour stopper les différentes procédures en cours (poursuites, amendes, etc.). Le deuxième moment « tournant » qui a littéralement modifié ses projets de vie c'est le retour de douleurs dorsales deux ans après une chute faite dans les escaliers. Il était en train de reprendre sa vie professionnelle en mains avec un nouveau projet lorsqu'il s'est vu freiné par sa santé, explique-t-il : les douleurs l'ont rattrapé. Auparavant, Guillaume se disait très actif, solitaire mais dynamique, il allait promener son chien et se baladait en forêt par exemple. Bien qu'il ait beaucoup changé d'emploi, il s'en est toujours sorti. Depuis là, sa qualité de vie n'est plus la même. Lui qui était toujours occupé, s'est retrouvé dans une vie très sédentaire où il se sent limité dans tout ce qu'il entreprend. Parfois, il décide quand même de s'adonner à des activités tout en sachant qu'il souffrira davantage dans les heures ou les jours à venir.

### ***Son regard sur la santé***

« **Etre en bonne santé** » signifie pour Guillaume d'avoir les possibilités physiques de ne pas être entravé dans sa vie de tous les jours. D'après Guillaume, avoir la santé c'est pouvoir mener sa vie sans penser à sa santé et aux effets de certaines activités sur son état. Une mauvaise santé restreint, selon lui, le champ des choix et des activités envisageables. Guillaume estime que la santé fait partie de ses priorités de vie, mais que certains événements extérieurs peuvent arriver sans qu'on le veuille. Comme il le dit, son mal de dos, il ne l'a pas choisi.

Vu qu'il est en contact régulier avec son médecin pour ses problèmes de dos, il a tendance à hésiter à y aller pour d'autres problèmes de santé. Il attend beaucoup avant d'aller chez le médecin. Par exemple, il a attendu deux semaines entières avec une otite jusqu'à ce que ça devienne insupportable avant d'aller consulter. Quand il était petit, Guillaume se rappelle que sa mère lui faisait des cataplasmes lorsqu'il était malade. Il ne le fait plus, mais depuis qu'il a rencontré sa copine qui est naturopathe il a tendance à préférer des éléments des médecines douces (thé, tisanes, miel,...) aux médicaments qui, selon lui, n'apportent qu'un certain confort.

Guillaume avoue avoir eu une vie de jeune célibataire où il ne réfléchissait que peu à ce qu'il mangeait, alors que maintenant il y fait attention. Lorsqu'il est chez sa copine le week-end, il aime choisir, acheter, préparer et cuisiner les aliments, pour autant que sa santé le lui permette. Il essaie aussi, lorsque ses douleurs ne sont pas trop fortes, de sortir et marcher un peu pour garder la forme physique.

#### 4.5. CLAUDIO – « EN ATTENTE D'UN RECYCLAGE PROFESSIONNEL »

Les parents de Claudio, tous deux Français, sont arrivés en Suisse avec son grand frère l'année précédant sa naissance pour des raisons économiques. Né prématuré en 1967, Claudio se rappelle bien de ses premières années scolaires dans une école spécialisée pour les handicapés de la vue. Il se sentait différent, se rappelle-t-il, car il ne voyait pas autant sa famille que son frère. Il est atteint depuis son plus jeune âge d'une rétinite pigmentaire, c'est-à-dire une dégénérescence de la rétine se détériorant jusqu'à la cécité. Aidé par l'assurance-invalidité et l'hôpital des enfants, il a pu intégrer l'école publique en quatrième année primaire, se souvient-il. Ensuite, il a choisi de faire un apprentissage dans la vente dans une entreprise de marchandises automobiles. Puis, il a travaillé trois ans dans cette même entreprise et c'est là qu'il a rencontré sa femme, se rappelle-t-il. Ils se sont mariés. Claudio a par la suite décidé de changer d'emploi pour aller chez un importateur de pièces automobiles détachées. Après onze ans de service, son état de santé s'est détérioré, sa vue a nettement baissé, il explique qu'il n'était plus capable de lire certaines choses essentielles pour pouvoir accomplir son travail. C'est pourquoi il a dû arrêter de travailler. Au chômage, il a demandé un recyclage professionnel qui lui a d'abord été refusé. De ce fait, il a décidé de se diriger dans le commerce de détail et a trouvé un emploi moins contraignant pour ses yeux selon ses dires. Mais l'entreprise qu'il avait intégrée a rencontré des problèmes financiers et il a décidé de démissionner avant la faillite. Il a retrouvé du travail dans un autre commerce de détail, mais remarquant que sa santé ne suivait pas, il a dû démissionner une nouvelle fois. Sa femme a demandé le divorce pendant tous ces changements d'emploi. Sa situation financière ne la satisfaisait plus d'après les dires de Claudio. Ensuite, il se rappelle s'être inscrit au chômage et être arrivé en fin de droits en novembre 2010, ce qui explique qu'il se soit retrouvé aux services sociaux. Depuis le début de son inactivité professionnelle, il s'est engagé à faire du bénévolat pour plusieurs associations s'occupant de personnes malvoyantes ; il entraîne notamment une équipe de sport. Actuellement, Claudio est en attente de l'acceptation par l'AI d'un recyclage professionnel ; il souhaite faire une formation d'animateur socio-éducatif. Claudio vit dans un studio aménagé à ses problèmes de vue un peu en retrait dans une petite ville romande, il s'y plaît beaucoup.

#### **Les événements « tournants » de sa vie**

*« Puis je suis en attente d'un recyclage professionnel parce que même si on a un état de santé qui est ah comment dirais-je... limité, c'est pas pour ça que la vie s'arrête, il faut bien travailler. (...) J'ai toujours trouvé le moyen de me dire : faut que tu sortes de cette situation, tu es dans une situation critique, il faut te bouger, te secouer et trouver la solution. »*

La santé fait intégralement partie de la vie de Claudio. En naissant prématuré, il s'est assez vite avéré qu'il était atteint d'une dégénérescence de la rétine ; autrement dit que sa vue allait diminuer au fil de sa vie. C'est le premier événement « tournant » important de sa vie. Toutefois, Claudio a toujours voulu être et faire comme les autres, d'ailleurs il n'a que peu supporté d'être placé dans une école spécialisée au tout début de sa scolarité car il se sentait différent. De plus, il avait l'impression d'être moins intégré dans sa famille car il y passait moins de temps. Ceci explique aussi qu'il ait tout fait pour se former et travailler comme tout le monde. Il a subi de nombreuses opérations dès l'âge de vingt-deux ans. Malgré lui, sa santé l'a rattrapé et c'est ce qui l'a d'abord obligé à changer d'emploi plusieurs fois, puis à démissionner pour de bon car il n'était plus capable de travailler dans son domaine. C'est là le second grand « tournant » de sa trajectoire. Il s'est retrouvé en rupture avec la sphère professionnelle en étant d'abord au chômage puis à l'aide sociale et sa vie quotidienne a beaucoup changé. Il s'occupe mais espère pouvoir se remettre prochainement dans la vie active. Claudio est convaincu que ce n'est pas parce qu'il a un problème de santé qu'il ne peut pas travailler du tout ; il doit juste changer de domaine. Ceci explique sa forte motivation dans ses activités de bénévolat et surtout dans son projet de recyclage professionnel. Comme il le dit, une dégénérescence de la rétine va normalement jusqu'à la cécité, ce n'est donc pas une maladie mortelle, mais juste un nouvel équilibre à trouver. Il est donc en attente de ce nouveau « tournant » dans sa vie professionnelle.

### ***Son regard sur la santé***

Pour Claudio, « être en bonne santé » c'est être en équilibre entre les niveaux physique, psychique et sensoriel. Selon lui, ce sont les médecins qui peuvent estimer si oui ou non nous sommes en bonne santé. Il insiste sur le fait que la santé peut être dans la norme ou être diminuée. La santé fait partie de ses priorités ; il a même dû la faire passer avant tout en renonçant à son travail.

Claudio a tendance à essayer de se soigner par lui-même avec une médecine plutôt douce comme les massages, le miel, le citron, ou les pastilles. Il ne va jamais à la pharmacie demander des médicaments car il pense que ça ne se prend pas à la légère. Si les symptômes ne passent pas et le font vraiment souffrir, il va alors prendre rendez-vous chez son médecin et aller consulter. Toutefois, il dit ne pas trop aimer se rendre chez le médecin parce que ça coûte cher et qu'il estime que l'on peut aussi se soigner par soi-même.

Avant que son médecin lui recommande d'arrêter le sport qu'il pratiquait, Claudio en faisait presque tous les jours. Claudio a suivi les conseils de son médecin mais tente de rester actif pour ne pas avoir d'autres problèmes de santé. Il fait également attention à ce qu'il mange,

notamment à la graisse pour éviter le mauvais cholestérol et il essaie d'avoir un petit déjeuner très équilibré. Une des stratégies qu'il mentionne pour garder un bon état de santé, c'est sortir et avoir une vie sociale car il pense que c'est bon pour la tête. Avoir un travail lui permettrait aussi d'avoir une meilleure image de lui mais c'est difficile de trouver un travail adapté à ses problèmes de vue. Entre les saisons, Claudio fait aussi une cure de vitamines pour renforcer son système immunitaire et se maintenir en bonne santé.

#### **4.6. KALIFA – « NON MOI JE DOIS ALLER EN SUISSE »**

Né en 1985, Kalifa est d'origine érythréenne. Il a une grande sœur, un petit-frère et une demi-sœur. Ses parents s'étant divorcés lorsqu'il était très jeune, Kalifa a grandi avec sa maman qui avait un emploi qualifié dans la communication. Cette famille a vécu dans une petite ville du pays dans une maison modeste qui a par la suite été agrandie. Kalifa est allé à l'école comme les autres, mais en 1998 il se souvient que la guerre contre l'Ethiopie a commencé. Il a pu poursuivre ses études et débiter la formation qu'il désirait, c'est-à-dire menuisier-tapissier. Ce jusqu'à ce que le gouvernement décide que tous les écoliers de huitième année et plus, ainsi que tous les jeunes de plus de dix-huit ans n'avaient plus le droit d'aller à l'école et devaient faire l'armée. Par surprise, il se rappelle que des militaires sont venus dans les écoles et Kalifa, parmi d'autres, a été emmené dans un camp militaire. N'étant pas d'accord de faire l'armée et de se battre, Kalifa s'est enfui du camp avec quatre autres jeunes. Le camp étant loin de chez lui, il lui a fallu deux jours pour rentrer à pied et en bus. Arrivé à la maison, il s'est demandé ce qu'il devait faire. Il n'avait pas l'intention de quitter son pays jusqu'au jour où, en 2005, des militaires sont venus le chercher chez lui et que, par chance, il n'était pas là, se souvient-il. Il a pris la décision de quitter l'Erythrée. Après huit jours de marche, Kalifa s'est retrouvé au Soudan avec un compagnon, un troisième ayant abandonné sur le trajet. Là-bas, il se rappelle avoir travaillé quelques mois pour se faire de l'argent afin de partir plus loin car la situation au Soudan n'était pas favorable d'après lui. A l'aide de passeurs, il s'est dirigé vers la Libye. Kalifa et trente autres candidats à l'émigration ont tenté leur chance dans la traversée du désert et se sont retrouvés à Tripoli après un voyage d'une quinzaine de jours dans des conditions difficiles, se souvient-il. En Libye, l'accueil ne fût pas bon et il décida rapidement de partir pour l'Europe. Après avoir perdu son argent dans une première tentative de traverser la Méditerranée, Kalifa raconte avoir pris plus de risques en allant sur un petit bateau de pêcheurs jusqu'en Sicile. De là, lui et son compagnon se sont dirigés vers Milan en train, puis se sont séparés. Son ami voulait partir direction l'Angleterre alors que Kalifa souhaitait aller en Suisse. Il rêvait de voir ce pays car il avait entendu que c'était un Etat dirigé par le peuple, calme, sans policiers et sans guerre. Il se rappelle que son passeur l'a déposé à la

gare de Lausanne et qu'il est ensuite allé dans un centre de requérants d'asile où il est resté sept mois. Puis, il a été transféré d'abord dans un studio avec un autre demandeur d'asile, et lorsqu'il a reçu son permis de réfugié, il a pu reprendre le bail de cet appartement pour lui tout seul tout en étant aidé financièrement. En premier aide-cuisinier, Kalifa a voulu reprendre un apprentissage de menuisier pour exercer son métier, mais il se souvient avoir vite été contraint d'arrêter à cause de la langue. Il a ensuite trouvé le poste de travail dans la vente qu'il occupe actuellement à 100%. Son appartement se situant en retrait d'un centre-ville, il lui faut chaque matin une quarantaine de minutes pour se rendre à son travail. En novembre 2010, Kalifa s'est rendu au Soudan pour rencontrer sa famille ainsi que sa copine. Ils se sont mariés. Kalifa ne bénéficie depuis peu de plus aucun soutien financier et vient de faire venir sa femme en Suisse par regroupement familial.

### **Les événements « tournants » de sa vie**

*« Une fois ils sont venus chez moi mais par contre j'étais pas là par chance... Et ma sœur qui m'a dit « ah ils sont venus te chercher », après elle m'a dit « qu'est-ce que tu vas faire », j'ai dit... j'ai décidé de quitter le pays... »*

C'est dans des conditions très modestes que Kalifa a grandi en Erythrée. Tout petit, il a eu un problème de santé dont il ne connaît pas le nom mais il se souvient seulement qu'il n'avait pas assez de force. Dès qu'il est allé à l'école et jusqu'à maintenant, il n'a pas eu d'autres problèmes. Le premier moment « tournant » de la vie de Kalifa fût lorsqu'il a refusé de se soumettre aux autorités de son pays qui obligeaient tous les jeunes à arrêter l'école ou leur formation pour faire l'armée. Révolté, il s'est enfuit du camp et s'est réfugié près de chez lui. Toutefois, lorsque les militaires sont venus le chercher jusqu'à sa maison, il a pris la décision de s'exiler. C'est le deuxième grand moment « tournant » du parcours de Kalifa. Après avoir traversé plusieurs pays et une mer, il est arrivé en Suisse pour demander l'asile. Une nouvelle vie a démarré ici. Dès qu'il a eu l'autorisation de travailler, Kalifa a trouvé un travail dans le secteur de la restauration. Toutefois, il a décidé de démissionner pour se former et se garantir un avenir en ayant un métier. Pourtant, il a vite renoncé à cette formation à cause des difficultés rencontrées avec la langue dans les cours. Ensuite, il a trouvé un nouveau travail dans le secteur de la vente et est devenu autonome. Le dernier « tournant » de la vie de Kalifa s'est déroulé quelques mois auparavant, lorsqu'il est allé retrouver sa famille dans un pays voisin au sien pour se marier avec sa copine. Celle-ci vient d'arriver en Suisse par regroupement familial. Cet événement change son quotidien car il envisage maintenant la vie à deux ici en Suisse et éventuellement de créer une famille plus tard. La santé n'est donc pas apparue comme un thème important dans le parcours de vie de Kalifa, elle ne semble ni avoir perturbé son parcours ou ni avoir influencé ses décisions.

Aujourd'hui, Kalifa s'estime en bonne santé mais toujours un peu plus faible que les autres ; il a l'impression que les maladies durent plus longtemps chez lui.

### ***Son regard sur la santé***

« **Etre en bonne santé** » pour Kalifa c'est lorsque l'on n'est pas malade et que l'on peut faire ce qu'on veut avec son corps, que l'on peut travailler, que l'on peut faire des études et que l'on peut organiser ses journées et sa vie comme on le souhaite. La santé est la priorité de sa vie parce qu'autrement, Kalifa estime qu'il est difficile de progresser, d'avoir du courage et de la motivation.

S'il a un problème de santé inquiétant, Kalifa va chez le médecin ou fait quelque chose pour retrouver une bonne santé, c'est capital. Depuis qu'il est en Suisse ça lui est arrivé qu'une seule fois lorsqu'il a eu ces tâches bizarres sur sa peau. Depuis quelques temps, Kalifa a décidé que s'il avait une grippe, même si elle durait longtemps, il ne prendrait plus de médicaments parce qu'ils ne font que peu d'effet. Il essaie par d'autres biais en reproduisant des gestes qu'il faisait dans son pays d'origine (lait chaud, thé chaud, miel, inhalation avec peau d'oranges). Toutefois, s'il a des douleurs inconnues et fortes, alors il n'hésitera pas à se rendre rapidement à l'hôpital.

Kalifa fait attention au quotidien à sa santé notamment en s'habillant chaudement pour éviter les refroidissements qui durent chez lui. Etant donné que son travail est difficile, Kalifa porte une grande attention à ce qu'il mange et au repos le soir. Mais il dit aussi que sortir voir ses amis quand il le peut lui fait du bien et l'aide à évacuer son stress. D'après ses propos, la nourriture est très importante pour sa santé. S'il mange bien il n'y a pas de soucis mais quand il mange mal ou pas assez, alors il est très faible, devient nerveux, et il risque plus facilement de tomber malade.

#### **4.7. DIANE – « J'ETAIS LA FILLE EN TROP »**

Suisse, Diane a vingt-sept ans et est mère de trois enfants. Elle a grandi dans un village où elle a fait une partie de ses écoles. Rapidement, ses parents se sont aperçus de ses problèmes de prononciation et d'écriture et elle a dû être placée en classe de développement dans la commune voisine. Petite, Diane avait toujours l'impression d'être mise de côté par ses parents. De plus, elle estime qu'elle avait peu de complicité avec ses sœurs et n'avait que très peu d'amis ; ce qui est toujours le cas aujourd'hui d'après elle. Il y a peu de temps elle a appris qu'elle n'était pas une enfant désirée par ses parents, ceci lui est resté en tête. Après l'école secondaire, Diane s'est lancée dans un pré-apprentissage de boulangère-pâtissière. Au moment où son patron s'est dit d'accord de la prendre comme

apprentie, Diane a appris qu'elle était enceinte de son copain du moment et a décidé d'arrêter sa formation. Pourtant, quelques semaines plus tard elle a demandé à interrompre sa grossesse car ils se sont séparés. Après, elle a tenté de trouver du travail et s'est fait engagée dans une société de boulangerie, mais ils l'ont renvoyée car ils n'étaient pas satisfaits de sa technique. C'est à ce moment qu'elle a rencontré son mari actuel, installateur sanitaire, et qu'ils se sont mis en ménage, raconte-t-elle. Elle a d'abord trouvé un travail dans une crèche mais se sentait exploitée. Ensuite, elle est tombée enceinte de son premier garçon et a fait le choix d'être mère au foyer. Deux ans après, en 2004, elle raconte avoir mis au monde un deuxième garçon qui a failli mourir à la naissance car son cordon ombilical serrait son cou. Puis, deux ans plus tard, après la naissance de sa dernière fille, Diane a décidé de faire pompier-volontaire comme son père. Ses problèmes familiaux ont débuté, explique-t-elle. En effet, il y a d'abord son grand garçon qui a commencé à être impoli avec elle et à la taper, c'est pourquoi la famille s'est fait suivre par l'Office des mineurs. Ensuite, son mari a commencé à faire passer sa fille et son travail avant elle. Depuis ce moment, Diane affirme qu'il ne se passe plus grand chose dans son couple. La vie est rude à cinq avec un seul salaire et, en 2010, ils ont décidé de demander de l'aide à un œuvre caritative après s'être lourdement endettés. Depuis le début de l'année 2011, deux événements sont venus troubler leur quotidien : leur fils a été placé dans une institution de manière provisoire jusqu'à la fin de l'année scolaire et Diane s'est blessée en cours de répétition du massage cardiaque. Dépassée par les événements, Diane raconte ne plus arriver à entretenir son ménage. La famille habite un grand appartement subventionné dans un village. Elle n'a pas trouvé une aide professionnelle extérieure et refuse de demander un coup de main à ses proches, explique-t-elle, par crainte de leur montrer qu'elle n'a pas réussi à assumer son rôle de mère au foyer. Depuis quelques temps, il arrive que Diane remplace sa voisine pour livrer le quotidien dans son village, ce qui la fatigue énormément.

### **Les événements « tournants » de sa vie**

*« Ça fait depuis début février que (...) j'ai toujours les douleurs, mais le problème c'est que je ne peux pas, je ne veux pas demander de l'aide dans ma famille (...) je ne veux pas qu'ils sachent que je n'ai pas réussi les deux premiers mois (...). »*

Ayant des problèmes de lecture et d'écriture, Diane a rapidement dû suivre des classes spécialisées dans une autre commune. C'est le premier « tournant » de sa vie ; elle n'a pas pu suivre l'école comme les autres enfants de son village. Dans sa famille comme avec les enfants de son âge, elle se sentait toujours mise à l'écart et différente. La décision d'être mère au foyer qu'elle a prise une fois son premier enfant né est un « tournant » important de sa vie ; car c'est son mari qui subvient aux besoins de la famille entière depuis là. Dès la

naissance de son dernier enfant, les problèmes familiaux et financiers rencontrés créent un nouveau moment « tournant » de sa vie. Elle ne dort plus bien et est constamment fatiguée. Rencontrant des problèmes dans son couple et avec son fils aîné depuis quelques années, cette mère au foyer s'est rendue chez un psychologue récemment. Ce dernier lui a prescrit des antidépresseurs mais ceux-ci n'ont pas eu les effets escomptés alors elle a décidé d'arrêter le traitement sans avis médical. En dépit de sa santé psychique, c'est sa santé physique qui est limitée depuis quelques mois. Diane souffre de plusieurs tendinites et d'un nerf bloqué dans le dos. Ces souffrances physiques ne lui permettent pas de mener sa vie quotidienne comme elle le souhaiterait, notamment faire son ménage et s'occuper de ses enfants. De plus, la situation financière de leur ménage n'est pas bonne et le couple est en grands soucis. En effet, ils se sont lourdement endettés les années précédentes et ont du faire appel à une œuvre d'entraide pour se faire aider financièrement et administrativement.

### ***Son regard sur la santé***

Pour Diane, « **être en bonne santé** » est plus un mode de vie. Cela signifie que l'on peut manger de manière saine et équilibrée (fruits, légumes et viande) et que l'on est capable de faire du sport ou des activités physiques. Quelqu'un qui est en mauvaise santé serait malade assez régulièrement et se nourrirait mal. Ce qui est intéressant c'est que dans sa définition de la santé, Diane oppose tous les éléments d'une bonne santé à sa façon de vivre : elle ne mange pas sain et ne fait que peu de sport.

Pour des petits maux, Diane ne téléphone pas à son médecin et tente de se soigner par elle-même en prenant des médicaments de chez elle ou de la pharmacie. Elle essaie aussi de boire du thé. Cette stratégie l'a déjà mise en danger en 2010, Diane a commencé à ressentir des symptômes grippaux un mardi. Elle attendait que ça passe tout en voyant que son état de santé se déteriorait : elle ne mangeait plus, ne buvait plus, et avait beaucoup de fièvre. Le dimanche matin, elle a décidé de se rendre à l'hôpital accompagnée de ses trois enfants. Les médecins ont été très étonnés de la voir encore debout car elle avait la grippe H1N1, qu'elle était en plus asthmatique et qu'elle avait beaucoup de fièvre. Ayant perdu beaucoup de poids, elle a dû rester une semaine à l'hôpital. En ce qui concerne ses problèmes de tendinites et le nerf bloqué, son médecin lui a proposé une solution qu'elle refuse pour l'instant car elle sait qu'elle ne pourra pas assumer son ménage pendant un certain temps.

D'après Diane, l'alimentation est l'élément clé de la santé. Elle tente d'y faire un peu plus attention pour ses enfants. N'aimant pas les légumes depuis petite, elle tente de les faire aimer à ses enfants tout en ne les mangeant pas. Diane, sur conseil de son médecin, tente d'aller une fois par semaine courir pour son genou, mais elle a de la peine à trouver des moments pendant lesquels son mari peut s'occuper des enfants.

#### **4.8. MACHANGA – « MON MALHEUR A COMMENCE DEPUIS LE PAYS »**

Né en 1947, Machanga vient d'un village congolais. Sa mère est décédée lorsqu'il avait deux ans et il raconte avoir grandi avec son père et ses frères et sœurs. Depuis qu'il était petit, il a toujours souhaité faire des études, ceci explique pourquoi il est allé vivre chez le cousin de son père qui habitait proche d'une ville. Pendant trois ans, il explique avoir été maltraité par cet homme. Suite aux soulèvements de plusieurs tribus, il a dû retourner dans sa province d'origine car les Balubas, dont il fait partie, n'était plus les bienvenus dans cette région. Machanga raconte que la vie était très difficile dans sa province car il y avait que peu à manger et à boire ; les services de l'ONU distribuaient des denrées alimentaires. Son envie de faire des études restait forte, ceci explique ses démarches pour trouver une aide financière. Il a achevé ses études de pharmacie dans la capitale Kinshassa, explique-t-il. Ensuite, il y est resté et a trouvé un emploi dans une multinationale comme délégué médical. C'est à cette période que Machanga se souvient avoir rencontré sa femme et avoir commencé à fonder une famille. C'est une crise des devises qui l'a poussé à démissionner et ouvrir sa propre petite pharmacie, raconte-t-il. Il se souvient que le climat d'insécurité était très pesant dans la capitale. Machanga était engagé dans le parti clandestin de l'opposition au régime de Mobutu. Après que ce dernier soit chassé du Congo par Kabila qui avait pris la tête du pays, la situation ne s'est pas améliorée d'après lui. Il se rappelle plus particulièrement des conflits avec des réfugiés du Rwanda qui ont mené à la Deuxième guerre du Congo en 1998. A ce moment-là, Machanga a commencé à être inquiété par les autorités, car il raconte avoir hébergé un petit cousin qui combattait avec les rebelles rwandais. En 1999, seul, il s'est enfuit de Kinshassa pour sa province d'origine et c'est là qu'il a enfin décidé de fuir le pays. Avec l'aide de passeurs, il est arrivé en Suisse et se rappelle avoir déposé sa demande d'asile. C'est après deux recours aux rejets de sa demande d'asile qu'il a finalement obtenu neuf ans plus tard un permis B pour cas de rigueur. En Suisse, pendant ce temps, il se souvient avoir trouvé quelques petits boulots mais avec beaucoup de difficulté en raison de son statut de séjour et de son âge. Dès qu'il a obtenu son permis, il a trouvé du travail en tant qu'aide-cuisinier à 50%. Son salaire n'était cependant pas suffisant et son contrat pas assez sûr, c'est pourquoi il dit se faire encore légèrement aidé par les services sociaux depuis là. Cet emploi et son permis lui ont toutefois permis de reprendre seul l'appartement dans lequel il avait vécu en colocation. Ici, il s'est fait des amis à travers la religion et essaie de s'occuper un maximum. Agé de soixante-quatre ans, Machanga approche la retraite. Sa femme et ses enfants vivent toujours au Congo dans l'insécurité, ils lui manquent beaucoup mais Machanga dit avoir peu d'espoir de les faire venir un jour en Suisse.

## **Les événements « tournants » de sa vie**

*« Je ne marchande pas avec des choses comme ça. »*

Malgré un contexte de vie difficile à sa naissance et durant son enfance, Machanga dit ne pas avoir souffert dans son pays. Machanga a connu une rupture sur le plan professionnel chez lui mais a réussi à la surmonter en devenant indépendant. Son commerce marchait bien mais c'est le contexte politique de l'époque qui a provoqué le grand moment « tournant » de sa vie. En effet, il s'est vu menacé par les autorités et a dû s'enfuir de Kinshassa puis de son pays lorsqu'il avait une cinquantaine d'années en laissant sa famille derrière lui. C'est une fois arrivé en Suisse, à cinquante-deux ans, que sa vie a redémarré. Il a trouvé divers petits emplois mais aucun dans son domaine et à la hauteur de ses qualifications. C'est qu'une fois son permis obtenu en 2008, des années après sa demande d'asile, qu'il a trouvé un emploi plus stable mais tout de même très précaire dans le domaine de la restauration (difficile, irrégulier, durée déterminée d'une année renouvelé et à 50%). De plus, après son exil, sa santé a commencé à l'inquiéter. Machanga a eu divers problèmes : tunnels carpiens bouchés, polypes sur l'intestin, kyste dans la main, opération de la cataracte. En fin 2010, c'est la première fois qu'il a connu le lit d'hôpital. Un soir, Machanga a eu des douleurs brutales sur la poitrine et s'est rendu à l'hôpital très inquiet. Soucieux, les médecins l'ont envoyé à Berne pour faire des tests complémentaires. Il s'est vu diagnostiqué une péricardite<sup>10</sup>. Depuis ce jour, il prend des médicaments. Machanga constate donc une dégradation de sa santé depuis qu'il est en Suisse qu'il explique surtout par son âge avancé. Sur le plan moral, Machanga est soucieux pour sa famille restée dans son pays d'origine. Fragile, il lui suffit d'un coup de téléphone annonçant une mauvaise nouvelle pour qu'il n'arrive plus à dormir, qu'il n'ait plus d'appétit, qu'il commence à avoir des maux de tête et qu'il déprime.

### **Son regard sur la santé**

**« Etre en bonne santé »** pour Machanga c'est atteindre un bien-être physique et mental, ce qui signifie être apte, donc ne pas être affaibli par toute sorte de maladies. Une fois l'équilibre trouvé, il est possible de faire ce que l'on veut (travailler, marcher, bouger, être utile, etc.) d'après Machanga. La santé c'est sa priorité, mais ce qui lui tient à cœur ce n'est pas seulement sa santé mais également celle de sa famille. Sa santé peut souffrir de la mauvaise santé de sa famille.

Pour les petits maux, Machanga ne va pas voir le médecin et tente de se soigner essentiellement par des méthodes naturelles (thé, pastilles, bonbons, inhalations, etc.). Mais

---

<sup>10</sup> Inflammation du péricarde, la membrane entourant le cœur.

si le cas devient sérieux et qu'il est mal plus de quatre jours, il va alors consulter. En ce qui concerne d'autres symptômes plus alarmants, Machanga dit ne pas « marchander » avec sa santé et se rend le plus rapidement possible chez son médecin ou à l'hôpital. Depuis deux ans, Machanga a des problèmes rhumatologiques dans les mains. Il dit avoir négligé ce problème mais maintenant qu'il commence à être gêné dans son travail, il va faire des démarches pour savoir exactement ce que c'est. Son médecin pense que l'origine de ses problèmes de santé est sûrement psychique. Machanga a refusé de prendre les antidépresseurs prescrits par son docteur par crainte de ne pas pouvoir s'en sortir et surtout parce qu'il ne pensait pas en être arrivé au stade de devoir prendre des médicaments.

Machanga accorde beaucoup d'importance à la nourriture car il sait qu'il est dans une période à risques cardio-vasculaires. De plus, il est conscient que les produits tout préparés des pays industrialisés sont mauvais pour la santé. Il fait donc attention à ne pas mettre trop de sel, de sucre, de graisse et à préparer des repas équilibrés. D'ailleurs il fait également des petits exercices pour améliorer sa circulation sanguine et se maintenir en bonne forme physique. Machanga dit également marcher beaucoup dans son temps libre et rencontrer ses amis qui vont dans la même église que lui.

#### **4.9. UGUR – « UN GALERIEN »**

D'origine turque, Ugur est né en 1988 en Romandie. Cadet de deux frères, on lui a diagnostiqué à l'âge de trois ans la « fièvre méditerranéenne familiale<sup>11</sup> ». C'est une maladie génétique, d'ailleurs l'aîné de ses frères et son père sont atteints de cette même maladie. Elle provoque principalement des crises de douleurs très aiguës qui durent un ou deux jours. Toutefois, les personnes atteintes de cette maladie ont des symptômes douloureux permanents notamment dans l'abdomen, les articulations, le thorax ou sur la peau. Ugur raconte être allé à l'école obligatoire, mais il a toujours beaucoup manqué les cours à cause des crises ou des douleurs. Bien que l'ayant réussie, Ugur a décidé de redoubler sa neuvième année scolaire car il avait beaucoup été absent et n'avait pas eu le temps de faire des stages, explique-t-il. Durant sa dixième année d'école, Ugur s'est inséré quelques semaines dans plusieurs domaines (bureau, chantier, vente) mais il n'a jamais réussi à être présent pour un stage en entier. C'est pourquoi, au terme de sa scolarité, il n'a pas entrepris d'apprentissage, raconte-t-il, car il sentait bien qu'il n'arriverait pas à être présent suffisamment. Son père est décédé d'une crise cardiaque à ce moment-là, la FMF n'y étant pas pour rien. Depuis ses seize ans, Ugur n'a pas de travail, n'étudie pas, et dit ne rien faire de particulier car sa santé l'en empêche. Quand il a eu dix-huit ans, il raconte que c'est l'aide

---

<sup>11</sup> Ci après: FMF

sociale qui l'a pris en charge de façon individuelle. Une demande à l'AI est en cours de procédure depuis 2008. A ce jour, il vit avec sa maman qui est également bénéficiaire de l'aide sociale dans l'appartement dans lequel il a grandi dans une petite ville romande. Il est très rassuré de vivre proche d'un hôpital universitaire où un professeur étudie sa maladie et où il est accueilli à chacune de ses crises. Pour passer son temps, Ugur explique qu'il fait un peu de musique, qu'il rencontre ses amis lorsqu'ils ont congé et sinon qu'il attend. Il souffre de crises et fait régulièrement des séjours à l'hôpital.

### **Les événements « tournants » de sa vie**

*« Je ne sais pas si vous connaissez un patron qui engagerait quelqu'un comme ça ? C'est difficile (...) parce qu'il faut un minimum de présence, que les gens ils peuvent compter sur vous. (...) C'est pas possible en fait, pour l'instant en tout cas dans la vie sociale j'ai pas ma place. »*

La santé fait partie intégrante de sa vie depuis son enfance. En quelque sorte, sa santé est le « tournant » de sa vie car elle a décidé de son parcours en l'empêchant de se former, d'avoir un métier et de travailler. Petit, tout le monde pensait qu'Ugur était un de ces jeunes qui courbaient l'école. Encore maintenant, il laisse les gens penser ce qu'ils veulent et se considère lui-même comme un galérien. Sa maladie étant invisible à l'œil nu, il en a informé que son entourage. Sa vie et son quotidien sont organisés au rythme de sa maladie. Quand elle lui donne quelques moments de répit, il en profite pour faire de la musique, voir ses amis, se promener, etc. Sinon, il passe son temps à prendre soin de lui et à éliminer ses souffrances physiques. Il tente de maintenir son moral à un plus haut point afin que ses douleurs physiques ne transparaissent pas. Il explique que sa santé mentale influence fortement la présence de douleurs articulaires et inflammatoires. La FMF provoque des crises mais elles sont très irrégulières et d'intensités différentes. Il n'existe actuellement aucun traitement guérissant la maladie, uniquement des médicaments soulageant les symptômes. Ceci explique pourquoi Ugur ne s'est pas formé et n'a pas d'emploi, il dit être bien trop irrégulier pour qu'on puisse compter sur lui et n'avoir aucun moyen de soigner son problème de santé. D'après Ugur, cette maladie le rend aussi plus faible et sensible que les autres, son système immunitaire est moins bon.

### **Son regard sur la santé**

« **Etre en bonne santé** » signifie pour lui de ne pas avoir de problème au niveau du physique et au niveau de la tête. Autrement dit, lorsqu'on est en bonne santé on peut réfléchir normalement, faire du sport, travailler, établir des projets, etc. Toutefois, la santé a pris une autre signification pour Ugur, car pour lui, lorsqu'il se réveille sans douleurs il se

considère en bonne santé. Dans ses priorités de vie, la santé vient en deuxième position après sa famille. Il dit faire extrêmement attention à sa santé lorsqu'il prend des décisions. D'ailleurs, elle le pousse parfois à renoncer à certaines activités car il craint les retombées négatives sur sa santé. Au fil des jours, c'est en fonction de sa santé qu'Ugur prend des décisions basiques.

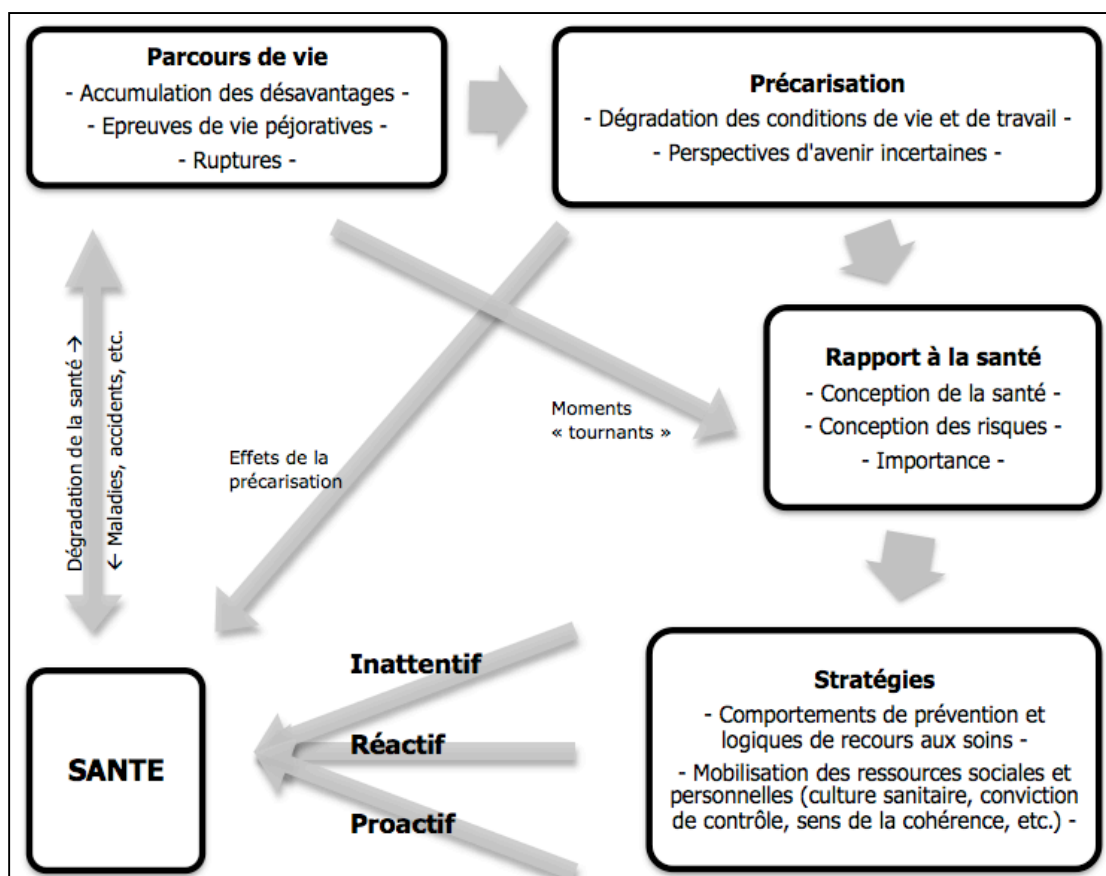
Etant donné qu'Ugur se sait très sensible, il dit faire très attention à ne pas tomber malade. En cas de symptômes grippaux, il essaie de se soigner par lui-même avec un médicament. Toutefois, si les symptômes ne passent pas il va rapidement voir son médecin traitant car il craint toujours des inflammations importantes en rapport avec sa maladie. Lorsqu'il a des crises, Ugur ne va à l'hôpital que si ses douleurs ont atteint le niveau de souffrance insupportable (10 sur 10). Habitué aux douleurs intenses, Ugur dit arriver à supporter de beaucoup plus fortes douleurs que tout un chacun. Il renonce souvent à aller à l'hôpital car il n'aime pas l'état dans lequel il se trouve après la morphine. Souvent, il souffre donc chez lui et tente de faire passer ses douleurs par des méthodes plutôt naturelles (bain, sieste, thé, etc.). Il a donc un contact régulier avec son médecin de famille et voit plusieurs fois par année le spécialiste pour sa maladie.

Ugur connaît de mieux en mieux sa maladie et sait que son moral affecte énormément l'occurrence de crises, c'est pourquoi il tente de rester le plus positif et souriant possible sans trop prendre à cœur les histoires des autres. C'est une manière de se protéger des éventuelles crises à venir. Sinon, Ugur ne fait pas trop attention à son alimentation et ne mange aucun légume. Parfois, lorsqu'il se sent bien, Ugur va se promener pour garder un peu la forme physique. Lorsqu'il était plus jeune, Ugur adorait le football et faisait partie d'une équipe. Aujourd'hui il en rêve mais en est incapable car ses douleurs n'en seraient que plus grandes et insoutenables après les entraînements une fois que les muscles se refroidissent.

## 5. PARCOURS VERS LA PRECARITE : QUELS REGARDS SUR LA SANTE ?

Suite à ces parcours de vie et ces regards singuliers sur la santé, l'objectif est d'aller plus en profondeur dans ce qui rassemble et oppose les individus rencontrés. Le but de cette analyse est d'essayer de comprendre les logiques dans lesquelles sont ancrés les discours et les comportements des personnes vivant des situations de précarité aussi différentes soient elles. Les pistes d'analyse dégagées amènent, grâce à la littérature également, à certaines connaissances mais mériteraient toutefois de plus d'attention. Ce sont néanmoins des perspectives de recherche qui s'ouvrent. En partant de l'idée que les processus de précarisation ont un impact sur la santé, ce qui m'intéressait c'était de mieux comprendre, grâce aux regards d'individus vivant cette expérience, en quoi cette situation de vie modifiait le rapport entretenu avec leur corps ainsi que leur choix de stratégies individuelles concernant la santé. En effet, comme expliqué dans le cadre théorique, Parizot et al. (2003) considèrent les dimensions individuelles comme importantes et peu documentées. Chacun, en fonction de son histoire de vie, des « tournants » de son parcours, de ses expériences de la maladie et des soins, se ferait une idée de ce qu'est la santé, et donc, s'il le souhaite, de ce qu'il faut faire pour l'entretenir en fonction de ses ressources. Le schéma ci-dessous permet d'illustrer l'organisation de cette partie qui traitera des chemins collectifs et individuels amenant à porter plus ou moins d'attention à sa santé en situation de précarité.

**Figure 3 : Les chemins vers la santé en situation de précarité**



## 5.1. LES PROCESSUS DE PRECARISATION DES SITUATIONS DE VIE

Cette première partie de l'analyse traitera essentiellement des différents chemins ayant mené les individus rencontrés à vivre des situations de vie difficiles. Une maladie, un accident, la perte d'un emploi, l'expérience du chômage ou encore des problèmes familiaux sont toutes des épreuves de vies péjoratives qui s'accumulent et qui modifient les conditions de vie ainsi que les perspectives d'avenir. Après avoir relevé les événements « tournants » des parcours de vie de chacun au chapitre précédent, il est intéressant d'approfondir quelques aspects communs du phénomène de précarisation des situations de vie.

### 5.1.1. ACCUMULATION DES DESAVANTAGES, RUPTURES ET EPREUVES DE VIE PEJORATIVES

Les chemins entraînant vers la précarité sont multiples. Les portraits des personnes rencontrées démontrent cette diversité des situations qui peuvent mener des individus à dépendre d'une aide matérielle. De façon générale, on peut constater une combinaison de plusieurs ruptures (enfance, emploi, famille, santé, administration) au fil des parcours de vie. Il serait bien trop simplifié de réduire les situations de précarité de ces individus en ne mentionnant que les raisons qui ont déclenché leur recours à une assistance par la société. D'ailleurs, il n'est pas évident d'isoler cette rupture précise. Le phénomène de précarisation s'explique par l'accumulation de plusieurs insécurités imbriquées dans les trajectoires des individus (Wresinski : 1987). Ce chapitre traitera du processus d'accumulation des désavantages au fil des trajectoires de vie, en passant par les différentes ruptures et épreuves de vie péjoratives vécues, pour aboutir aux éléments déclencheurs de leur incapacité à assumer leurs responsabilités élémentaires pour vivre.

Le processus d'accumulation des désavantages se déroule tout au long de la vie. Il commence dès l'enfance et se poursuit durant l'existence; il s'agira ici de citer les principaux facteurs menant à la précarisation des situations de vie évoqués par les individus.

En débutant leurs récits de vie par des souvenirs de leurs premières années de vie, les individus rencontrés ont fait part de certaines difficultés. Ils ont souvent attesté d'enfances difficiles mais sous différentes formes. Les immigrés de première génération (**Armira, Kalifa, Tarik et Machanga**) vivaient dans des pays où les conditions de vie étaient mauvaises (guerre, maltraitance, conditions de vie très modestes, discrimination, pauvreté, etc.). Quant à ceux ayant grandi en Suisse, certains ont évoqué des difficultés telles que se sentir différent des autres et parfois même exclu (à l'école ou au sein de leur famille) du fait de problèmes de développement ou de santé (**Ugur, Claudio et Diane**).

Suite à la période de l'enfance vient l'étape de la formation. La plupart n'a pas accompli d'études après l'école ou a fait un apprentissage. En effet, **Armira, Diane, Ugur, Kalifa** et **Guillaume** n'ont pas de formation post-obligatoire et **Claudio, Tarik, Bertrand** ont accompli une formation professionnelle initiale telle qu'un CFC. Seul **Machanga** a fait une formation professionnelle supérieure de pharmacien. Machanga et Claudio se démarquent ici dans leurs discours en expliquant avoir lutté pour se former en dépit des obstacles rencontrés dans leur enfance (principalement un problème de santé important pour Claudio et un manque de ressources matérielles pour Machanga). Le fait d'avoir un niveau de formation primaire ne conduit pas forcément à recourir à l'aide sociale mais positionne fréquemment les individus dans des positions socio-économiques inférieures.

Certains des immigrés (**Armira, Kalifa** et **Tarik**) ont à ce stade pris la décision de s'exiler de leurs pays d'origine car les conditions de vie devenaient difficiles et ils s'y sentaient menacés. Kalifa et Tarik ont vu leurs droits fondamentaux être bafoués durant leur enfance. Les différents traumatismes vécus avant d'émigrer peuvent persister après l'exil et créer des problèmes de santé. C'est à l'âge de 20 et 25 ans que ces deux Africains ont émigré. Accompagnée de son mari, Armira a, quant à elle, suivi sa mère qui venait rejoindre son père à l'âge de 19 ans. **Machanga** a fui son pays bien plus tard : c'est à l'âge de 50 ans qu'il s'est senti en danger et a décidé de s'enfuir ; c'était au milieu de sa vie professionnelle.

En dépit des obstacles rencontrés lors de la phase de formation et l'émigration de certains, tous à l'exception d'**Ugur**, sont parvenus à entrer dans la sphère du travail et à gagner leur vie. Toutefois, leurs parcours professionnels ont pour la plupart connu des chamboulements voire des ruptures, comme la perte d'un emploi, une période de chômage, la décision de changer de domaine, celle de se consacrer à sa famille, ou encore l'obligation d'arrêter de travailler à cause d'une atteinte à la santé. Sans formation reconnue, les trois immigrés africains ont réussi à trouver des emplois en Suisse mais les conditions de travail y sont dures (contrats temporaires, horaires irréguliers, faible reconnaissance, etc.). **Diane** et **Armira**, toutes deux sans formation post-obligatoire, ont aussi réussi à s'insérer dans le monde professionnel. Toutefois, Diane a décidé de s'occuper de ses enfants et Armira a dû arrêté le travail lorsqu'elle a commencé à rencontrer des problèmes de santé.

Pour certains, la santé prend un sens particulier au fil du parcours de vie. En effet, certains ont été obligés de quitter la sphère professionnelle en raison de problèmes de santé ou de maladies. **Armira**, atteinte de la fibromyalgie s'est vue incapable de reprendre un travail quand les premiers symptômes sont apparus il y a dix-huit ans de cela. La maladie génétique d'**Ugur** ne lui a pas permis de faire une formation, ni de s'engager dans la sphère professionnelle. **Claudio** et **Tarik** ont dû quitter leurs emplois car leur état de santé les a

rendus inaptes à travailler, du moins dans le domaine dans lequel ils étaient. Quant à **Guillaume**, il a vu sa santé se dégrader suite à une mauvaise chute mal soignée. Il était en train de reprendre son avenir professionnel en mains en essayant de sortir du système social lorsque des douleurs au dos l'ont rattrapé et l'en ont empêché.

En dehors de la sphère professionnelle, la vie privée des individus joue un grand rôle également dans le phénomène de précarisation ainsi que pour les questions de santé. Les situations familiales des individus rencontrés sont diverses, mais elles ont également connu des chamboulements voire des ruptures. **Tarik**, **Ugur** et **Guillaume** sont célibataires. **Kalifa** vient de se marier et n'a pas encore d'enfant. **Machanga** et **Diane** se sont mariés et ont eu des enfants. Machanga vit seul en Suisse et dit souffrir de la distance qui le sépare de sa famille vivant toujours en Afrique. Diane rencontre des problèmes relationnels avec son mari et son aîné. **Armira**, **Bertrand** et **Claudio** se sont tous trois divorcés il y a plus de trois ans. Claudio n'a pas fondé de famille mais son ex-femme a demandé le divorce, car selon lui elle ne supportait pas qu'il ait perdu le statut découlant de son premier emploi. Par contre, Armira et Bertrand ont chacun eu deux enfants et estiment que leurs séparations ont été des moments « tournants » de leurs vies. D'après Armira, son mari a demandé le divorce car il ne supportait plus de la voir dans cet état de santé. Quant à Bertrand, c'est sa femme qui a demandé le divorce il y a quelques années, il explique peu cette rupture qui l'a beaucoup bouleversé mais il pense qu'elle fréquentait quelqu'un d'autre. Actuellement, il voit ses filles très régulièrement.

Comme on le constate ci-dessus, les trajectoires de vie sont composées de différentes sphères emboîtées dont celles de l'enfance, de la formation, du travail, de la famille et celle de la santé (Sapin, Spini, Widmer : 2007). Ces sphères sont en constante interaction ; lorsqu'il y a une rupture au sein d'une sphère, alors la vulnérabilité de l'individu s'accroît et une ou plusieurs ruptures peuvent survenir dans d'autres sphères. Ces effets de chaîne s'accumulent au cours de la vie et mettent les individus dans des positions particulièrement désavantageuses. D'après Burton Jeangros et Widmer, « *examining how family configurations, work opportunities, and health statuses interact in dynamic processes* » (2009, 191) est essentiel pour comprendre la formation des inégalités face à la santé. Cet enchaînement de ruptures est palpable dans les récits des individus rencontrés. Le tableau ci-dessous résume les différentes ruptures perçues par les participants à cette recherche dans des sphères variées et à divers « tournants » de leur vie.

**Figure 4 : Les ruptures entraînant la précarisation des situations de vie**

	<i>Armira</i>	<i>Bertrand</i>	<i>Claudio</i>	<i>Diane</i>	<i>Guillaume</i>	<i>Kalifa</i>	<i>Machanga</i>	<i>Tarik</i>	<i>Ugur</i>
<b>RUPTURES</b>									
Emploi	X	XXX	X	XX	XX	XXX	XXX	X	X
Famille -Couple	XXX	X	X				X	X	
Santé	XX		XXX	X	XX			XXX	XXX
Sociabilité		X		X	x				
Administration				XXX	XXX		X	X	
<b>AUTRES DETERMINANTS</b>									
Formation	X	X		X	X	X		X	XX
Enfances difficiles	x		X	X		XX	XX	XX	X
	XXX = élément déclencheur								
	X ou XX = autres éléments liés plus ou moins fortement								

L'interaction de ces ruptures ne se fait pas dans le même ordre et ne pèjore pas de la même manière tous les parcours. Les moments « tournants » des parcours ont été introduits dans le chapitre précédent. Certains ont d'abord rencontré des problèmes de santé qui les ont amenés à une rupture sur le plan professionnel, puis parfois sur le plan familial. D'autres ont vécu des ruptures ou des chamboulements professionnels qui se sont vus enchaînés par des ruptures familiales et parfois également par des problèmes de santé. L'élément déclencheur de la demande d'aide est souvent lié à une rupture précise. Pourtant, d'autres ruptures survenues en amont ou à la suite peuvent accentuer le phénomène de précarisation.

Les récits de vie démontrent particulièrement bien l'accumulation de désavantages et de diverses insécurités, comme mentionné par Wresinski (1987), au fil de la vie. Fragilisés pour la plupart, une des ruptures de ces individus les a amenés à chercher de l'aide car ils n'étaient plus en mesure de mener leurs vies respectives de manière autonome. Pour **Ugur**, **Armira**, **Claudio** et **Tarik**, il est possible de dire que ce sont principalement leur état de santé qui les a poussé à recourir à l'aide sociale (maladies invalidantes, détérioration d'un problème de santé, ennuis psychiques, etc.). Tandis que **Bertrand**, **Machanga**, **Diane** et **Guillaume** ont eux rencontré des difficultés dans la sphère du travail (faillites, chômage, salaires insuffisants, etc.), ce qui les a obligé à demander de l'aide.

Evidemment ces éléments déclencheurs sont divers et emboîtés avec d'autres épreuves de vie péjoratives (un divorce, la perte d'un emploi, des problèmes administratifs, un endettement, etc.). **Armira**, par exemple, souffrait déjà depuis une quinzaine d'années des symptômes liés à la fibromyalgie mais c'est lorsque son mari, qui subvenait aux besoins de

la famille, a demandé le divorce qu'elle s'est retrouvée sans ressources financières et sans possibilité de travailler à cause de sa santé.

**Kalifa** est un cas particulier de cet échantillon car il subvient à ses besoins de manière autonome depuis peu. La volonté de se former l'avait poussé à quitter son travail et à se faire aider financièrement. Toutefois, il n'a pas achevé cette formation et a trouvé un emploi. C'est sans être contraint de recourir à une assistance financière qu'il se formera par la suite.

Les facteurs entraînant vers la précarisation des situations de vie sont donc variables et singuliers. Toutefois, les situations décrites sont également temporellement différentes. Tous les participants se trouvent à des stades différents du processus de précarisation. En effet, les situations sont diverses : certains sont plus ou moins proches du monde du travail et d'autres en sont très éloignés, certains pensent prochainement sortir du système social alors que d'autres n'ont que peu de perspectives allant dans ce sens, certains sont aidés depuis longtemps alors que d'autres viennent de recourir à une aide. **Armira, Ugur et Guillaume** font recours à l'aide sociale depuis des durées de temps différentes (respectivement 3, 5 et 7 ans) mais, étant donné leurs problèmes de santé, ils ont tous trois le sentiment qu'ils vont y rester encore un moment ou alors qu'ils vont changer d'institution (AI notamment). **Diane, Tarik et Claudio** sont eux dans des situations différentes. En effet, ils sont depuis moins d'une année bénéficiaires d'une aide financière (le chômage pour Tarik, l'aide sociale pour Claudio et une œuvre d'entraide pour Diane). Ces trois personnes sont plus proches de l'emploi car Tarik et Claudio sont en recherche active et Diane pense chercher du travail quand sa plus jeune enfant intégrera l'école. **Bertrand** est lui depuis plus longtemps bénéficiaire de l'aide sociale (7 ans) mais il espère fortement être prochainement réinséré dans la sphère du travail et sortir des services sociaux. En ce qui concerne **Machanga**, la situation est plus compliquée car il approche l'âge de la retraite et ne sait pas vraiment de quoi son avenir sera fait étant donné qu'il n'a pas pu cotiser suffisamment pour l'assurance-vieillesse (AVS). Enfin, **Kalifa** est le seul à être sorti récemment d'une assistance financière.

## 5.1.2. LES EFFETS NEFASTES DE LA PRECARISATION DES SITUATIONS DE VIE

Figure 5 : Illustration de Titom - Précarité

Comme le démontre cette illustration de Titom<sup>12</sup>, dessinateur belge, une situation de précarité c'est un état d'insécurité. En l'occurrence, la femme illustrée est en insécurité sur les plans professionnel et familial. L'individu, fragilisé par la précarité, se retrouve, comme cette femme, sur une corde instable après plusieurs épreuves de vie difficiles. Il est dans une position de vulnérabilité face aux événements qui pourraient arriver et le déstabiliser encore davantage.



Aïach (2010) évoque cette fragilisation comme l'effet d'amplification de l'accumulation des désavantages. Ceci signifie que les groupes se trouvant dans des situations d'insécurité dans certains domaines de la vie sont encore plus vulnérables aux différents facteurs de risques de santé, aux autres désavantages ou épreuves de vie péjoratives. De nouvelles difficultés pourraient donc, selon Aïach, venir se greffer plus facilement chez ces individus déjà fragilisés. Comme Mackenbach (2006) le souligne, le manque de ressources matérielles explique la dégradation des conditions de vie et de travail des individus se trouvant dans des situations de précarité. Ces circonstances de vie peuvent avoir des effets directs et indirects sur l'état de santé. Le manque de perspectives d'avenir auquel sont souvent confrontés ces individus est également un facteur pouvant avoir des conséquences sur la santé. Ces deux éléments vont être développés dans cette partie de l'analyse.

### 5.1.2.1. DEGRADATION DES CONDITIONS DE VIE ET DE TRAVAIL AU QUOTIDIEN

En parlant de leur vie quotidienne, certains ont évoqué le manque de moyens financiers qui les pèse, les choses auxquelles ils ont dû renoncer, les contacts sociaux qui se font rares, les sentiments de mal-être qui sont de plus en plus réguliers, ou encore les conditions de travail difficiles. Le phénomène de la précarisation est un processus : les individus voient petit à petit leurs conditions de vie se dégrader après certaines ruptures ou certaines épreuves de vie péjoratives. **Kalifa, Tarik et Machanga** avaient, quant à eux, déjà plutôt de mauvaises conditions de vie en étant requérants d'asile. D'après Mackenbach (2006), c'est

<sup>12</sup> <http://fjtcherbourg.over-blog.com/article-23526928.html> (consulté le 01.06.11)

lorsque les individus se retrouvent devant une dégradation de leurs conditions de vie qu'ils sont les plus exposés à certains facteurs de risque concernant la santé notamment.

Mackenbach (2006) a commencé par souligner les effets directs et indirects de la privation matérielle sur la manière de vivre sa vie. D'après ce chercheur, le manque de ressources matérielles peut nuire directement à la santé car il est courant d'habiter dans un lieu malsain et d'avoir un emploi difficile et dangereux lorsqu'on est en situation de précarité. En ce qui concerne l'emploi de ceux qui ont une occupation, il n'est pour aucun dangereux mais ce sont plutôt les conditions de travail qui sont difficiles et stressantes. Celles-ci seront analysées plus bas car elles peuvent avoir des effets indirects sur la santé.

Aucun des individus rencontrés ne s'est plaint d'un habitat malsain qui aurait aussi pu avoir un effet direct sur la santé. Au contraire, ils semblent plutôt satisfaits de leur logement. Les individus rencontrés habitent tous des petites villes romandes<sup>13</sup> à l'exception de **Diane** qui vit dans un village dans un appartement subventionné. Tous sont locataires d'appartements ; la taille de ceux-ci variant suivant s'ils vivent seuls (**Machanga, Claudio, Bertrand et Kalifa**) ou en famille (**Ugur, Diane et Armira**). Parmi les réfugiés, seul **Tarik** vit encore en colocation dans un studio avec un requérant d'asile tandis que les autres ont vu leurs conditions de logement s'améliorer en recevant leur permis de séjour. Lorsqu'il a commencé à dépendre des services sociaux, **Guillaume** a décidé de retourner vivre dans l'appartement où il a grandi avec sa mère pour des raisons financières, il n'a donc plus de logement à lui et a vu ses conditions d'habitation se dégrader. En dépit de la grandeur de leur logement, plusieurs s'estiment chanceux de vivre en ville à proximité des commerces, des infrastructures (hôpitaux, écoles, etc.) ainsi que des transports publics.

Etant donné que je me suis rendue à domicile pour la plupart des entretiens, il est important que je fasse part de mes impressions personnelles. Quand **Diane** m'a reçue à son domicile, elle m'avait prévenue que c'était mal rangé car son problème de santé ne lui avait pas permis de faire le ménage. En effet, j'ai été étonnée de la taille de son appartement, mais surtout du désordre accumulé, de l'odeur et de la saleté. **Tarik** vit dans un immeuble réservé aux requérants d'asile qui appartient à la ville où il réside. Ce bâtiment est très peu entretenu et plutôt mal isolé du fait notamment que les couloirs sont des coursives<sup>14</sup>. Lorsqu'il m'a reçu chez lui, j'ai eu le sentiment que ce studio était vraiment trop étroit pour y vivre à deux.

Mackenbach (2006) a également constaté que le manque de moyens matériels peut avoir des effets indirects sur la santé car lorsqu'on a peu d'argent il est plus difficile d'acheter tout

---

<sup>13</sup> Entre 20'000 et 35'000 habitants

<sup>14</sup> Couloirs extérieurs menant aux appartements

le temps de la nourriture saine, de payer annuellement des cotisations de clubs sportifs, ou encore de sortir rencontrer ses amis autour d'un café. Les effets sont indirects car ils poussent, plus le temps passe, à l'adoption de comportements malsains.

Plusieurs évoquent des soucis d'argent. En effet, étant donné que la plupart dépendent de l'aide sociale ils ont des revenus minimaux, que certains appellent des « revenus d'insertion », « budgets du mois », « salaires » ou encore « le petit complément ». **Diane, Ugur, Bertrand** et **Armira** se disent particulièrement affectés par ces situations financières restreintes. Armira dit souffrir de beaucoup de manques dans son quotidien, elle évoque par exemple le prix du café en expliquant pourquoi elle sort de moins en moins de chez elle pour aller rencontrer du monde. Ugur explique qu'à la fin du mois, en ayant déduit toutes ses charges ainsi que la nourriture, il lui reste 200 CHF pour vivre. Bertrand estime qu'il n'a pas les moyens de faire beaucoup d'activités sportives avec ses filles étant donné sa situation financière. Au lieu d'aller skier par exemple, il se résigne actuellement à aller à la place de jeux. Diane a littéralement choqué sa conseillère lorsqu'elle lui a exposé son budget très étroit pour la nourriture pour une famille de cinq personnes. Ces situations financières restreintes amènent certains à adopter, au fur et à mesure que le temps passe, un mode de vie mauvais pour la santé. Par exemple, Diane achète de plus en plus de nourriture congelée et toute préparée, presque plus aucun légume frais, peu de viande ou de poisson.

*« (...) je pourrais faire plus de choses avec mes enfants. (...) Mais vu que j'ai pas beaucoup d'argent on se limite à aller à la place de jeux, des fois chez mes parents... » **Bertrand***

*« J'arrive faire avec à peu près 500 Francs un mois de nourriture pour cinq, (...) ça veut dire à peu près 100 Francs par semaine pour cinq. (...) des pâtes, du riz, tout ce qui est prix garantie, M-budget, ce qui est congelé, comme les cordons bleus. » **Diane***

A l'exception de **Diane**, personne n'a de voiture. Diane estime qu'elle en a vraiment besoin car elle n'habite pas en ville et tout est plus éloigné pour elle. De plus, il est difficile de se déplacer en transports publics avec trois jeunes enfants. Pourtant, sa voiture rencontre actuellement des problèmes et son garagiste lui conseille d'en acheter une nouvelle plutôt que de payer les réparations. Toutefois, de tels imprévus dans un budget très serré ne sont pas possibles. Elle angoisse beaucoup car pour le moment elle ne répare pas sa voiture et prend donc des risques au quotidien. **Guillaume** et **Bertrand** ont eu pendant plusieurs années une voiture mais lorsqu'ils se sont retrouvés à l'aide sociale, ils ont dû y renoncer car ils avaient peur de ne pas pouvoir assumer les frais engendrés ou inopinés. Les autres se déplacent donc à pied ou en transports publics.

Ces craintes et ce stress sont évoqués par Mackenbach (2006). Les situations financières limitées, la dégradation des conditions de vie et les conditions de travail stressantes provoquent, d'après lui, un stress psychosocial qui, à la longue, a directement un effet néfaste sur la santé lorsqu'il se prolonge. Cet effet est détaillé par l'OMS (in : Villiger & Knöpfel : 2009). En situation de stress, notre énergie et nos ressources se mobilisent alors qu'elles sont normalement utilisées dans des processus physiologiques importants qui visent la conservation de notre santé sur le long terme. Si les périodes de stress sont courtes, alors les effets sur la santé à long terme sont minimales et négligeables. Mais, si l'on est trop souvent tendus et stressés, alors les effets sont importants : les systèmes immunitaires et vasculaires deviennent plus vulnérables à toute une série de problèmes de santé<sup>15</sup>. De plus, le stress agit aussi indirectement sur la santé, car les individus trop stressés peuvent adopter des comportements néfastes comme le tabagisme, la consommation excessive d'alcool et de drogues, qui provoquent un sentiment de détérioration.

Pour ceux qui ont une occupation, ils évoquent des conditions de travail difficiles car stressantes. En effet, **Kalifa**, bien qu'il ait un contrat à durée indéterminée, se sent stressé chaque matin par les nombreuses tâches qu'il a à accomplir. **Bertrand** et **Machanga** ne se plaignent pas du travail en question, mais de l'instabilité de leurs contrats de travail qui les mettent dans des positions d'insécurité et donc de stress. Le contrat de travail de Machanga est d'une durée de dix mois renouvelé à chaque rentrée scolaire. Des conditions de travail si précaires et un salaire minimal non assuré tous les mois de l'année lui provoquent des surcroits de stress. Bertrand est aussi stressé car il reste indemnisé par l'aide sociale et n'a donc pas de contrat avec l'école dans laquelle il est engagé.

Pour ceux qui ne travaillent pas (**Guillaume**, **Armira**, **Claudio**, **Tarik** et **Ugur**), les journées sont devenues nettement moins régulières, moins organisées et moins stressantes. Souvent, aucun planning n'est prévu à l'avance. **Diane** fait exception car elle a un rythme bien précis à tenir, celui de ses enfants.

*« ça dépend ce n'est pas la même chose chaque jour c'est différent. (...) Le lever il n'y a pas d'heure particulière. » **Tarik***

Bien que l'on ne puisse pas constater un stress au quotidien chez ces individus inactifs, certains estiment que leur santé mentale est de moins en moins bonne. Beaucoup ont fait part de souffrances psychologiques quotidiennes comme des sentiments de fatigue, des sensations de mal-être et des difficultés à s'endormir notamment. Dans la plupart des situations rencontrées, les individus ne se considèrent pas comme malades, mais ressentent

---

<sup>15</sup> Notamment : infections, diabète, hypertension, crises cardiaques, AVC, dépression, agressivité

de plus en plus de difficultés à faire face aux contraintes de leurs vies quotidiennes (Joubert : 2011). Pour ceux qui sont occupés, ce sont les conditions de travail qui sont dures à supporter, car stressantes, dévalorisantes et précaires. Pour les autres, c'est le quotidien qui est difficile à endurer car ils n'ont plus d'occupation ou alors ils n'ont pas la possibilité de travailler à cause de leurs souffrances physiques. D'après Joubert (2001), ces signes de mal-être renvoient essentiellement à des sensations. L'expression de cette souffrance constituerait, selon lui, « *une des modalités de réaction à la précarisation, celle qui prend le psychisme comme support d'expression* » (Joubert : 2001, 72).

*« J'étais pas très très bien, je dors pas très bien, (...) le docteur dit que c'est le stress parfois, le coup de penser à ce qui s'est passé avant. Tout ça j'espère que c'est pas très grave. » **Tarik***

*« C'est très difficile avec moi (...) j'ai pas envie de rencontrer personne. Je reste toute seule, bon je pleure, comme ça. » **Armira***

Le réseau social est souvent évoqué un élément qui procure un soutien permettant de modérer le stress suscité par certains événements ou certaines situations de vie (Peretti-Watel : 2006). Les impacts du stress psychosocial et des souffrances psychologiques sur la santé seraient réduits lorsque les réseaux sociaux sont de qualité, c'est-à-dire lorsqu'ils offrent régulièrement un soutien informationnel et émotionnel notamment. La mobilisation des réseaux sociaux face au stress et aux questions de santé sera toutefois analysée plus en détails plus tard (voir chapitre 5.2.4, pages 96-97). D'après Villiger et Knöpfel (2009), les personnes aux statuts socio-économiques bas se caractériseraient pas un réseau social peu dense et auraient plus de peine à percevoir le soutien que peut leur procurer leur entourage.

Les individus rencontrés ne sont pas isolés d'une vie sociale, mais n'ont attesté que de peu de relations extra-familiales. Les réseaux sociaux des participants sont pour la plupart restreints, et ce encore davantage lorsqu'il s'agit de discuter de leur situation de vie ou de leur état de santé. **Armira, Bertrand, Guillaume** et **Diane** n'ont mentionné qu'une à trois personnes avec qu'ils ont des contacts, et encore ceux-ci ne sont pas forcément réguliers. Ils rencontrent ces « amis » ou « copains » pendant leur temps libre afin de se divertir. Armira va parfois boire un café mais pas trop souvent car cela coûte cher pour elle. C'est la seule qui dit voir moins souvent ses amies depuis qu'elle est malade pour des raisons de moral et depuis qu'elle bénéficie de l'aide sociale pour des raisons financières. Diane et Guillaume n'ont jamais eu beaucoup de relations sociales. Ils ont l'habitude de voir leurs amis de longue date une fois par semaine et se divertissent (loto, console vidéo, etc.). Bertrand estime avoir perdu son réseau social à plusieurs reprises (jeunesse, séparation). Il a rencontré une personne lorsqu'il tentait de se réinsérer dans la sphère professionnelle et

qu'il avait le moral très bas à cause de sa séparation, il a gardé des contacts fréquents avec cet individu qui a su l'aider à remonter la pente.

Les autres, **Claudio**, **Kalifa**, **Tarik**, **Machanga** et **Ugur** disent avoir maintenu des réseaux sociaux plus larges, ce qui ne signifie pas pour autant que les relations qu'ils entretiennent sont plus intenses et fréquentes. Kalifa, Claudio et Machanga ont plusieurs cercles de connaissances qu'ils rencontrent régulièrement, notamment des anciens collègues avec lesquels ils vont boire un verre, des personnes s'adonnant aux mêmes sports qu'eux et des personnes de la même communauté religieuse. Kalifa et Tarik disent aussi avoir gardé des liens avec des individus qui étaient requérants d'asile en même temps qu'eux. Ugur dit avoir conservé quelques amitiés avec des gens rencontrés à l'école primaire et secondaire qu'il voit lorsqu'ils ont du temps libre c'est-à-dire en fin de journée ou le week-end.

Cependant, de manière générale, plusieurs ont le sentiment d'être assez seuls dans leur vie. On ressent dans leurs discours une certaine tristesse et parfois un sentiment d'exclusion. La solitude semble être une habitude pour certains, alors que d'autres ont vu leurs relations sociales devenir de plus en plus rares après des épreuves de vie péjoratives. **Diane** explique par exemple qu'elle n'a jamais eu beaucoup d'amis depuis qu'elle est petite et qu'elle n'en a qu'une seule actuellement. **Bertrand** raconte avoir perdu son cercle d'amis après l'épreuve péjorative qu'a été la séparation avec sa femme. **Machanga** et **Tarik** expriment aussi ces sentiments de solitude maintenant qu'ils sont éloignés de leurs familles.

En réponse à la privation matérielle, au stress psychosocial et au manque de soutien social, les individus peuvent, d'après Mackenbach (2006), commencer à adopter des comportements à risque, voire même développer des modes de vie malsains. Ce chercheur évoque une « culture » néfaste pour la santé partagée par ceux qui souffrent de plusieurs insécurités, il évoque notamment la dépendance au tabac ou à l'alcool, l'inactivité physique, et l'alimentation malsaine.

Plus les situations de précarité de ces individus perdurent, plus le stress psychosocial et les souffrances psychologiques qu'ils endurent vont les fragiliser et les rendre plus vulnérables à différents problèmes de santé. D'ailleurs, les sentiments de mal-être ainsi que les problèmes de santé des individus qui ne travaillent pas influencent leurs comportements. Dans leurs discours, on a l'impression que leurs journées sont organisées au rythme de leurs souffrances psychologiques et physiques. **Ugur**, **Guillaume** et **Armira** vont par exemple souvent décider de ne rien faire pour ne pas avoir davantage de douleurs. Armira préfère être seule lorsqu'elle n'est pas bien, elle pleure régulièrement. Ces trois individus renoncent souvent à sortir de chez eux pour se promener ou s'adonner à une activité physique par

crainte que les douleurs augmentent. Leur mode de vie est devenu d'après eux assez sédentaire. Ugur a parfois l'impression de vivre comme une personne âgée alors qu'il a le corps d'un jeune homme. Parfois, Ugur et Guillaume refusent d'écouter leurs douleurs et planifient des activités tout en sachant qu'ils risquent de souffrir davantage les jours suivants. Il est intéressant de lire les raisons pour lesquelles ils prennent ces décisions ; on pourrait dire qu'elles vont à l'encontre de leur santé physique mais en faveur de leur santé morale.

*« Ben elle est devenue très sédentaire, très peu variée quoi. J'étais nettement plus actif, j'étais nettement plus à l'extérieur, maintenant c'est plutôt le contraire je suis beaucoup plus à l'intérieur. »* **Guillaume**

*« Réveil vers 8h, mal à la cheville depuis hier soir, un petit peu rouge et enfle, mais j'arrive à marcher.... Je sais que cet après-midi je vais pas commencer à me promener, pas faire grand-chose car si j'appuie trop ce soir j'aurai mal à la cheville le soir... »* **Ugur** (journal de bord)

*« Mal aux jambes surtout à la cheville, c'est le week-end, je commence à être vraiment fatigué, vu que le samedi je me promène un peu plus, je sors boire un verre. Plus de possibilités que je sois pas bien le dimanche en fait, même si je dois me fixer des limites, il faut quand même que je vive un minimum. »*

**Ugur** (journal de bord)

En dépit d'une vie qui devient beaucoup plus sédentaire pour certains, notamment les personnes sans occupation, des comportements à risque peuvent être adoptés en réponse aux souffrances vécues. Les paroles de Bertrand illustrent bien l'idée d'une accumulation de ruptures – donc de désavantages – qui peut pousser à mettre la santé en danger. Souffrant d'avoir perdu son emploi, de s'être séparé et de n'avoir plus d'amis à qui se confier, Bertrand s'est mis à boire passablement d'alcool. Ce comportement dangereux pour la santé est d'autant plus à risque lorsque l'on souffre de diabète.

*« Pour moi la vie roulait, c'était un long fleuve tranquille, ça allait très bien, il n'y avait rien à redire. Et puis justement, juste avant qu'on se sépare il y a eu ces problèmes, donc j'ai dû aller à l'hôpital pour le diabète, après, on avait perdu aussi le \*\*\* [snack de restauration rapide], après ma femme se sépare de moi donc ça fait une accumulation de choses... Puis c'est pour ça que quand je suis sorti, quand elle m'a dit que..., c'est là que j'ai commencé à boire un peu plus parce que tout me tombait dessus, beaucoup de choses en même temps quoi... une accumulation de choses. »* **Bertrand**

Toutefois, il n'est pas possible de généraliser ces constats pour tous les individus rencontrés. Certains adoptaient déjà des comportements à risque avant d'être en situation

très précaire (tabagisme par exemple). Tous n'optent pas pour des modes de vie où la santé est négligée voire mise en péril. Certains tentent de garder la forme physique, portent une attention particulière à leur alimentation et se soucient de leur santé. Ces réactions individuelles face au processus de précarisation seront analysées plus tard.

### 5.1.2.2. PERSPECTIVES D'AVENIR INCERTAINES

La précarité est par défaut une situation où l'avenir est incertain et imprévisible. On ne sait généralement pas combien de temps la situation de précarité va durer ni exactement comment on va s'en sortir ou si elle va empirer. Selon Wresinski (1987), plus la situation de précarité perdure, plus elle compromet les chances que l'on a de réassumer ses responsabilités par soi-même dans un avenir proche ou prévisible. Ce caractère d'instabilité de la précarité expliquerait une partie de la souffrance psychologique vécue par les individus précarisés ainsi que certains comportements. D'après Joubert (2001), la souffrance serait *« liée à l'incertitude ressentie face à l'avenir et aux atteintes à l'estime de soi et qu'elles puissent la traduire sous la forme de troubles physiques et d'une détresse morale »* (Joubert : 2001, 73).

Ce sentiment d'incertitude s'est fait beaucoup ressentir dans les dires des participants. En effet, beaucoup ont exprimé des craintes face à l'avenir qui leur paraît flou. Quand ils font l'exercice de se projeter en 2013, peu savent ce qui va se passer pour eux d'ici deux ans. Leur discours devient assez hypothétique et empreint de doutes dès qu'ils pensent à l'avenir.

*« Je sais pas l'avenir, je sais pas qu'est-ce qui m'attend... »* **Tarik**

*« En principe l'année prochaine en 2012, je suis à la retraite. Alors je ne peux pas vous dire aujourd'hui qu'est-ce que ça me réserve, je n'ai pas beaucoup travaillé, je ne sais pas qu'est-ce que ça va me rapporter, ça je n'en sais rien... le monde inconnu pour moi. »* **Machanga**

Beaucoup ont fait part de leurs craintes. En effet, **Armira**, **Guillaume**, **Ugur** et **Claudio** ont peur que leur état de santé se détériore avec l'âge pour Armira, avec le temps pour Guillaume et Ugur, et au niveau psychique pour Claudio s'il ne retrouve pas de travail. Pour **Machanga** et **Tarik** c'est plutôt la crainte de ne plus être actif qui les animent. En effet, Machanga, bien qu'il arrive à l'âge de la retraite, ne souhaite pas attraper une maladie qui l'invaliderait au quotidien. Pour Tarik, c'est plutôt la crainte qu'il s'habitue trop à l'inactivité et qu'il finisse par ne plus parvenir à se remettre dans un rythme de travail.

*« (...) plutôt mon état de santé psychique, (...) pour moi qui ai toujours travaillé, qui ai toujours été actif, de me retrouver comme ça sans travail c'est un peu*

*dégradant... on va dire qu'on a une moins bonne image de soi en ne travaillant pas » **Claudio***

*« Je reste sans travail, ça j'aimerais pas que ça arrive. (...) si je reste une année sans travail, deux ans sans travail, après j'ai plus envie de travailler. » **Tarik***

Plusieurs expriment aucune perspective d'avenir et aucun projet. **Armira**, **Ugur** et **Guillaume** se projettent soit dans la même situation, soit dans un état de santé moins bon. Ils estiment que leur avenir dépend de potentielles découvertes, de solutions médicales ou encore qu'ils auront peut-être un statut différent si une autre institution (comme l'AI) les prend en charge. Ces trois personnes ne se sentent pas capables de changer leur devenir.

*« Eux [projet Mamac<sup>16</sup>] vont devoir prendre une décision sur quelles mesures ils peuvent me proposer (...) Ça viendrait pas de moi » **Guillaume***

D'autres ne se sentent également pas entièrement maîtres de leur avenir, mais tentent tout de même d'influencer des décisions qui ne leur appartiennent pas. En effet, le futur de **Bertrand** et **Claudio** dépend en partie de décisions institutionnelles : l'un attend un recyclage professionnel, l'autre d'être engagé comme un employé normal. Ces deux hommes essaient de prouver leur motivation pour que les décisions tournent en leur faveur.

*« Mais ça dépend pas que de moi (...) c'est difficile de se projeter en 2013. (...) J'aimerais que ça bouge plus vite (...) c'est des décisions qui des fois sont longues, des fois ils hésitent. C'est une histoire aussi d'être volontaire, de montrer comme quoi on en veut (...) comme quoi on a envie (...). » **Claudio***

**Diane**, **Kalifa** et **Tarik** font part de davantage de projets car ils pensent pouvoir influencer leurs devenirs. Par exemple, Kalifa est conscient que c'est lui qui doit faire des démarches pour trouver un apprentissage en cours d'emploi, mais il sait qu'il aura besoin d'aide car il ne connaît pas bien le système. Tarik sait que c'est à lui de chercher du travail, mais il attend aussi de son conseiller du chômage qu'il l'aide à trouver un cours de français et un stage. Diane sait qu'elle doit faire un travail sur elle-même et qu'elle doit chercher du travail, mais elle pense que son mari doit également changer pour que tout se passe bien.

*« Je peux pas tout seul, toujours j'ai besoin de conseils, j'ai besoin d'aide, toujours.... des organisations, je sais pas, de quelqu'un qui sait, qui est informé dans ce domaine en fait » **Kalifa***

---

<sup>16</sup> Abréviation tirée de l'allemand (Medizinisch-ArbeitsMarktliche Assessments mit Case Management). C'est un projet pilote de la Confédération visant à réinsérer rapidement sur le marché du travail des personnes présentant une problématique complexe. Les trois institutions (assurance-chômage (AC), assurance-invalidité (AI) et aide sociale) collaborent pour évaluer la capacité de travail des individus et leur aptitude à se réinsérer. Après avoir défini les mesures nécessaires à la réinsertion, une des institutions est choisie pour être responsable du cas.

## **5.2. LES CHEMINS VERS LA SANTE EN SITUATION DE PRECARITE**

Comme on peut le remarquer dans la première partie de l'analyse, les processus de précarisation vécus par les individus rencontrés semblent surtout avoir des effets indirects sur leur état de santé et sur les risques pris. Comme le disent Joubert et al. (2001), la précarité et les logiques de fragilisation qu'elle occasionne peuvent contribuer à créer « *un "terrain favorable" pour tout un ensemble de difficultés sur le plan de la santé* » (Joubert et al. : 2001, 3). La vulnérabilité des individus s'accroît lorsqu'ils voient leurs situations de vie se précariser, mais ce n'est pas pour autant que tous mettent indirectement leur santé en danger. On constate notamment que tous ne réagissent pas de la même manière aux insécurités résultant de leur situation. C'est pourquoi il était difficile de trouver des regards communs. Certains vont adopter des comportements néfastes pour la santé en réponse aux difficultés vécues tandis que d'autres pas forcément. Suite au stress encouru, certains expriment des sensations de mal-être, alors que d'autres n'y sont pas très sensibles. Chacun semble donc avoir son mode de réaction personnel à la précarisation de sa situation de vie en fonction de ses ressources. C'est pourquoi une analyse plus individuelle trouve sa pertinence dans ce travail de recherche.

Cette deuxième partie d'analyse partira des regards individuels sur la santé présentés au quatrième chapitre de ce travail, en passant par des aspects communs découverts en première partie d'analyse, pour essayer de parvenir à plusieurs types de regards sur la santé et donc diverses manières d'agir sur elle. Les parcours de vie individuels, les épreuves de vie péjoratives et les situations de privation matérielle ont des effets sur la façon dont chacun conçoit la santé, y accorde de l'importance et agit pour l'améliorer, la protéger, la maintenir, l'entretenir, la soigner et enfin la guérir. Chacun, en fonction de ses ressources, accorde un certain degré d'attention à sa santé en amont, en aval et au moment des problèmes de santé. Bien qu'elle fasse partie des priorités de vie de la plupart des individus rencontrés, ce n'est pas pour autant que chacun y porte le même regard et donc le même soin dans ses pratiques.

### **5.2.1. REGARDS SUR LA SANTE : IMPORTANCE & CONCEPTION DE LA SANTE ET DES RISQUES**

Vivre une situation de précarité peut avoir un impact sur la manière dont on conçoit la santé et sur l'importance qu'on y porte. Toutefois, Joubert et al. (2001) estiment que les individus précarisés ne connaissent pas les mêmes perturbations liées à la précarité ; car certains réussissent à surmonter ces difficultés. Ceci signifie que chacun n'est pas touché de la même manière par la précarité et que chacun n'y répond pas de la même façon. En fonction des trajectoires de vies et des expériences, la santé aura donc une signification particulière.

Ceci explique pourquoi il est important d'entrer en profondeur dans les regards individuels sur la santé pour comprendre les perspectives et les stratégies d'action de chacun. Cette partie de l'analyse sera essentiellement consacrée à une meilleure compréhension de la diversité des significations que les individus rencontrés attribuent à la santé en fonction de leur parcours de vie personnel.

Parizot et al. (2003) ont exprimé l'idée que la santé n'était pas une valeur ou un souci aussi largement partagé que ce que l'on pourrait s'imaginer au sein des groupes sociaux défavorisés. Toutefois, les individus rencontrés semblent attribuer beaucoup de valeur à la santé et la perçoivent tous comme l'une des priorités de leur vie respective. **Ugur** et **Claudio** vont jusqu'à dire que la santé passe en premier et qu'il faut savoir mettre de côté d'autres priorités au profit de celle-ci. C'est au quotidien qu'Ugur pense à sa santé avant toute autre chose, alors que pour Claudio c'est principalement lorsqu'il a choisi de faire passer sa santé avant son activité professionnelle.

*« (...) Par exemple on fait un travail et puis au bout d'un moment on peut plus le faire, comme moi, j'étais dans la vente et à un moment on m'a dit ça va plus avec vos yeux... il faut aussi l'accepter. » Claudio*

*« Je sais que je pourrai pas faire pas mal de trucs en sachant qu'après je serai pas bien. Donc avant de faire pas mal de choses, je réfléchis d'abord. » Ugur*

D'après Obrist & Büchi (2010), la santé peut prendre des significations différentes au fil du parcours de vie. C'est notamment le cas pour **Bertrand**. Il n'accordait que peu d'importance à sa santé et se disait même négligeant lorsqu'il était marié. Mais lorsque sa femme a demandé le divorce, il a d'abord davantage mis de côté sa santé avant de se reprendre en main. On pourrait donc dire que le degré d'importance accordé à sa santé s'est modifié après sa séparation. Lorsqu'il s'est retrouvé seul, Bertrand s'est aperçu que ses enfants comptaient sur lui et qu'il devait se maintenir en bonne santé pour eux. Oris et al. (2009) parlent des « tournants » de la vie lors desquels la santé peut acquérir de nouvelles significations. D'ailleurs, c'est après avoir fui la Libye parce qu'il s'y sentait en danger que **Tarik** a estimé la santé comme capitale. Avant, d'autres dimensions primordiales passaient avant la santé telles qu'être en vie, être en sécurité et voir ses droits fondamentaux être respectés. Mais une fois ces priorités de vie acquises dans un pays en paix, il est alors possible de placer la santé en priorité.

Tous semblent donc attribuer à ce jour un rôle important à la santé. Pourtant, chacun ne conçoit pas la santé de la même manière. Il est important de s'intéresser à la façon dont ils conceptualisent la santé pour comprendre leurs gestes et leurs stratégies qui vont fortement dépendre de ce qu'ils estiment être une bonne santé.

D'après le dictionnaire *Le Petit Larousse Illustré*, une conception c'est une « *manière particulière de se représenter, d'envisager quelque chose* » (1996, 254). Une conception personnelle de la santé serait donc la manière dont chacun se représente et envisage la santé. Selon Aïach (2010), les codes sociaux avec lesquels on interprète la santé varient suivant le groupe social auquel on appartient. Suivant ses dires, les plus défavorisés envisageraient la santé comme une absence de maladie ou comme un outil fonctionnel permettant notamment de travailler. Ceux qui sont davantage privilégiés se représenteraient la santé plutôt comme une sensation de bien-être ou d'épanouissement.

Les deux dimensions qu'Aïach (2010) a mentionnées pour les personnes défavorisées sont ressorties dans le discours des individus rencontrés. En effet, tous estiment qu'avoir la santé signifie ne pas avoir de maladie, ni de problèmes physiques ou psychiques. Certains (**Armira, Guillaume, Ugur, Machanga et Kalifa**) vont plus loin en définissant une bonne santé comme une capacité à mener sa vie sans dépendre de sa santé. En d'autres termes, cela signifie que l'individu qui est en bonne santé peut prendre des décisions et faire des projets sans risquer de ne pas y arriver à cause de ses problèmes de santé ou sans risquer d'avoir plus de douleurs par la suite. La santé devient dans ce cas un outil fonctionnel.

*« C'est avoir la possibilité physique de ne pas être entravé dans sa vie de tous les jours, (...) c'est pouvoir mener sa vie sans être dépendant de sa santé. (...) ne pas devoir dire "ouais je vais pas faire ça" parce que justement mon problème de santé m'en empêche, ou va être plus important si je le fais quand même, si on sait pertinemment que ça va être plus difficile après. » Guillaume*

Luc Boltanski a publié en 1971 un ouvrage intitulé *Les usages sociaux du corps*. Selon lui, les rapports des individus à la santé sont fortement influencés par le groupe social d'appartenance. Les couches populaires auraient un rapport instrumental au corps, et donc à la santé, « *la maladie est ressentie d'abord comme une entrave à l'activité physique et occasionne essentiellement un sentiment de "faiblesse". (...) c'est ce qui enlève sa force au malade, c'est-à-dire ce qui lui interdit de "vivre normalement" et de faire de son corps un usage (professionnel surtout) habituel et familier.* » (Boltanski : 1971, 221). L'idée du rapport instrumental au corps ressort fortement chez les individus rencontrés, qui expriment l'idée qu'une mauvaise santé c'est lorsque l'on ne peut pas utiliser « son corps et sa tête » comme on le souhaiterait, lorsqu'on ne peut pas faire ce qu'on veut de sa vie et que l'on est restreint dans le nombre de choix et d'opportunités qui s'offrent à nous.

Pour plusieurs, dont ceux qui ont des atteintes à la santé (**Armira, Guillaume, Tarik, Bertrand et Claudio**), cette dernière est quelque chose qui n'est pas entièrement maîtrisable, que l'on ne peut pas forcément contrôler. Ainsi, la mauvaise santé et la maladie

seraient perçues comme des épreuves qui peuvent survenir à tout moment dans une vie. Boltanski (1971) pense que la raison pour laquelle les membres des classes populaires ne portent que peu d'attention à leur corps est qu'ils « *l'utilisent d'abord comme un outil et (...) lui demandent avant toute chose de fonctionner* » ce qui explique que pour eux « *la maladie se manifestera brutalement parce qu'on n'en a pas perçu les signes avant-coureurs ou qu'on s'est refusé à les percevoir et sera saisie, le plus souvent, sur le modèle de l'accident imprévisible et soudain.* » (Boltanski : 1971, 221). L'expérience de Guillaume après sa chute illustre bien cette idée. En effet, en refusant d'écouter son corps après son accident, Guillaume n'a pas perçu ou s'est refusé de percevoir les signes avant-coureurs de problèmes de santé plus conséquents. Mais lorsque quelques temps plus tard il s'est remis à avoir une activité soutenue – et donc à utiliser son corps comme outil fonctionnel – son problème de santé s'est manifesté de manière soudaine alors qu'il ne s'y attendait pas.

Toutefois, certains dépassent cette conception de la santé attribuée par Aïach (2010) aux couches défavorisées. En effet, **Claudio** et **Machanga** perçoivent une dimension supplémentaire qu'Aïach a tendance à réserver aux personnes se trouvant dans des positions privilégiées. Ils estiment qu'« être en bonne santé » c'est lorsqu'on accède à une sensation de bien-être car on se sent en équilibre entre les sensations physiques et psychiques. Claudio parle notamment de son problème de vue comme une atteinte à sa santé, mais il estime que c'est une situation où un nouvel équilibre doit être trouvé.

*« (...) avoir un bien-être (...) mental et physique, donc ne pas avoir un corps malade, ne pas avoir une tête malade et en quelque sorte être un peu équilibré. » Machanga*

Il est également intéressant d'approfondir la façon dont les individus perçoivent les risques pour la santé. En effet, comme le dit Anne Vega (2009), les individus, dans tous les milieux sociaux, seraient désormais bien informés des grands dangers associés à certains comportements à risque, le public ne serait plus naïf ou en manque d'information. La plupart des individus rencontrés citent de nombreux comportements dangereux comme la consommation d'alcool, de tabac, de drogues, de nourriture avariée, ainsi que le sport à outrance et le fait de s'habiller de manière inadaptée. Toutefois, comme le dit Vega (2009), certains comportements considérés comme dangereux par les individus peuvent être tout de même consciemment adoptés pour leurs impacts positifs sur les conditions de vie. Fumer est par exemple valorisé par certains car ce comportement a un effet bénéfique sur la santé mentale au quotidien. Les individus sont donc pour la plupart plutôt bien informés mais n'envisagent pas forcément les effets sur le long terme de certaines pratiques dangereuses vu qu'elles ont un impact positif sur le quotidien qui est souvent pénible.

« (...) ça peut être une petite chose qui au niveau de la santé morale et non pas de la santé physique peut avoir son petit côté, c'est encore un petit truc, ben laissez-nous ça quoi ! » **Guillaume**

Ce qui est intéressant c'est que les individus rencontrés ne mentionnent que peu ces comportements à risque lorsqu'il s'agit d'identifier les grands déterminants de l'état de santé. D'après Vega (2009), les individus ont « *tendance à relativiser les risques pris dans certains domaines par des efforts faits dans d'autres. Cette attitude – répandue – de relativisation du danger est d'autant plus marquée s'ils ont vécu des comportements à risques sans que l'accident de la route ou la maladie survienne.* » (Vega : 2009, 323). On constate ce phénomène chez certains, qui avouent adopter des comportements à risque mais ont l'impression de compenser ces risques par d'autres comportements sains. Guillaume et Bertrand soulignent par exemple qu'ils fument quotidiennement mais disent essayer d'entretenir leur santé mentale à travers ce comportement.

Les individus rencontrés ne mentionnent pas non plus la pauvreté ou la précarité comme ayant un impact direct sur la santé. Toutefois, ils expliquent que certains problèmes de santé peuvent survenir après des épreuves de vie difficiles, notamment des problèmes psychiques après un divorce, après la perte d'un emploi, ou suite à des conditions de travail difficiles. Suite à leurs expériences de vie, certains évoquent des épreuves qui les ont amenés à développer des souffrances psychiques. **Bertrand, Claudio** et **Diane** mentionnent leurs problèmes de couples qui leur ont causé des ennuis psychologiques. **Kalifa** et **Claudio** évoquent les épreuves liées au travail telles que la perte d'un emploi ou les conditions difficiles qui peuvent créer des souffrances. **Bertrand, Ugur** et **Guillaume** estiment que certains métiers peuvent aussi causer des douleurs physiques ou être plus risqués, c'est d'ailleurs le cas du premier métier de Bertrand (jardinier-paysagiste) qu'il trouvait très dur. On s'aperçoit là que certains font donc un lien entre les épreuves de vie qui les ont amenés à vivre une situation de précarité et leur état de santé. D'après eux, ces différents événements peuvent avoir un impact négatif sur la santé.

Pourtant, selon la plupart, ce sont principalement les déterminants biologiques, héréditaires, ou la chance qui influencent l'état de santé d'une personne. Ce dernier ne serait donc pas quelque chose qui se maîtrise ou qui se choisit. En effet, ils ont tous mentionné l'influence d'un certain hasard ou plutôt d'une chance ou malchance ; on ne choisit pas certains cancers, on ne choisit pas d'avoir un accident, on ne choisit pas d'avoir des ennuis psychologiques, on ne choisit pas d'avoir une maladie héréditaire et on ne choisit pas les problèmes qui viennent avec l'âge. **Guillaume** et **Armira** font notamment référence à leurs

parcours de vie pour expliquer que la santé c'est quelque chose qui ne se maîtrise pas, qui ne se choisit pas et qui dépend d'éléments externes. Comme le disent **Tarik** et Guillaume :

*« Nous on ne peut pas éviter ça, c'est quelque chose de chance quoi, (...) ça arrive dans la vie devant nous. (...) nous on veut pas (...), mais ça arrive, ça fait partie de la vie. » Tarik*

*« On est tous tributaires des éléments extérieurs (...) mon mal de dos je l'ai pas choisi. » Guillaume*

Lê & Lê (2005) expliquent que les conceptions de la santé, ainsi que les attitudes qui y sont liées, ne changent pas forcément après la migration<sup>17</sup>. Selon eux, la perception et la compréhension des problèmes mentaux n'est pas la même qu'ici en Occident pour les migrants venant d'autres régions du monde. Souvent, les immigrants atteints de problèmes psychiques ne seraient pas pris en charge car ils ne décerneraient pas le problème et n'iraient donc pas consulter. **Tarik** et **Machanga**, bien que je ne puisse certifier qu'ils sont atteints de problèmes psychiques, illustrent cette différence de perception. En effet, Tarik s'est vu contraint d'arrêter de travailler car il avait trop de soucis en tête par rapport à son vécu Néanmoins, il n'a pas estimé qu'il devait consulter car selon lui, les soucis, comme il les appelle, doivent partir d'eux-mêmes. Machanga, étant allé consulter un médecin pour d'autres raisons, s'est vu conseillé des antidépresseurs. Il a refusé ce traitement car il n'avait pas l'impression que son problème psychique avait atteint un niveau assez élevé pour devoir être soigné par des médicaments.

### **5.2.2. STRATEGIES COMMUNES EN SANTE**

La conception de la santé et les représentations que chacun se fait des risques peuvent donc différer suivant le groupe social auquel on appartient, mais aussi et surtout suivant notre expérience de vie, notre état de santé, notre culture d'origine<sup>18</sup>, ou encore peut-être notre sexe. Ces différents rapports à la santé vont guider l'attention que l'on porte à celle-ci par des petits gestes quotidiens pour l'entretenir et par nos comportements en cas d'ennui de santé physique ou psychique pour la guérir.

Dans le domaine de la santé, on peut distinguer par conséquent deux types de stratégies entreprises par les individus : celles qui concernent la prévention de la santé et celles qui concernent les réactions en cas de problème de santé. La notion de stratégie a été définie par Isabel Taboada Leonetti comme des *« comportements, individuels ou collectifs, conscients ou inconscients, adaptés ou inadaptés, mis en œuvre pour atteindre certaines*

---

<sup>17</sup> Les propos tenus sont essentialistes et culturalistes, ils doivent être entendus sous le sens de la remarque sur le paradigme culturel en page 11.

<sup>18</sup> Idem

*finalités. Ces finalités sont définies par les individus en fonction de leur évaluation de la situation d'interaction, c'est-à-dire de l'importance des contraintes extérieures et de leurs propres capacités d'action.* » (Taboada Leonetti : 1994, 184). Si l'on suit cette définition, on remarque donc que les stratégies ne sont pas forcément conscientes ni adaptées à l'objectif visé, mais que chacun les construit en évaluant sa propre capacité d'action en fonction des contraintes extérieures et de la finalité souhaitée.

Ce qui est intéressant et à retenir pour cette partie de l'analyse, c'est que chacun va établir sa stratégie d'action personnelle en fonction de ce qu'il estime être important. En l'occurrence, la plupart des individus rencontrés semblent avoir comme priorité de vie la santé, mais la façon dont ils conçoivent ce qu'est la santé et ce qui détermine l'état de santé d'un individu va influencer les actions qu'ils peuvent ou ne peuvent pas entreprendre pour se maintenir en bonne santé. Cecil G. Helman (1981) reprend les idées de plusieurs spécialistes en anthropologie médicale<sup>19</sup> en distinguant deux termes : « *Disease (...) is something an organ has ; illness is something a man has. Illness refers to the subjective response of the patient to being unwell; how he, and those around him, perceive the origin and significance of the event; how it effects its behaviour (...); and the steps he takes to remedy this situation.* » (Helman : 1981, 548). Face à un épisode de maladie ou de mauvaise santé, les individus essaieraient, d'après Helman, d'expliquer ce qu'il leur arrive et de décider de leurs actions en se posant six questions principales : « *what has happened ? why has it happened ? why to me ? why now ? what would happen if nothing was done about it ? what should I do about it – or whom should I consult for further help ?* » (Helman : 1981, 549). Les réponses ainsi que les comportements qui vont suivre ce questionnement constituent des *folk models of illness*. Il n'existe pas un mais plusieurs modèles qui peuvent être partagés par une famille, un environnement ou une société. Ce que les individus estiment être la santé et ce qu'ils se sentent capables de faire pour la soigner, la guérir ou la prévenir va être pris en compte dans la construction de leurs stratégies d'action, et ce bien évidemment en fonction également des contraintes extérieures et des ressources dont chacun dispose. Ceci explique pourquoi certains comportements adoptés ne seront peut-être pas adaptés ou d'autres seront plus ou moins inconscients, plus ou moins singuliers (Taboada Leonetti : 1994).

#### **5.2.2.1. COMPORTEMENTS DE PREVENTION**

Sans prétention de pouvoir généraliser les attitudes que tous les individus rencontrés adoptent en relation avec leur santé, il est possible de constater que les comportements préventifs sont, de manière générale, moins mentionnés que les comportements réactifs aux

---

<sup>19</sup> Eisenberg, 1977 ; Cassell, 1978 ; Kleinmann et al., 1978, 1980

problèmes de santé. En racontant leur vie quotidienne, la plupart des individus rencontrés ont exprimé peu d'attention à la prévention de la santé, mise à part lorsque je leur demandais de détailler certains points. Ce constat pourrait s'expliquer par la conception que la plupart se fait de la santé. En effet, comme vu précédemment, beaucoup ne voient pas la santé comme elle est définie par l'OMS, donc comme un état de bien-être global qu'il faut entretenir au fil de sa vie. D'après d'autres études et ce travail de recherche, une grande partie des individus qui se situent dans les couches socio-économiques basses perçoit la santé comme l'absence de maladie et de symptômes physiques ou psychiques les restreignant dans leur vie quotidienne et notamment pour le travail. Une telle conception pousse, selon Aïach (2010), à ne pas anticiper les problèmes de santé et donc à n'être attentif à sa santé que lorsqu'un problème est présent et empêche le quotidien de se dérouler normalement. D'après ce chercheur, ceux des couches supérieures agiraient en amont, avant que les problèmes ne surviennent afin de les prévenir.

Plus rares ne signifie pas pour autant inexistantes. En effet, des gestes préventifs sont entrepris par la plupart afin de se maintenir en bonne santé. Toutefois, la cadence à laquelle un regard préventif sur la santé est porté varie fortement. Pour certains, cette attitude est quotidienne alors que pour d'autres elle va dépendre de certaines conditions. **Machanga** et **Claudio** font notamment preuve d'une pratique très soutenue de gestes préventifs tels que faire des exercices cardiovasculaires, exercer une pratique sportive, faire attention à se nourrir de manière équilibrée, faire des cures de vitamines entre les saisons, et enfin voir du monde pour entretenir sa santé mentale. L'âge pourrait être un facteur d'explication de cette pratique plus soutenue de gestes préventifs car ces deux individus ont entre quarante et soixante-cinq ans.

*« Il m'arrive quand je ne sors pas de faire ces exercices chez moi, donc pour la circulation du sang, je sautille, je marche, voilà je le fais dans mon appartement... Je bouge un peu, je fais ces exercices là à la maison, ça je le fais, très souvent, régulièrement ouais. » **Machanga***

Bien que les attitudes préventives soient nettement moins valorisées par les autres, ils tâchent tout de même de marcher ou de pratiquer un sport (football, course à pied, etc.). Certains essaient également de faire attention à la manière dont ils cuisinent ou se nourrissent. Cependant, ces pratiques préventives sont nettement plus irrégulières et moins réfléchies. Les fréquentes négligences sont expliquées par les participants par l'occurrence de certaines conditions (ne pas avoir le moral, ressentir des douleurs, la solitude, l'impossibilité de faire garder ses enfants, le mauvais temps, le manque d'argent, etc.).

### 5.2.2.2. LOGIQUES DE RECOURS AUX SOINS

S'ils n'agissent que peu en amont des problèmes de santé, étant donné que le maintien d'une bonne santé fait partie de leurs priorités de vie, ils doivent réagir une fois le problème survenu pour essayer de l'éradiquer. Les individus rencontrés mentionnent effectivement davantage de stratégies réactives une fois qu'ils sont malades ou lorsqu'ils ont des douleurs inquiétantes.

Lorsqu'ils ont des petits maux, les individus rencontrés ne se rendent habituellement pas chez le médecin mais essaient de faire passer eux-mêmes le rhume, la toux ou tout autre petit symptôme. Certains prennent des médicaments qu'ils stockent chez eux alors que d'autres tentent plutôt d'utiliser des méthodes plus naturelles, notamment des recettes de grand-mère (**Kalifa, Guillaume, Machanga et Claudio**). La connaissance de ces dernières dépend fortement de l'expérience de la maladie étant petit. Kalifa dit, par exemple, connaître une recette contre le rhume qui vient de son village en Erythrée, mais ne sait pas s'il existe un remède par exemple en cas de fièvre car il n'a pas dû se soigner de cela étant petit.

*« Je prends une orange, seulement la pelure, (...) je mets dans l'eau chaude, je fais comme ça moi, (...) je prends ma couverture, je mets la tête, (...) je prends l'air (...). Moi je fais comme ça. (...) je sais pas du tout d'autres maladies, j'ai pas eu d'autres maladies. » Kalifa*

A l'exception d'Ugur qui est toujours soucieux qu'un petit symptôme se transforme en inflammation importante à cause de sa maladie, aucun ne se dit vraiment inquiet. Ils attendent tous patiemment que les symptômes passent en tentant de s'auto-guérir. Cette attente de quelque chose de grave pour se rendre à l'hôpital ou chez le médecin s'est déjà révélée dangereuse pour certains (voir page 84).

D'une manière générale, les individus, lorsqu'ils ont des douleurs plus alarmantes, attendent tout de même longtemps avant d'aller consulter pour la plupart. Ils essaient d'abord des solutions médicamenteuses soulageant les douleurs et des méthodes plus naturelles. Enfin, si les symptômes ne s'en vont pas, ils se décident à aller consulter.

*« J'essaie toujours de prendre les médicaments pour calmer les douleurs, ou bien si mon fils ou ma fille est ici, ils font un petit peu de massage. Ou bien s'il y a personne je mets un petit peu d'eau chaude dans le bain... (...) j'essaie de faire quelque chose pour que ça dure pas longtemps. Si ça dure, je peux rien faire...(...) je suis obligée de prendre le contact avec le médecin. » Armira*

Collet (2001) mentionne l'idée que les individus en situation de précarité se décident à consulter lorsque les douleurs sont potentiellement invalidantes mais pas en fonction de leur intensité. Il n'est évidemment pas possible de classer toutes les personnes en situation de précarité dans la même catégorie. Toutefois, Helman (1981) explique l'attente avant de consulter ainsi que la mauvaise observance des prescriptions par le fait que chacun interpréterait des symptômes avec le modèle traditionnel de la maladie auquel il se réfère. Si celui-ci pousse l'individu à comprendre la douleur comme quelque chose qui n'est pas grave et qui se soigne tout seul, alors l'individu ne va probablement pas aller consulter. La distinction entre *illness* et *disease* trouve sa subtilité ici car bien qu'un symptôme puisse être considéré comme peu important au niveau des ressentis, et donc de l'*illness*, il peut faire partie d'autres indices d'une *disease* très grave. **Machanga** a notamment fait référence à cette idée car il a des souffrances psychologiques mais ne veut pas consulter ni se soigner pour ceci. Par contre, il pense avoir de l'arthrose car ses mains se figent de temps en temps, alors il s'est décidé à aller consulter pour ce problème car il est parfois ennuyé au travail. Le modèle culturel avec lequel il interprète les maladies l'inciterait donc à ne pas consulter pour des ennuis psychologiques mais à se rendre chez le médecin pour des problèmes invalidants. Bien que son médecin lui conseille de soigner ses souffrances psychiques car il pense qu'elles sont reliées aux autres problèmes de santé qu'il a, Machanga refuse de suivre le traitement. Il est probable que ce dernier n'entre pas dans le modèle avec lequel Machanga interprète les maladies. **Tarik** s'est aussi vu conseillé par son médecin d'aller consulter un psychologue mais a refusé car, d'après lui, les ennuis psychologiques doivent s'en aller d'eux-mêmes avec le temps. Le choix de consulter pour certaines douleurs et pas pour d'autres relève des modèles traditionnels de la maladie (*folk models of illness*). L'attente de symptômes graves et le refus de consulter mettent potentiellement ces individus en danger car, d'après Villiger et Knöpfel (2009) moins l'on se soigne en amont et plus l'attente avant de consulter est longue, plus les problèmes de santé s'aggravent.

**Kalifa, Machanga, Bertrand** et **Ugur** ont tenu à préciser qu'il était tout de même important de se rendre très rapidement chez le médecin ou à l'hôpital lorsque les symptômes sont vraiment forts. Machanga et Bertrand ont expérimenté une douleur inconnue, forte et persistante qui les a poussé à se rendre à l'hôpital très vite. Pour Ugur, c'est assez régulier du fait de sa maladie mais pour Bertrand et Machanga ça n'est arrivé qu'une seule fois et c'était grave.

« *Je ne marchand pas avec des choses comme ça.* » **Machanga**

Les comportements qui suivent la décision d'aller consulter après avoir longuement attendu, après avoir d'abord renoncé aux soins, ou après avoir essayé de se soigner par soi-même

sans succès, varient. Ce que l'on constate en commun c'est que certains reçoivent des prescriptions médicales qu'ils ne suivent pas. **Diane**, par exemple, s'est vu prescrire des antidépresseurs par son psychologue lorsque son fils a été placé en institution et que son couple a rencontré des problèmes. Elle a suivi le traitement prescrit durant quelques mois et s'est rendue compte qu'il la fatiguait beaucoup, c'est pourquoi elle a d'abord décidé d'arrêter le matin, puis entièrement le traitement de son plein gré. Elle n'en a pas encore parlé aux thérapeutes qui la suivent.

*« S'il [son mari] rentrait pas je dormais toute la journée. Alors j'ai arrêté de prendre le matin, je suis moins stress, j'essaie de gérer mon stress comme je peux. (...) Après, j'ai arrêté totalement les médicaments, sans avis médical. »*

**Diane**

Collet (2001) parle notamment de la mauvaise observance des prescriptions chez les individus en situation de précarité. Certains font ce choix car, d'après lui, les traitements sont trop chers et qu'ils privilégient les médicaments qui suppriment les douleurs aux médicaments qui guérissent le problème de santé. D'autres vont simplement refuser des traitements prescrits ou décider de les arrêter sans avis médical. Helman (1981) explique ce phénomène par le fait que, bien que quelqu'un été diagnostiqué avec le nom d'une maladie (*disease*), ce n'est pas pour autant que celui-ci ressente une maladie au sens d'une *illness*. Certains problèmes de santé sont asymptomatiques c'est pourquoi certains patients pourraient ne pas comprendre la nécessité de prendre des médicaments et de se rendre à des rendez-vous de contrôle. C'était le cas de **Bertrand** avant sa séparation. Il ne comprenait pas pourquoi il devait prendre des médicaments tous les jours pour soigner des problèmes de santé qu'il ne ressentait pas comme tels.

### 5.2.3. LES CHEMINS VERS LA SANTE EN SITUATION DE PRECARITE

La diversité des discours et des comportements rapportés par les participants à cette recherche est telle qu'elle confirme la complexité de ce phénomène social. En effet, il serait beaucoup trop réducteur d'affirmer que toutes les personnes qui se trouvent en situation de précarité se représentent la santé d'une seule manière et y portent le même degré d'attention dans la vie de tous les jours. Il est assez difficile de généraliser ce phénomène social et d'y trouver des conceptions communes, des comportements similaires et des stratégies d'action semblables. Max Weber a introduit la méthode idéale-typique qui permet d'éclaircir les réalités complexes du monde social dans lequel on vit (Weber :1992). Ce sociologue incite les chercheurs à ne pas réduire les écarts entre individus, en essayant de distinguer des tendances communes, mais plutôt à accentuer les différences, en s'intéressant à la singularité des comportements. Cette méthode d'analyse ne tente pas de représenter à la perfection le monde social mais, au contraire, donne les grandes lignes des différents comportements sociétaux existants. Créer des idéaux-types implique une construction de la part du chercheur qui va tenter de grossir et d'idéaliser certains traits lui paraissant fondamentaux. Ce processus est subjectif car il est lié au système de normes et valeurs du chercheur, et par conséquent sujet aux critiques.

Les idéaux-types développés pour cette analyse vont tenter de rendre compte de la diversité des attitudes que des personnes en situation de précarité peuvent adopter envers leur santé. Ceci ne signifie pas que chaque individu correspond sur tous les plans à l'une des catégories idéales construites, mais qu'il se rapproche de l'un ou l'autre des idéaux-types sur davantage de caractéristiques. Deux éléments principaux révélés par l'analyse ont guidé la création de ces idéaux-types. Les individus se distinguent d'abord par leur façon de percevoir ce dont ils sont capables d'accomplir pour changer la situation dans laquelle ils se trouvent. Certains ont l'impression qu'ils peuvent agir sur leur devenir (*conviction de contrôle interne*) alors que d'autres s'en sentent moins aptes (*conviction de contrôle externe*). Puis, les individus se sont comportés de manière différente face à la santé: certains agissent en amont pour éviter des ennuis de santé potentiels (*anticipation*) alors que d'autres réagissent en aval lorsque les problèmes sont déjà présents (*réaction*) ou lorsque ceux-ci sont devenus insupportables (*inattention*).

A partir de là, trois types-idéaux ont été créés : celui des « inattentifs », celui des « réactifs » et celui des « proactifs ». Ces catégories symbolisent les chemins que les individus prennent pour entretenir leur santé et trouver des solutions aux problèmes rencontrés.

**Figure 6 : Trois réactions idéales-typiques face à la santé**

"Les inattentifs"	"Les réactifs"	"Les proactifs"
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sans formation</li> <li>• <b>Eloignés de la sphère du travail</b></li> <li>• <b>Maladie ou problème de santé</b></li> <li>• Réseau social régulier mais restreint</li>   <li>• <b>Souffrances psychologiques dues à la précarisation</b></li> <li>• Avenir très incertain</li> <li>• <b>Conviction de contrôle externe</b></li>   <li>• La santé = absence de maladie et outil fonctionnel</li> <li>• <b>La santé = pas maîtrisable, déterminée par la biologie, l'hérédité, le hasard</b></li>   <li>• Prévention sous conditions</li> <li>• Compétences en santé appliquées irrégulièrement</li> <li>• <b>Négligences et longues attentes avant de consulter</b></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Apprentissage</li> <li>• <b>Proches de la sphère du travail (employés ou inactifs récents)</b></li> <li>• <b>Expérience traumatisante (dépression, exil, etc.)</b></li> <li>• Réseau social irrégulier</li>   <li>• <b>La précarisation est vécue comme temporaire</b></li> <li>• <b>Avenir incertain mais projets</b></li> <li>• Conviction de contrôle externe et interne</li>   <li>• La santé = absence de maladie et outil fonctionnel</li> <li>• <b>La santé = réagir lorsque l'outil ne fonctionne plus et vision court-terme</b></li>   <li>• Prévention partielle</li> <li>• Compétences en santé partielles</li> <li>• <b>Réaction rapide en cas de problème</b></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Apprentissage ou +</b></li> <li>• Proches de la sphère du travail (employés ou inactifs récents)</li> <li>• <b>Plutôt âgés (entre 40 et 65 ans)</b></li> <li>• Réseau social régulier (sentiment d'appartenance à un groupe)</li>   <li>• La précarisation est vécue comme temporaire</li> <li>• <b>Avenir incertain mais confiance</b></li> <li>• <b>Conviction de contrôle interne</b></li>   <li>• <b>La santé = sentiment d'équilibre et de bien-être</b></li> <li>• La santé = il faut éviter les problèmes en les anticipant</li>   <li>• Prévention au quotidien</li> <li>• Compétences développées et appliquées quotidiennement</li> <li>• <b>Anticipation des problèmes de santé</b></li> </ul>

### 5.2.3.1. LES « INATTENTIFS »

L'idéal-type des « inattentifs » rassemble des individus qui se disent fortement affectés par la privation matérielle qu'ils endurent. La situation de précarité qu'ils vivent est pour la plupart mal vécue et provoque des souffrances psychologiques importantes. La plupart sont éloignés de la sphère du travail depuis plusieurs années. Plusieurs ont des maladies ou des douleurs parfois chroniques qui les invalident. Ils ont pour la plupart renoncé à poursuivre une formation après l'école obligatoire. Leurs réseaux sociaux sont très restreints : ils ont un ou deux amis qu'ils rencontrent régulièrement. Plutôt pessimistes quant à leur avenir, ils n'ont pas l'impression d'incarner la personne qui le contrôle (*conviction de contrôle externe*). Ceci explique en partie pourquoi ils ne valorisent que peu la prévention de la santé et se rendent que peu chez les médecins. **Guillaume** incarne bien ce sentiment de contrôle externe sur sa vie car, selon lui, ce sont des décisions médicales et institutionnelles qui peuvent modifier son état de santé ou sa situation de précarité. A ce jour, il tente de suivre les conseils des médecins mais avoue parfois continuer à faire de mauvais mouvements consciemment et attend toujours beaucoup avant de se rendre chez le médecin. Guillaume néglige de temps en temps son propre problème de santé tout comme il manque de considération pour son état de santé général. Ceci s'explique par le fait qu'il ne soit pas

convaincu d'être en partie capable de modifier son état de santé à l'aide des conseils prodigués par son médecin, il pense que seule une solution médicale pourrait changer son état de santé ou alors une décision institutionnelle changer son statut.

**Guillaume** :*« J'essaie de suivre les conseils qu'on m'a donné à l'hôpital orthopédique. On nous a informé sur comment mieux se tenir, sur les gestes à ne pas faire (...). Alors ça aide, mais dans l'absolu c'est pas toujours quelque chose qui est praticable au quotidien (...) c'est aussi une contrainte dans la façon de vivre (...). Il y a des fois où franchement je fais encore les mouvements faux, et je sais que je les fais faux bien sûr. »*

Se sentant incapables d'influer sur leur propre devenir, les discours des « inattentifs » donnent l'impression qu'ils subissent la maladie, le problème de santé ou la précarisation de leur situation de vie sans se sentir capables de contrer ces différentes épreuves.

*« Que ça empire d'une manière beaucoup plus accélérée que ça ne l'est actuellement. »* **Guillaume**

*« La santé c'est mon rêve. (...) ça fait un bon moment j'ai oublié qu'est-ce que ça veut dire être en bonne santé. »* **Armira**

Ces mêmes individus sont ceux qui considèrent que l'état de santé d'une personne dépend plutôt de facteurs extérieurs environnementaux, biologiques, héréditaires, ou de la chance. Le manque de perspective temporelle et les incertitudes face à l'avenir qu'occasionne l'expérience de la précarité n'aident pas ces individus à se sentir maîtres de leur propre devenir, maîtres de leur état de santé. En effet, lorsque l'on dépend d'autrui dans son quotidien et que l'on s'aperçoit qu'il est difficile de modifier ses conditions de vie, on peut développer le sentiment de n'avoir aucun contrôle sur ce qui nous advient. Il n'est pas évident dans ce cas de se projeter dans le futur. Ces difficultés à construire des projets d'avenir se traduisent également par une atteinte à l'estime que l'on a de soi-même. **Ugur** incarne bien l'idée d'une conviction de contrôle externe. Il dit ne rien pouvoir faire d'autre que d'attendre le déroulement de sa maladie. Son estime de lui-même est fortement atteinte car il a l'impression de ne pas avoir sa place dans la vie sociale puisqu'il ne peut pas travailler. Il projette de faire un CD car cela ne requiert pas de présence quotidienne sur un lieu de travail, mais même ce projet il ne parvient pas à le réaliser car sa maladie prend le dessus.

*« Ben je peux rien faire moi... (...) Il n'y a pas de peur, il n'y a pas de crainte, c'est juste que je me dis que si une fois je suis malade tous les jours, ça va être quand même difficile (...) alors je sais pas qu'est-ce que je vais faire (...). C'est la seule chose qui peut m'arriver de plus grave que ce que j'ai maintenant. (...) »*

*Pour l'instant en tout cas dans la vie sociale j'ai pas ma place. (...) Si je peux faire que la musique, ben je ferai la musique (...). » Ugur*

Certains se sentent impuissants face à leur situation, ils sont passifs et subissent davantage ce qui leur arrive plutôt que d'essayer de renverser la balance par leurs propres comportements. **Armira**, souffrant depuis de longues années de la fibromyalgie, ne montre que peu d'attention à son état de santé général au quotidien et se dit assez découragée par sa maladie chronique. Elle garde toujours l'espoir qu'un traitement soit découvert, mais ne se dit pas capable de faire plus qu'attendre. Il y a quelques temps, elle a entendu parler par une connaissance au Kosovo que les eaux thermales de sa région d'origine ont été très bénéfiques pour des gens atteints du même problème de santé qu'elle. Armira considère que c'est sa seule chance de s'en sortir. Toutefois, elle n'a pas les moyens d'aller au Kosovo et de payer la cure en question. Bien qu'elle conçoive cette solution comme sa seule porte de sortie, Armira n'entreprend pas de démarches auprès de son conseiller à l'aide sociale, auprès de sa famille ou auprès de son médecin. Il est probable que la mauvaise image qu'elle a d'elle-même la freine.

*« Il y a une chance qui me reste, vraiment une chance que j'aimerais bien essayer (...) parce que chez moi, il y a de l'eau chaude qui sort de la terre. Il me reste juste cette chance, mais je ne sais pas quand je peux aller (...) parce que chez moi il n'y a pas des assurances comme ici, on doit payer tout seul, ou bien si ici les assurances prennent en charge pour aller là-bas... » Armira*

*« Et vous en avez parlé avec votre conseiller à l'aide sociale ? » Moi*

*« Non j'ai pas parlé avec lui de ça, parce que ça me gêne. (...) S'il me dit "non on prend pas en charge ça" après je perds tout le moral, je dis "voilà c'est fini, j'ai pas de moyens pour aller, je fais quoi maintenant". Ça fait aussi longtemps que mon médecin m'a demandé pour acheter un matelas pour le dos et j'arrive pas à le demander aux sociaux, j'arrive pas. (...) Souvent comme tous les médecins, ils me disaient "ah c'est bien de sortir, prendre un café et tout ça ". Je sais ça (...) mais je dois garder les moyens parce qu'un café c'est 3.80 CHF et moi comme je vis aux sociaux c'est cher, pour moi c'est cher. » Armira*

Fatigués et usés par la situation dans laquelle ils se trouvent, ces individus ne portent que peu d'attention à leur santé au quotidien (peu de nourriture saine et d'activité physique) ; leur santé est négligée. Les « inattentifs » expliquent ces négligences par la solitude, les douleurs liées à leurs problèmes de santé ainsi que les problèmes d'argent qui ne les poussent pas forcément à préparer un repas sain ou alors à aller marcher ou faire du sport. **Diane** illustre particulièrement bien cet aspect. Elle se sent dépassée par les événements

(ses problèmes familiaux et ses problèmes de santé) et rencontre des difficultés à tenir son ménage. Toutefois, elle tient à son rôle de mère au foyer. Pourtant, en étant débordée avec ses enfants, ses problèmes d'argent et ses ennuis de santé, elle adopte notamment des comportements culinaires néfastes qui auront peut-être des conséquences sur son état de santé et celui des membres de sa famille.

*« Je déjeune jamais, j'essaie de les faire déjeuner. (...) Faire à manger correctement avec les enfants, les surveiller, tout, normalement non. Même, c'est pour ça que je dis je fais tout congelé, oui comme je vous ai dit avant, le poisson avec le riz, les légumes, la petite salade et les fruits en dessert. Oui j'arriverais, mais avec trois à la maison et surveiller ce qu'ils font. C'est très difficile. » Diane*

Le mode de vie des « inattentifs » devient de plus en plus sédentaire depuis qu'ils ont des problèmes de santé ainsi que depuis la précarisation de leur situation de vie. Les comportements préventifs se font plus rares et dépendent souvent d'autres facteurs. En effet, les « inattentifs » racontent adopter un regard préventif sur leur alimentation que lorsque certaines conditions sont remplies. Les connaissances et compétences en santé dont ils font preuve sont appliquées de manière irrégulière. **Armira** et **Guillaume** tentent par exemple de préparer des plats sains lorsqu'ils se sentent bien ou qu'ils sont en compagnie de quelqu'un, c'est-à-dire pas très régulièrement. Autrement, ils préparent plutôt des repas rapidement faits, sans légumes et sans penser réellement aux aliments qu'ils mangent. **Diane** explique souhaiter accorder plus d'attention à son alimentation et à celle de sa famille mais explique que premièrement sa situation financière ne lui permet que rarement d'acheter des produits frais et deuxièmement, elle dit ne pas pouvoir consacrer trop de temps à la cuisine car elle doit s'occuper de ses enfants. Elle continue donc la plupart du temps à préparer rapidement des plats congelés et tous préparés et les rares fois où elle tente de cuisiner des légumes pour ses enfants, elle n'y goûte pas elle-même.

*« Mais si je fais par exemple de la viande avec de la sauce et tout ça, je dois trouver une journée vraiment quand je suis en pleine forme. (...) Quand je suis pas bien justement c'est ou bien des œufs, ou bien je fais les saucisses (...) »*

**Armira**

*« Je déjeune pas, ça fait des années que je déjeune pas. Je bois pas de café, pas de chocolat. (...) Je vais fumer ma première cigarette de la journée vers 10h (...). A midi je mange pas réellement non plus » Guillaume*

Les activités physiques se font également sous certaines conditions chez les « inattentifs ». **Guillaume**, **Ugur**, et **Armira**, qui sont sans occupation en raison de leurs problèmes de

santé, essaient d'aller marcher lorsqu'il fait beau et quand leur état de santé le leur permet. Quant à **Diane**, c'est lorsque son mari peut garder les enfants qu'elle essaie d'aller courir.

*« (...) bouger un petit peu, histoire de pas trop rouiller non plus, mais quand je suis bien... »* **Guillaume**

La santé signifie pour les « inattentifs » une absence de maladie les empêchant de mener leur quotidien comme ils l'entendent. C'est donc un outil fonctionnel qui mérite de l'attention surtout lorsqu'il ne fonctionne plus bien. Lorsqu'ils ressentent des douleurs alarmantes, ils vont d'abord essayer de les faire passer par eux-mêmes à l'aide d'anti-douleurs notamment, et c'est seulement après avoir attendu que la situation devienne insoutenable qu'ils vont se tourner vers des professionnels de la santé. Il se peut que certains attendent trop et que le problème en question ait déjà commencé à les mettre sérieusement en danger. Cette attente de quelque chose de grave pour se rendre à l'hôpital ou chez le médecin est telle qu'elle s'est révélée dangereuse pour certains. Boltanski (1971) explique ce phénomène comme suit : *« si on refuse de "s'écouter", si on attend la dernière extrémité pour aller "voir le médecin", se "faire opérer" ou "rentrer à l'hôpital" c'est que les contraintes de la vie quotidienne, les contraintes économiques notamment, interdisent ou rendent pour le moins extrêmement difficile l'abandon des tâches quotidiennes, du travail, du travail physique que l'on exige continuellement au corps. »* (Boltanski : 1971, 219). En effet, cette stratégie a porté préjudice à Guillaume et Diane qui se sont retrouvés dans des états de santé graves du fait de longues attentes avant de se décider à aller consulter. **Guillaume** a dernièrement fait l'expérience d'avoir de grandes douleurs dans les oreilles et il a attendu plus de deux semaines, lorsque c'était devenu très difficile, avant de se rendre chez le médecin. Ce dernier a diagnostiqué une otite grave. De plus, Guillaume n'avait pas non plus écouté les messages envoyés par son corps après être tombé dans les escaliers et avait décidé de reprendre sa routine après une semaine de repos. D'ailleurs, dans son récit de vie, il n'a mentionné sa chute que plus tard comme si cet événement ne l'avait pas marqué. C'est seulement au moment où il s'est vu invalidé et pris en charge par les médecins qu'il est revenu quelques années en arrière dans son récit. **Diane** a également attendu plusieurs jours avant de finir par se rendre à l'hôpital un dimanche : elle s'est mise en danger en ne se nourrissant et ne s'hydratant plus. Lorsqu'elle est arrivée, les médecins étaient étonnés qu'elle tienne encore debout en ayant perdu beaucoup de poids, en ayant une pneumonie et le virus de la grippe H1N1. Elle a dû se faire hospitaliser durant une semaine.

*« Je suis pas allée chez le médecin, j'ai attendu (...) dimanche matin, et j'avais 40 de fièvre, (...) quand je suis arrivée à l'hôpital je marchais, j'étais plus hydratée, j'étais plus nourrie depuis le mardi. »* **Diane**

*« Je mets beaucoup de temps à aller chez le médecin... (...) Donc là [pour son otite] j'ai attendu deux bonnes semaines parce que ça commençait vraiment à devenir difficile. » Guillaume*

Une fois des prescriptions médicales reçues, ils ne les suivent pas forcément à la lettre : ils privilégient souvent les solutions à l'effet soulageant instantané à l'instar des traitements agissant sur le long terme. **Diane** est par exemple suivie par un psychologue, mais a décidé d'arrêter son traitement sans l'avis de ce dernier. De plus, elle souffre d'une tendinite et d'un nerf bloqué dans le dos depuis plusieurs mois mais renonce à consacrer du temps à sa guérison. Elle supporte ces douleurs à l'aide d'antidouleurs. Elle explique ces deux refus de suivre des prescriptions médicales par ses circonstances de vie. En effet, elle est mère au foyer et veut assumer ce choix. Mais d'après elle, quand elle prend les médicaments prescrits elle se sent toujours fatiguée ce qui l'empêche de faire ses tâches habituelles et si elle décide de se soigner, elle devra mettre de côté un moment son rôle de mère au foyer. Elle s'est renseignée sur l'intervention proposée par son médecin et on lui a dit qu'elle ne pourrait plus assumer son quotidien durant une période, c'est-à-dire ses enfants et le ménage. Les contraintes de sa vie quotidienne prennent donc le dessus sur sa stratégie de réaction à son problème de santé actuel. Diane préfère donc négliger sa propre santé pour continuer d'endosser le rôle qu'elle a choisi, être mère au foyer. Toutefois, elle dit également rencontrer des difficultés à assumer son rôle à cause de son problème de santé physique.

*« Moi c'est ma main droite, je travaille tout avec ma main droite. Alors si je fais ma piqûre de cortisone, alors oui ça va me faire du bien, j'aurai moins mal, mais il faut plus rien me demander à la maison comme maintenant (...) » Diane*

#### **5.2.3.2. LES « REACTIFS »**

Le deuxième idéal-type, les dits « réactifs », rassemble des individus qui sont proches de la sphère du travail (employés ou récents chômeurs). La situation de précarité qu'ils vivent est ressentie comme provisoire pour la plupart, les « réactifs » tentent de s'accrocher au monde du travail. Ces individus ont fait un apprentissage qu'ils ont achevé, mais ne travaillent pas dans le domaine dans lequel ils sont formés. Ils ont souvent un ou deux amis avec lesquels ils peuvent parler de leurs problèmes et d'autres connaissances par le biais du travail ou d'une activité sportive, mais ces contacts sont irréguliers. Ces individus se sentent capables de faire quelques projets d'avenir et pensent qu'ils font partie des maîtres de leur devenir tout en dépendant d'autres personnes (*conviction de contrôle interne et externe*). **Kalifa** illustre bien l'idée que les individus faisant partie des « réactifs » arrivent à établir des projets. Il sait qu'il ne peut pas tout faire à la fois, mais il souhaiterait accomplir une formation pour se garantir un avenir meilleur. Toutefois, il est conscient qu'il ne réalisera pas ce projet

seul et qu'il aura besoin de conseils de personnes connaissant le système. Néanmoins, il doit d'abord résoudre d'autres problèmes.

*« Mais (...) toujours j'aimerais bien faire mon CFC en fait, ouais j'aimerais bien une formation. (...) D'abord je voulais régler les démarches de ma femme, et puis après je vais chercher, s'il y a des possibilités de faire les cours du soir ou bien les samedis. » Kalifa*

Les « réactifs » ont vécu des expériences traumatisantes (exil, dépression, etc.) qu'ils ont surpassées, celles-ci leur prouvent leur capacité à modifier leur parcours par eux-mêmes. D'ailleurs, la santé a souvent pris de nouvelles significations après ces épreuves de vie pour les « réactifs ». Pour eux, la santé est essentiellement un outil fonctionnel servant au quotidien. Dès que ce dernier ne fonctionne plus bien, il est nécessaire de réagir. Les « réactifs » ont tendance à penser que la santé est une question de chance et de comportements appropriés. En effet, comme le dit **Kalifa**, il existe plusieurs risques comportementaux comme ne pas s'habiller assez chaudement ou manger de la nourriture avariée qui peuvent avoir des conséquences sur l'état de santé d'un individu. Toutefois, les « réactifs » ont tendance à ne mentionner que les comportements risqués ayant un impact direct sur la santé et pas ceux dont les effets néfastes se font ressentir plus tard. C'est donc seulement quand je lui ai demandé si l'alcool, la drogue et la cigarette étaient pour lui des risques que Kalifa y pense. Son explication est intéressante :

*« Bon déjà, plutôt s'il fait froid, si tu sors avec des T-shirts et tu prends froid, alors ça c'est dangereux. Et puis il y a quoi d'autre, alors bien sûr dans la nourriture aussi, si elle est expirée (...). » Kalifa*

*« Et le tabac, l'alcool, la drogue,.... ? » Moi*

*« Ça bien sûr (...). Mais parce qu'on voit pas tout de suite la conséquence, les effets. Dans l'alcool, les cigarettes, on voit pas directement la conséquence, c'est pour ça on dit il y a pas de souci, mais bien sûr... » Kalifa*

Autrement dit, **Kalifa** et les « réactifs », qui pensent qu'être en bonne santé c'est pouvoir travailler et faire les choix de vie que l'on désire, semblent percevoir moins de danger dans la consommation de tabac, d'alcool ou de drogue car les effets ne se font pas ressentir directement sur le corps et ne les invalident pas de suite. Cette façon de penser à court terme, relevée par Kalifa notamment, est intéressante et montre que certaines de nos pratiques quotidiennes peuvent être liées aux idées qu'on se fait de la santé et des comportements à risque. **Bertrand** va dans le même sens que Kalifa en estimant que le tabagisme l'aide à maintenir sa santé morale à court terme bien qu'il soit conscient de ses effets néfastes sur le long terme. Comme le dit Vega (2009), certains comportements à

risque peuvent être adoptés par choix personnel car ils auraient des effets positifs sur la qualité de vie des individus. Penser à court terme peut également être révélateur de la précarisation des situations de vie. Si les « réactifs » arrivent à se projeter dans l'avenir, c'est souvent dans un espace temporel proche du présent que les projets sont établis. Ceci peut expliquer pourquoi il est difficile d'envisager pour les « réactifs » que certains comportements adoptés au moment présent puissent avoir des impacts dans un futur dans lequel ils ne parviennent pas à se projeter.

Conscients de l'importance de se maintenir en bonne santé pour ne pas s'éloigner de la sphère du travail ainsi que pour sortir de la précarité, les « réactifs » tentent d'entretenir leur forme physique (marche, football, etc.) sans toutefois porter beaucoup d'attention à la nourriture. Leurs pratiques préventives sont pour ainsi dire partielles. Par exemple, **Bertrand** fait des projets d'avenir en espérant que la place qui se libère sur son lieu de travail lui sera offerte. Pour cela, il essaie de prouver sa motivation à ses employeurs pour qu'ils le choisissent tout en sachant que cette décision ne lui appartient pas. Son rapport à la santé a changé depuis sa séparation, il croit à présent en sa capacité interne à se maintenir en bonne santé pour pouvoir travailler ainsi que pour ses filles qui comptent sur lui maintenant qu'il est divorcé. Bertrand, qui ne fait pas de sport particulier, tente de parcourir la distance séparant deux arrêts de bus à pied chaque matin et chaque soir pour garder la forme. Il essaie donc de maintenir sa forme physique et fait attention à la nourriture quand ses filles sont présentes. Toutefois, lorsqu'elles ne sont pas là et qu'il est seul, Bertrand a tendance à négliger l'alimentation ainsi que le sport.

*« Quand je suis pas motivé je fais vraiment rapide quoi. Ça m'arrive aussi de m'ouvrir une boîte de thon et puis de me faire une salade thon-maïs. (...) Mais c'est beaucoup plus motivant de faire quand il y a les enfants. (...) J'essaie en principe de pas trop faire de boîtes, (...) de mettre aussi des légumes, toujours aussi un peu de viande, donc j'essaie de varier mes mets. (...) Je suis assez fainéant, je fais pas beaucoup de sport, (...) si je veux faire du sport c'est avec mes enfants toujours. » Bertrand*

On pourrait donc dire des « réactifs » qu'ils adoptent une attitude préventive partielle et irrégulière. Ces comportements parfois négligents sur certains plans de la prévention s'expliquent par la solitude, l'absence de motivation ainsi que par un manque d'information par exemple à propos de quoi est constitué un repas sain ou du fonctionnement de l'assurance-maladie. En effet, les « réactifs » se caractérisent par des compétences partielles dans le domaine de la santé. Par exemple, **Tarik** et **Kalifa** doutent fortement lorsqu'on leur demande de désigner ce qui est bon ou mauvais pour la santé au niveau de

l'alimentation. Ils choisissent les légumes et les fruits comme aliments les plus sains parce qu'ils proviennent directement de la nature sans sembler être sûrs de leur réponse. Lorsqu'il mange, Tarik dit ne pas faire attention à ce qui est sain ou malsain. Kalifa pense qu'un des plats les plus sains ici en Europe c'est la pizza car l'on peut choisir les ingrédients que l'on met dessus. Pourtant, lorsque qu'il décrit les ingrédients qui forment, d'après lui, une pizza saine, sa réponse est assez étonnante.

*« (...) du chorizo avec des merguez et puis j'ai mis aussi des fois avec du thon. Des fois je fais aussi, parce que j'ai travaillé dans la pizzeria, alors je mets tout, la merguez, le thon, le chorizo, tout ensemble. Je sais pas si c'est pas bien, pour moi déjà c'est très bien. » Kalifa*

*« des fois je fais quelque chose pour manger rapidement, mais il y a pas de système de se dire ça c'est bon pour la santé, ça il faut pas manger.... » Tarik*

Ayant reçu son permis de réfugié, **Tarik** sait maintenant qu'il peut rester en Suisse et commence à pouvoir envisager des projets pour son avenir. Auparavant, la crainte de devoir retourner en Libye lui a provoqué des ennuis psychiques qui l'ont invalidé. Forcé de quitter son travail, Tarik est convaincu que ses problèmes vont s'en aller seuls avec le temps, et qu'il ne peut rien faire. Il sait que la santé est très importante pour pouvoir travailler, c'est pourquoi dès qu'il ne se sent pas bien, il tente de résoudre ses problèmes en faisant du sport, notamment de la course à pied. C'est selon lui le seul moyen de prévenir et guérir les problèmes de santé. Ceci étant, il semble être négligent sur le plan de l'alimentation.

*« Avant, j'avais des peurs beaucoup, il y a quelques mois. (...) J'avais plus peur parce que je connaissais pas ma situation, qu'est-ce qu'il arrive demain, je connaissais pas, je suis resté ici quatre ans en Suisse et par rapport à ma demande de réfugié tout ça, j'avais peur encore de retourner en Libye aussi par rapport à ce qui s'est passé avant, par rapport à la torture, tout ça vient dans la tête quoi. Pour ça j'avais pas trouvé de solution pour éviter tout ça (...) tu ne peux pas te contrôler toi-même. » Tarik*

*« Ça dépend, parfois je fais, parfois si j'ai pas envie je fais pas (...) parfois le midi je mange pas. (...) La seule activité c'est le sport, il n'y a pas d'autre chose particulière, moi je trouve le sport c'est le mieux pour ça, pour la santé. » Tarik*

Lorsqu'ils ressentent de fortes douleurs, les « réactifs » disent ne pas jouer avec leur vie et se rendent rapidement chez le médecin ou à l'hôpital, d'où le nom qui leur a été attribué. On peut dire que **Bertrand** est devenu encore plus réactif après sa séparation car il a commencé à croire en sa capacité à se maintenir en bonne santé. Aujourd'hui, bien qu'il ne

ressente pas de douleur particulière, Bertrand suit les traitements prescrits par son médecin et se rend régulièrement à des contrôles pour l'hypertension, le cholestérol et le diabète. Etant donné qu'il s'est repris en mains et qu'il arrive mieux à se projeter dans l'avenir qu'auparavant, il arrive de mieux en mieux à concevoir être un acteur de son état de santé.

### 5.2.3.3. LES « PROACTIFS »

Ce dernier idéal-type, les « proactifs », rassemble des individus qui sont également proches de la sphère du travail. Ils ont pour la plupart fait un apprentissage ou une formation supérieure mais ne travaillent plus dans le domaine dans lequel ils se sont formés. Les « proactifs » ont dû ou doivent se réinsérer dans un autre domaine car leurs papiers ne sont pas reconnus ou leur état de santé les forcent à en changer. Ils ont plus de quarante ans et se trouvent donc au milieu voire à la fin de leur carrière professionnelle. Leurs réseaux sociaux sont larges et régulier car ils sont notamment en contact avec plusieurs membres de communautés religieuses ou d'associations sportives. Les « proactifs » ont développé un sentiment d'appartenance à un ou plusieurs groupes qu'ils fréquentent régulièrement. **Machanga** est le seul à avoir mentionner la religion comme un support essentiel à sa santé. Vivant éloigné de sa famille, il s'inquiète beaucoup pour elle ce qui lui provoque des souffrances psychiques. C'est essentiellement grâce à son réseau social construit au sein d'une communauté religieuse qu'il arrive à se distraire pour ne pas se laisser envahir par la déprime. La mobilisation de ce réseau social l'aide à réduire son stress et son anxiété. Mais, la religion devient aussi une ressource personnelle qui lui permet de donner un sens à sa vie. En effet, Machanga se dit que même s'il ne peut pas retrouver sa famille dans cette vie sur Terre il la retrouvera plus tard. Selon ses dires, cela vaut la peine de rester en bonne santé dans cette vie car il peut aider son prochain par différents biais. D'après Maggi et Cattacin (2003), la religion peut en effet fournir un support spirituel donnant du sens à la vie.

*« Mais j'essaie de m'équilibrer pour ne pas me laisser aller (...) dans la déprime, dans des choses comme ça... (...) C'est la raison pour laquelle je lis beaucoup, je suis avec les amis dans la religion, dans la chrétienté, nous avons quelques versets bibliques qui nous consolent de ce côté là, que la vie n'est pas que sur cette Terre, il y a le salut éternel auquel je peux aussi me préparer. » **Machanga***

Depuis petits, les « proactifs » font preuve d'une grande volonté et se considèrent comme les maîtres de leurs vies (*conviction de contrôle interne*). Cette ressource personnelle d'ordre psychologique est caractéristique des « proactifs ». On remarque un sentiment de non-contrôle des événements chez les « inattentifs », une maîtrise partielle de ce qui advient aux « réactifs », alors que les « proactifs » se sentent davantage capables de contrôler leur vie et leur santé par certaines actions. La conviction de contrôle interne de sa vie a été étudiée par

Mielck et Kristenson (in : Villiger & Knöpfel : 2009) sous le nom de la théorie du « locus of control ». Ceux qui se sentent davantage en mesure d'influer sur leur devenir ne se résignent pas et tentent d'en décider les dénouements. Joubert estime que ces derniers sont souvent soutenus par leur réseau social : *« le fait de ne pas "perdre le moral" et de "supporter" ne revient pas à se résigner mais à adopter une posture d'acteur qui n'est possible que parce qu'un minimum de support social de l'action a été préservé. »* (Joubert :2001, 83). Cette ressource psychologique interne joue un rôle dans l'attention portée à l'état de santé car en ayant la sensation de maîtriser le déroulement de leur vie, les « proactifs » donnent du sens aux faits de suivre des prescriptions médicales et d'anticiper les maladies ainsi que tout autre problème.

Lorsque des décisions les concernant ne leur appartiennent pas, les « proactifs » tentent de faire part de leurs motivations et cherchent à trouver des solutions vu qu'ils sont convaincus d'avoir une influence. Par exemple, **Claudio** s'est montré combattant depuis qu'il est jeune. Malgré son problème de vue, il a toujours fait tout pour être comme les autres. Même si en ce moment il sait pertinemment que ce n'est pas lui qui décidera de l'acceptation de son recyclage professionnel, il tente tout de même de prouver sa grande motivation. Les perspectives d'avenir des « proactifs » ne sont pas non plus claires mais ils ne préfèrent pas trop y penser. Malgré cela, ils se sentent en confiance. Comme dit dans le cadre théorique, chacun aurait un degré de sens de la cohérence différent (Antonovsky : 1987), ce mécanisme de pensée faisant partie des caractéristiques psychologiques de chacun. Avoir un sens de la cohérence élevé signifie être confiant et positif quant à son devenir, penser que les choses vont s'arranger. C'est le cas des « proactifs ». Bien qu'ils soient conscients que leur avenir ne dépende pas que d'eux, ils se disent confiants quant aux dénouements.

*« C'est clair qu'actuellement la vie professionnelle il y a un petit problème, il est momentané. » Claudio*

Etant donné que la santé représente aux yeux des « proactifs » une situation d'équilibre et de bien-être dont ils ont besoin pour mener leur vie comme ils l'entendent, ils y portent beaucoup d'attention. Convaincu qu'être en bonne santé signifie avoir un équilibre dans sa vie, **Claudio** tente de le maintenir et projette de retrouver un autre équilibre le jour où il aura totalement perdu sa vue. Etant donné que sa santé est déjà atteinte, il tente d'éviter d'autres problèmes en l'entretenant. Ceci explique ses nombreux comportements préventifs tels que faire du sport et s'alimenter sainement.

**Claudio** : *« J'essaie d'avoir un petit déjeuner un petit peu équilibré. (...) Je trouve que j'ai encore une assez bonne qualité de vie... j'essaie d'avoir un équilibre entre la vie privée, la vie sociale et professionnelle. C'est clair*

*qu'actuellement la vie professionnelle il y a un petit problème, il est momentané (...). Comme je vous l'ai dit, j'ai pas de travail, et ça c'est une solution qu'il faut que je trouve qui est temporaire. »*

L'attention portée à la santé par les « proactifs » est donc toute particulière: exercices physiques, course à pied, alimentation saine, sports en groupe, relations sociales, etc. Ils font notamment appel à leurs connaissances et se renseignent pour savoir ce qui est bon ou mauvais pour la santé et améliorent donc leurs compétences en santé. **Machanga**, formé dans le domaine de la pharmacologie, démontre notamment de nombreuses compétences en santé et y accorde beaucoup d'intérêt. **Claudio** fait également preuve de connaissances sur les risques encourus s'il n'adopte pas de comportements préventifs (cholestérol, problèmes suite à l'inactivité, etc.).

*« Je fais attention : pas trop de sel, pas trop de sucre, pas trop de gras, pas trop d'huile, (...) je suis déjà à la période cardio-vasculaire, donc je dois franchement faire attention à ce que je fais. (...) J'avais lu un livre à la bibliothèque où il y avait les exercices pour les gens à partir de 50 ans, alors j'avais photocopié les pages qui m'intéressaient.. » **Machanga***

*« Ben déjà faire du sport, bouger, je pense déjà là que mon état de santé général, si on reste inactif on sait très bien que ça peut provoquer bien d'autres problèmes. Je dois aussi faire attention à ce que je mange, parce que trop gras on sait qu'il y a du cholestérol. » **Claudio***

Ces connaissances et compétences font office de ressources car elles poussent à adopter des comportements de prévention et donc maintiennent les individus dans un bon état de santé. Stutz-Steiger & Spycher (2006) expriment le terme de « culture sanitaire » en français<sup>20</sup>. Les individus ayant une « culture sanitaire » moins développée seront moins informés et donc moins conscients des effets néfastes de certains comportements. Ceux dont la « culture sanitaire » est élevée, en l'occurrence les « proactifs », utilisent ces connaissances et compétences comme des ressources en santé car elles permettent notamment un rétablissement plus rapide en cas de maladie, le maintien d'un bien-être psychologique, ainsi qu'une réduction des frais de santé. Avec une « culture sanitaire » développée, les « proactifs » sont conscients qu'il est important de pratiquer un sport, de s'alimenter de manière saine et de prendre soin de soi-même pour prévenir les maladies. Ils sont également critiques face à la prise accrue de médicaments et tentent d'utiliser d'autres méthodes. **Machanga** et **Claudio** font notamment preuve d'une pratique assez soutenue de gestes préventifs tels que faire des exercices cardiovasculaires, faire attention à se nourrir

---

<sup>20</sup> « Health literacy » en anglais et « Gesundheitskompetenz » en allemand

de manière équilibrée, faire des cures de vitamines entre les saisons, etc. Régulièrement, Machanga fait des marches lorsqu'il fait beau et qu'il a congé. Mais lorsqu'il ne sort pas, il cherche aussi à se maintenir en forme en s'adonnant à des exercices de gymnastique bénéfiques pour les personnes de plus de cinquante ans. Il a trouvé ces conseils dans un livre à la bibliothèque et s'est mis à les appliquer. Claudio essaie de courir tous les matins et est également engagé dans plusieurs clubs sportifs se réunissant une fois par mois en saison avec lesquels il s'adonne à la marche et au tandem notamment. Au quotidien, les deux tentent de faire attention à se nourrir de plats équilibrés avec des aliments frais et sains. Ils essaient également de s'occuper pour entretenir leur santé mentale en rencontrant du monde, en faisant du sport, etc.

*« C'est ma stratégie pour ne pas me laisser aller (...) quand les idées comme ça me viennent, il faut que je les fasse passer (...), je dois trouver une occupation quelconque. » Machanga*

*« Je fais attention : pas trop de sel, pas trop de sucre, pas trop de gras, pas trop d'huile, (...) je suis déjà à la période cardio-vasculaire, donc je dois franchement faire attention à ce que je fais. » Machanga*

Ce sont donc essentiellement des ressources personnelles qui différencient les « proactifs » des « réactifs ». Les « proactifs » tentent davantage d'anticiper des problèmes de santé en s'adonnant à de multiples gestes préventifs car ils sont convaincus d'avoir un contrôle sur leur vie, car ils sont confiants quant aux dénouements de leur situation et notamment car ils ont développés des connaissances importantes sur la santé. **Machanga** démontre bien cette idée d'accumulation de ressources personnelles qui rendent les « proactifs » plus consciencieux à l'égard de leur propre état de santé. C'est aussi un combattant comme Claudio. Depuis petit, il s'est battu pour faire des études en trouvant de l'aide car sa famille n'en avait pas les moyens. Plus tard, il a anticipé la faillite de l'entreprise dans laquelle il travaillait et a ouvert son propre commerce. Puis, lorsqu'il s'est senti en danger, il s'est battu pour se protéger en fuyant son pays. Ici en Suisse, il a fait recours deux fois aux décisions quant à son statut et a fini par obtenir un permis pour rester et travailler en Suisse. Le résumé des différents « tournants » de sa vie démontre sa conviction d'être capable de modifier son parcours. Ce sont essentiellement ses ressources personnelles qui l'ont aidé dans ces combats et qui l'aident au quotidien à « ne pas se laisser aller » comme il le dit. En se renseignant sur les risques de santé importants pour sa tranche d'âge, il tente de maintenir sa forme physique. Puis, en sachant qu'il est sensible à ce qui se passe pour sa famille, il tente de garder le moral en se divertissant. Sa foi lui permet de donner un sens à sa vie. Bien qu'il soit éloigné de sa famille et qu'il n'ait, selon lui, pas un travail convenable ici

en Suisse, Machanga donne du sens à se maintenir en bonne santé car il sait qu'il peut aider son prochain sur Terre et que peut-être plus tard il retrouvera sa famille.

*« Avec ça je ne dors plus, donc c'est pour ça que je vous ai dit que je fais un effort, avec ce que j'apprend, (...) pour résister justement et c'est comme ça je cherche cette diversion par les lectures, par mes convictions religieuses, voilà, en me baladant. (...) Ouais j'ai des craintes mais je m'y attarde pas trop, j'essaie de faire ce que je peux pour vivre mieux (...). On n'a plus la qualité de vie si on ne fait que penser je vais tomber ce soir, je peux peut-être mourir ce soir, mon cœur peut s'arrêter d'un moment à l'autre. Si j'ai encore quelques années à vivre, j'essaie de garder une bonne qualité de vie, parce que trop y penser, ça veut dire qu'à un moment donné vous allez tomber dans un état dépressif ».* **Machanga**

Les « proactifs » écoutent leurs corps et vont consulter rapidement en cas de problème potentiellement handicapant ou de douleurs inconnues. Au contraire des « inattentifs » qui attendent longuement avant de consulter, les « proactifs » ressemblent davantage aux « réactifs » sur ce point.

#### **5.2.4. LES RESSOURCES CLES EN TERMES DE SANTE**

Les « inattentifs », les « réactifs » et les « proactifs » se distinguent dans leurs discours et comportements en santé notamment par les différentes ressources qu'ils mobilisent sur le plan de la santé et au quotidien. Meyer (2009) définit les ressources comme les potentiels d'un individu tels que son niveau de formation, ses aptitudes, ses connaissances sur la santé, sa force, mais aussi son statut social et les ressources de son environnement. D'après cette chercheuse, les ressources dont chacun dispose ont un effet de promotion de la santé une fois mobilisées. Comme le soulignent Oris et al. (2009), non seulement les ressources sont inégalement réparties en société, mais chacun a également une capacité différente à les conserver et à les utiliser pour prévenir ou guérir des problèmes de santé.

Les individus frappés par la précarisation de leurs situations de vie sont à peu près tous dans la même situation en ce qui concerne leurs ressources matérielles. En effet, ils ne sont pas autonomes et se font aider par différentes instances. Ces ressources sont donc maigres. Comme l'a dit Mackenbach (2006), ces dernières jouent un rôle dans les questions de santé car avoir de l'argent pour supporter les épreuves de la vie diminue le stress que celles-ci occasionnent. Bien que l'on puisse considérer que les « inattentifs », les « réactifs » et les « proactifs » possèdent des ressources matérielles semblables, les « inattentifs » semblent plus particulièrement affectés par cette privation. Les autres n'expriment pas directement ce manque car ils ressentent leur situation de vie comme provisoire.

En ce qui concerne les autres types de ressources, les individus rencontrés ne sont cependant pas logés à la même enseigne. Il semble que c'est d'ailleurs un des éléments qui les distingue dans leurs façons de réagir face à la santé notamment sur le plan des comportements de prévention. Il est d'abord possible de constater une panoplie de ressources personnelles qui aident les individus à surmonter la précarisation de leur situation de vie et qui contribuent à maintenir ces derniers en bonne santé.

La religion peut constituer une ressource personnelle permettant de donner du sens à son existence, malgré un contexte de vie difficile. D'après Maggi et Cattacin (2003), une croyance religieuse peut en effet fournir un support spirituel aidant à construire du sens sur sa propre vie. Si, malgré des conditions d'existence pénibles et incertaines, une foi religieuse permet de donner un sens au fait de vivre, elle donne également de l'importance au fait de rester en bonne santé. **Machanga** est le seul à avoir évoqué la religion comme support spirituel l'aidant au quotidien à se donner des raisons de vivre en bonne santé bien qu'il soit éloigné de sa famille et n'ait pas un emploi à la hauteur de ses espérances ici en Suisse.

D'autres ressources personnelles d'ordre psychologique sont également évoquées comme jouant un rôle dans l'attention portée à son état de santé. On remarque chez les « inattentifs » un sentiment de non-maîtrise des événements, alors que les « proactifs » pensent pouvoir contrôler leur vie et leur santé par certaines actions. Ces différentes convictions de contrôle ont été introduites par Mielck et Kristenson (in : Villiger & Knöpfel : 2009) sous le nom du « locus of control ». Ces chercheurs expliquent que certains suivent mieux les prescriptions médicales ou adoptent davantage de comportements préventifs parce qu'ils ont la sensation interne qu'ils contrôlent et peuvent modifier ce qu'il leur advient. Les autres se sentent beaucoup moins capables d'influer sur leur propre devenir et pensent que le contrôle de leur vie ne leur appartient pas. D'ailleurs, les paroles des « inattentifs » donnent l'impression qu'ils subissent ce qui leur arrive (maladie, problème de santé, précarisation, etc.) sans se sentir aptes à essayer de provoquer des changements. Adopter des comportements de prévention ainsi que suivre des prescriptions médicales sont des pratiques qui renferment beaucoup moins de sens dans une telle optique vis-à-vis de la vie.

L'expérience migratoire ou toute autre expérience existentielle peut être considérée comme une ressource importante pour les questions de santé. Elle ressort notamment chez les « réactifs ». En effet, ceux qui se sont décidés à fuir leur pays car ils s'y sentaient en danger ainsi que ceux qui ont vécu un moment difficile dans leur vie (comme une dépression) ont fait l'expérience d'avoir pu modifier leur parcours. Avec de telles épreuves existentielles, ils gardent en tête cette capacité interne d'action et de changement dont ils ont fait preuve. Ils se souviennent de cette longue période où ils ont tenté de rester optimistes et où les choses

ont fini par s'arranger. Les exilés ont dû se battre en parcourant plusieurs pays, en trouvant des solutions, en se faisant de l'argent pour continuer leur périple, pour enfin venir demander l'asile en Suisse. De plus, les migrants arrivés dans un pays d'accueil font souvent partie d'une sélection de personnes en bonne santé (Healthy migrant effect) (Chimienti et al. : 2001). Toutefois, l'expérience de l'exil de conditions de vie très difficiles peut également être un des déterminants d'une mauvaise santé. En effet, en fuyant des pays où règnent l'insécurité, la guerre et la violence notamment, ils ont pu être exposés à des traumatismes majeurs et à de mauvaises conditions de vie dont ils subissent les conséquences pendant de nombreuses années (Chimienti et al. : 2001). Ceci explique pourquoi l'exil peut également être source de troubles psychosociaux et de stress post-traumatique. Il est intéressant ici de positionner les immigrés de première génération de l'échantillon de cette recherche. **Kalifa, Machanga et Tarik** ont tous trois décidé de s'exiler car ils étaient en danger et semblent avoir gardé cette confiance et cette envie de s'en sortir encore. Toutefois, Machanga et Tarik semblent également souffrir de la distance qui les sépare de leur famille ainsi que, surtout pour Tarik, des traumatismes vécus. **Armira**, quant à elle, n'a pas dû se battre pour venir jusqu'en Suisse car c'est son père qui s'est arrangé pour faire les papiers nécessaires. Cette envie de s'en sortir expérimentée lors de la phase d'émigration ne semble donc pas avoir laissé autant de traces chez elle que chez les immigrés africains.

Comme dit par Antonovsky (1987), chacun aurait également un degré de sens de la cohérence différent, ce mécanisme de pensée fait partie des caractéristiques psychologiques de chacun. C'est un élément qui peut aussi faire office de ressource pour les questions de santé. Celui qui a un sens de la cohérence élevé est confiant quant à son devenir et pense que les choses vont s'arranger. Par contre, celui qui a un sens de la cohérence bas est plutôt pessimiste, il attend que des décisions se prennent sans être en confiance quant à des dénouements positifs. Bien qu'incertains concernant la suite de leur trajectoire, les « proactifs » se distinguent ici en présentant un sens de la cohérence élevé.

Par ailleurs, les connaissances et compétences développées en santé sont une autre ressource personnelle essentielle. Stutz-Steiger & Spycher (2006) utilisent le terme de « culture sanitaire » pour définir cette ressource clé. En sachant lire et écrire, les individus peuvent développer des connaissances et des compétences en santé, ainsi que développer un regard critique à ce sujet. Ceux dont la culture sanitaire est élevée savent ce qui est bon pour se maintenir en bonne santé, connaissent le système de soins en vigueur et adoptent un œil critique au sujet de la santé. C'est le cas des « proactifs » qui tentent de mettre toutes les chances de leur côté en appliquant leurs connaissances en santé au quotidien et en se renseignant lorsqu'ils ont des lacunes. Les « réactifs » et les « inattentifs » font

généralement prouve d'un manque d'information sur ce qui est bon ou mauvais pour la santé, sur le fonctionnement du système de santé et ils sont moins critiques.

La mobilisation de ces ressources personnelles pousse à prévenir les problèmes de santé car on a l'impression d'être capable d'influer sur son devenir, car on se sent confiant quant à ce qui nous adviendra et car on connaît ce que l'on est en mesure de faire pour se maintenir en bonne santé. Pourtant, d'après Joubert (2001), ceux qui ne subissent pas ce qui leur arrive, qui ne se résignent pas et qui tentent de devenir les décideurs de leur propre avenir sont souvent soutenus par leur réseau social. Aidant à supporter la détérioration de sa situation de vie et à adopter une posture d'acteur, les ressources sociales sont capitales, d'après Perreti-Watel (2006), lorsqu'il s'agit de maintenir son état de santé au même point.

Plusieurs expriment l'idée de discuter de leurs problèmes de santé d'abord avec leur médecin avant d'en parler avec les proches par crainte de trop les inquiéter. Le prestige dont jouit l'ensemble du corps médical semble important aux yeux de tous les participants à cette recherche. Ainsi, Dahinden et Moret (2009) ont souligné la crédibilité et la confiance accordées aux professionnels de la santé. On retrouve cependant, dans la littérature, l'idée que les différentes relations sociales peuvent faire office de ressources en santé en aidant à mieux supporter les divers événements qui arrivent dans une vie (Peretti-Watel : 2006). Avoir une personne à qui se confier ou à qui demander des conseils, se sentir membre d'un groupe ou encore avoir l'impression d'appartenir à la société dans laquelle on vit sont des relations sociales pouvant jouer un rôle essentiel pour la santé. Le soutien reçu des amis, de la famille et de la collectivité est associé à une meilleure santé car ces relations sociales apportent du bien-être et de la satisfaction, ainsi que le sentiment d'être aimé. Cet appui social, lorsqu'il est mobilisé, aide les individus à surmonter le stress occasionné par les épreuves de vie difficiles et par la précarisation de leur situation de vie. Lorsqu'ils se sentent soutenus par leur entourage, les individus vivant dans des conditions difficiles renforcent leur sentiment de contrôle sur leur propre vie. La mobilisation des relations sociales ne contribue donc pas à améliorer l'état de santé, mais permet d'éviter qu'il s'empire (Peretti-Watel : 2006) en renforçant les ressources psychologiques des individus. Par exemple, **Machanga** atteste qu'avoir discuté avec un de ses amis de la décision prise avec son médecin lui a permis de se sentir plus serein quant à l'opération programmée car celui-ci l'a rassuré. Cet ami appartenant à sa communauté religieuse a réussi à diminuer le stress ressenti par Machanga en renforçant sa confiance en lui et en sa capacité à améliorer son état de santé en acceptant cette intervention. Les « proactifs » se distinguent dans leurs relations sociales car ils disposent d'un cercle de connaissances plus large ainsi que plus régulier que les « réactifs » et les « inattentifs ». De plus, les « proactifs » ont développé un sentiment

d'appartenance à un ou plusieurs groupes (religieux pour Machanga et sportifs pour Claudio). Suite à la précarisation de leur vie, les individus peuvent se sentir de plus en plus exclus de la société de par leur éloignement du marché du travail et leur manque d'autonomie. Toutefois, lorsqu'ils se sentent intégrés socialement dans un cercle de connaissances, ils ressentent au moins l'impression d'être insérés dans la vie sociale.

Comme on le remarque ci-dessus, le degré d'attention porté à la santé va donc varier en fonction des ressources matérielles, personnelles et sociales dont chacun dispose. En effet, chacun va se faire une idée au cours de sa vie sur son aptitude personnelle à influencer son état de santé et sa vie de façon générale. La santé étant elle-même une ressource pour sortir de la précarité, il est important que les individus se trouvant dans des situations socio-économiques défavorables y portent une attention particulière. Renforcer les ressources de ces individus semble donc être capital. Comme remarqué dans la partie sur les processus de précarisation, les désavantages s'accumulent au cours de la vie. Le manque de perspectives d'avenir auquel sont confrontés les individus précarisés est ici primordial. Sans perspective, un individu a tendance à voir sa vie défiler sans se créer des objectifs et des projets et par conséquent, sans prendre part à son contrôle. Comme le processus cumulatif des avantages et désavantages a lieu tout au long de la vie, il n'est pas immuable et peut être modifié. Pour faire pencher la balance de l'autre côté, il paraît donc nécessaire de renforcer les ressources personnelles des individus afin qu'ils optimisent leurs chances de réintégration sociale et professionnelle en adoptant un regard prévenant sur leur santé. Il est clair que certains ont des maladies plus ou moins invalidantes qui ne leur permettent *a priori* pas une réintégration au monde du travail. Toutefois, ces derniers n'ont pas d'intérêt à ce que leur état de santé général ne se détériore plus, que de nouveaux problèmes soient détectés, et donc que leurs conditions de vie s'empirent.

L'avant-dernière partie de ce travail de recherche tentera de comprendre les réactions politiques à ce phénomène social. Agir sur les déterminants sociaux de la santé est capital pour tenter de maintenir l'état de santé d'une population au plus haut niveau. Néanmoins, comme souligné dans cette recherche, il ne suffit pas d'agir dans le domaine de la santé, ni sur l'amélioration des conditions de vie et de travail des individus. C'est pourquoi il est intéressant de se pencher sur les actions qui ont lieu sur un plan plus individuel au niveau local visant à renforcer les sentiments de contrôle des individus en les aidant notamment à établir des projets. Ces *good practices* pourront alors s'exporter comme modèle dans d'autres localités et peut-être former une ligne directrice d'une stratégie plus globale de réduction des inégalités sociales de santé en Suisse.

## 6. REACTIONS POLITIQUES FACE AUX INEGALITES SOCIALES DE SANTE

Les réactions politiques ne sont pas inexistantes face aux inégalités sociales de santé en Suisse. Il existe effectivement divers instruments politiques ayant comme objectif une égalité des chances en matière de santé. Il ne s'agira pas ici de lister toutes les mesures prises allant dans ce sens mais de citer les plus importantes. L'accès aux soins en cas de maladie ou d'accident est garanti à tous ceux qui vivent en Suisse au travers de l'assurance-maladie obligatoire (LAMal). Celle-ci comporte un mécanisme de réduction des primes pour les personnes de bas et moyens revenus (art. 65 de la LAMal). Ces deux instruments politiques phares en matière de santé agissent sur les obstacles en amont de l'accès aux soins (Kaya & Efiionayi : 2006). D'autres mesures ont été prises dans ce domaine pour améliorer l'état de santé de la population. Il s'agit ici de mentionner notamment les efforts déployés dans le domaine de la prévention et de la promotion de la santé destinés à des groupes cibles particulièrement vulnérables à certains risques de santé (VIH, obésité, drogues, etc.). Par exemple, des mesures de prévention particulières ont été prises pour les enfants issus de familles ayant des bas et moyens revenus en instaurant dans certaines communes un médecin et un dentiste scolaires pour assurer le suivi médical dès le plus jeune âge. Toutefois, une meilleure coordination de la mise en œuvre de ces mesures fait encore défaut pour le moment<sup>21</sup>. D'autre part, le deuxième volet de la stratégie fédérale « Migration et Santé », les mesures prises dans le domaine « Gender Health » ainsi que les services spécifiques pour les personnes précarisées de certaines policliniques cantonales veillent à garantir une égalité d'accès aux hommes et aux femmes issus ou non de la migration (Kaya & Efiionayi : 2006). En dehors du domaine de la santé, une multitude d'autres instruments tentent de réduire les inégalités sociales de façon générale en garantissant, entre autres, un minimum vital social à tous et une égalité des chances en matière de formation professionnelle.

Pourtant, des recherches qualitatives comme celle-ci permettent de se rendre compte du caractère individuel des représentations de la santé et des comportements qui y sont associés. Ainsi, le constat global des inégalités sociales face à la santé ne suffit pas lorsqu'on réfléchit à des réactions politiques nécessaires, car, on le remarque, tous les individus se trouvant dans le même échelon de la hiérarchie sociale ne portent pas le même regard sur la santé. De plus, le processus de précarisation n'est pas vécu de la même manière par chacun. Garantir un accès aux soins sans discrimination liée à la fortune, à la formation, au statut professionnel, aux conditions de vie, au genre ou encore à la nationalité

---

<sup>21</sup> Il est possible qu'une meilleure coordination des mesures de prévention et de promotion de la santé soit effective prochainement si le projet de Loi fédérale de prévention et de promotion de la santé (LPrév) est accepté et mis en œuvre par le Parlement.

est important mais ne suffit pas. Les inégalités existent et persistent ; elles ne peuvent pas simplement être réduites par des actions sur ces déterminants sociaux. Les études montrent que, malgré un accès le plus égalitaire possible au système de santé, les pratiques concernant la santé continuent de varier en fonction du statut social et du niveau d'instruction (Kaya & Efiionayi : 2006). Ce travail de recherche démontre l'importance de la dimension individuelle lorsque l'on tente de réfléchir à une stratégie pour réduire les inégalités de santé. Comme on le remarque dans cette étude qualitative, les individus se trouvant dans des positions socio-économiques défavorables ne réagissent pas tous de la même manière face à la santé car ils ne disposent pas tous des mêmes ressources : certains y accordent de l'importance au quotidien et d'autres n'y portent que peu d'attention. Des obstacles de natures différentes poussent certains à accorder peu d'importance au fait de mener une vie saine au quotidien ainsi qu'à retarder ou renoncer aux soins. La santé pouvant être considérée comme une clé essentielle pour éviter la détérioration de sa situation sociale et économique et améliorer sa qualité de vie, il est aussi important de réfléchir à des mesures responsabilisant les individus vis-à-vis de leur propre état de santé.

Le but de ce travail de recherche était de mieux comprendre les discours et les comportements d'individus se trouvant devant une précarisation de leur situation de vie pour mieux saisir à quel niveau il était nécessaire d'agir. En dehors de l'obstacle financier, des barrières supplémentaires liées à des aspects culturels, à un manque de connaissances, à une perception personnelle de la maladie et des soins ainsi qu'à une attitude générale vis-à-vis de la vie peuvent être à l'origine des différences. Ce que l'on constate c'est que plusieurs ne se sentent pas capables d'influencer les dénouements de leurs trajectoires de vie notamment car ils ne sont pas convaincus d'avoir le contrôle interne de ce qui leur advient, car ils sont pessimistes quant à leur avenir et qu'ils ont des lacunes dans leurs compétences en santé. Ces différentes ressources personnelles sont essentielles pour la santé car elles valorisent la capacité d'autonomie des individus dans le quotidien ainsi que dans leur façon de gérer leur santé et de potentiels problèmes.

La recherche d'une égalité universelle et absolue en terme de santé, dans le sens où Kaya et Efiionayi (2006) le mentionne, est, d'après Villiger et Knöpfel (2009), un objectif irréalisable, car chacun ne pourra pas être malade ou sain de la même manière au sein d'une société. Toutefois, Mielck (2000) estime que la visée d'une égalité des chances en matière de santé est plus réaliste car « *chacun doit avoir la possibilité d'épuiser tout son potentiel de santé, c'est-à-dire que tous les obstacles évitables doivent être éliminés afin que ce potentiel puisse se développer* » (Mielck : 2000, 305). Chacun aurait dans ce cas la même chance de rester en bonne santé ou de se soigner indépendamment de ses

caractéristiques socio-démographiques. Cependant, la santé reste une affaire extrêmement individuelle car étroitement liée aux comportements de prévention, aux réactions en cas de problèmes, ainsi qu'aux manières de se soigner. Chacun possède sa conception de ce que signifie « être en bonne santé » ou « être malade » et sa perception de ce qu'il est capable ou incapable de faire pour améliorer son état de santé. Les réactions politiques visant l'égalité des chances devraient donc plutôt se concentrer sur le renforcement de la « capacité » des individus (Kaya & Efonayi : 2006). Le système de l'assurance-maladie est par exemple universel, donc le même pour tous, mais pas équitable car c'est celui qui a la meilleure connaissance de la palette des prestations offertes qui peut bénéficier au mieux de ce système. C'est un exemple qui aide à comprendre pourquoi il est important de renforcer les ressources des individus ainsi que leurs connaissances. Les mesures politiques ne sont pas inexistantes à ce niveau de l'action sociale mais mériteraient d'être multipliées.

Au niveau fédéral, des mesures prises dans le cadre de la prévention de la santé, du programme « Migration et Santé » et du domaine « Gender Health » visent justement l'amélioration de la « capacité » des individus en supprimant les barrières linguistiques et en diffusant de l'information sur la santé par exemple. D'autres projets d'envergure plus locale ou régionale visent également ce renforcement des ressources individuelles. Les « Epicerie Caritas » sont par exemple de plus en plus nombreuses ; celles-ci offrent des produits alimentaires sains à des prix défiant toute concurrence pour les personnes défavorisées. De par le message qu'elles envoient, ces épicerie renforcent la « capacité » des individus car elles offrent la possibilité de s'alimenter de manière saine sans être contraint par des soucis d'argent. L'association « FemmesTISCHE », également soutenue par Caritas, propose des rencontres de femmes du type *Tupperware*<sup>22</sup> où la promotion de la santé, l'éducation, les addictions sont des thématiques discutées. C'est la « capacité » des femmes, migrantes et suisses, qui est visée par cette association, car celles-ci renforcent leurs connaissances et compétences en santé et veillent à les transmettre à d'autres femmes en organisant de nouvelles rencontres.

Ces deux exemples d'actions prenant place sur un plan plus individuel visent le renforcement des ressources individuelles et notamment l'internalisation des convictions de contrôle de la vie et de la santé. On parle dans ce cas de stratégies d'empowerment (CSDH: 2008). Ce genre de *good practices* devrait alors s'exporter comme modèles dans d'autres localités et peut-être former une ligne directrice d'une stratégie plus globale de réduction des inégalités sociales de santé en Suisse. Il existe bien évidemment de nombreuses autres

---

<sup>22</sup> Concept de réunions à domicile organisées par des hôtesses autour d'un thème (à l'origine c'était le marketing des produits Tupperware®) rassemblant des individus invités dans le but, à l'origine, de leur vendre des produits de la marque qui était à l'honneur. L'objectif était également que l'un des invités accepte d'organiser à nouveau une réunion avec un autre cercle de connaissances, et ainsi de suite.

actions de ce genre ayant lieu sur un plan local, il s'agit simplement d'exemples non exhaustifs. Toutefois, il ne faut pas oublier que les individus précarisés ne sont pas forcément insérés dans des réseaux sociaux organisant ce genre de rencontres ou ayant la connaissance de lieux propices à ce genre d'apprentissage. En effet, les réseaux sociaux des personnes rencontrées lors de cette recherche démontrent que ce soutien informationnel est rarement disponible au sein de leurs relations sociales. Les conseillers des services sociaux (ou d'œuvres caritatives) ainsi que les médecins de famille sont les personnes de contact par lesquelles ces individus peuvent obtenir de telles informations. Ceci explique pourquoi il est important que ces professionnels soient informés de ces différentes actions et qu'eux-mêmes encouragent les individus précarisés à prendre confiance en eux, à se sentir aptes à modifier leurs parcours, ainsi qu'à renforcer leurs compétences en santé. En effet, le rapport que les individus précarisés entretiennent avec ces professionnels joue un rôle important. La capacité à se projeter dans l'avenir ainsi qu'à établir des projets de vie est aussi capitale en termes de santé, car elle permet de donner une raison aux individus de se maintenir en bonne santé. Les professionnels devraient donc soutenir les projets que les individus précarisés établissent voire les inciter à se projeter dans l'avenir. De plus, il serait important de conscientiser ces professionnels quant à l'interprétation personnelle de la santé, notamment des différences entre ce qu'Helman (1981) appelle en anglais *illness* et *disease*.

Finalement, ce n'est pas pour aujourd'hui ni pour demain que le gradient social de la santé sera effacé. D'après le titre du rapport de Marmot « Closing the gap in a generation » (CSDH : 2008), il faudrait une génération ainsi qu'une grande volonté politique pour mettre un terme au fossé distançant riches et pauvres, hommes et femmes, immigrés et autochtones en termes de santé. Ceci explique pourquoi il est également important de conscientiser les chercheurs, les décideurs politiques, les professionnels de la santé et de l'action sociale, mais aussi la population de la dimension sociale et individuelle de la santé. Il est dans l'intérêt socio-économique de tous que l'ensemble de la population atteigne son potentiel de santé.

## 7. CONCLUSION

Dans ce dernier chapitre seront présentés la finalité de cette étude qualitative et ses principaux résultats tout en ayant un regard critique et ouvert quant aux limites de ce travail et à la perspective de nouvelles études dans ce domaine.

### 7.1. CONCLUSIONS GENERALES

L'objectif principal de cette recherche était d'approcher les perspectives d'acteurs potentiellement affectés par des inégalités sociales de santé afin de mieux comprendre leur rapport à la santé. Par ce terme, il faut comprendre le lien que les individus entretiennent avec la santé, c'est-à-dire leur conception de cette dernière, l'importance qu'ils y accordent, leurs connaissances et compétences en santé, tout comme leurs stratégies personnelles tant en ce qui concerne la prévention que le recours aux soins. Ainsi, comprendre les regards sur la santé et les ressources mobilisées par les individus se situant en bas de l'échelle sociale pourrait être utile pour mieux saisir là où il serait nécessaire de diriger les actions sociales et politiques dans le but de réduire les inégalités de santé.

C'est à l'aide d'une série d'entretiens qualitatifs avec neuf interlocuteurs vivant des situations de précarité que j'ai tenté de décrire ce lien entretenu avec la santé. Dans un premier temps, en sachant que l'importance accordée à la santé pouvait changer au fil du parcours de vie suivant les épreuves traversées et les expériences de la maladie, il était intéressant que les individus me racontent leur histoire de vie afin d'y saisir les moments « tournants » en termes de santé et de précarisation. Puis, dans un second temps, il a alors été possible d'aborder le thème de la santé plus en profondeur lors d'entretiens semi-directifs. Les principaux résultats de l'analyse vont être présentés ci-dessous dans une perspective de synthèse et de prolongement de cette recherche qualitative menée sur plusieurs mois.

En premier lieu, j'ai commencé par décrire les différents parcours ayant entraîné mes interlocuteurs à vivre des situations de précarité. Il s'est assez vite avéré que les chemins menant à vivre de telles situations de vie ne sont pas identiques ni vécus et perçus de la même manière. Les sphères professionnelles, familiales et celle de la santé sont régulièrement concernées par des épreuves difficiles voire des ruptures. **Pourtant, l'expérience de la précarisation n'est pas la même pour tous.** Les individus ne ressentent pas de la même manière ces ruptures, ne vivent pas le même nombre d'épreuves péjoratives et ne restent pas tous le même laps de temps dans des situations socio-économiques très difficiles. Lorsqu'elle s'imbrique dans les parcours de vie, la santé peut prendre un sens particulier. L'analyse des trajectoires de vie des individus rencontrés montre

l'enchevêtrement des dimensions de la santé et de la précarisation. Deux constats principaux peuvent être mis en évidence. Premièrement, les accidents et les maladies ont été parfois décrits comme étant à l'origine de la dégradation des conditions de vie et donc d'un glissement vers une demande d'assistance à la société, qu'elle soit plus ou moins longue et plus ou moins bien supportée. *La mauvaise santé deviendrait dans ce cas un des facteurs entraînant la précarisation des situations de vie.* Deuxièmement, c'est inversement la précarisation qui semble avoir, de temps à autre, contribué à déclencher certains problèmes de santé, physiques ou psychiques, ou certaines négligences envers son propre corps. D'après cette analyse, la détérioration progressive des situations de vie peut avoir des effets néfastes sur la santé, mais surtout de manière indirecte. En manque de ressources matérielles, certains peuvent rencontrer de plus en plus de contraintes à adopter un mode de vie considéré comme bon pour la santé tel qu'une alimentation saine, l'exercice d'une activité sportive ou encore les rencontres entre amis. De plus, l'insécurité et la dépendance ressenties au fur et à mesure de la précarisation peuvent provoquer de plus en plus régulièrement des sentiments de stress chez eux, qui, lorsqu'ils deviennent constants, affaiblissent les systèmes immunitaire et vasculaire car ils mobilisent l'énergie qui y est normalement dédiée. Fatigués, souffrants, et éprouvants du mal-être, ces individus peuvent être fragilisés par les situations qu'ils vivent et, en réponse, parfois adopter des comportements à risque, notamment le sédentarisme. *La précarisation deviendrait dans ce cas un des facteurs entraînant une détérioration de l'état de santé.* On assiste donc à un cercle vicieux entraînant les pauvres dans la maladie et les malades dans la pauvreté. Cependant, conclure de la sorte reviendrait à omettre d'autres facteurs de types identitaire et social. Certains s'en sortent mieux et arrivent à échapper à ce cercle vicieux, tandis que d'autres sont plus affectés par la dégradation de leurs conditions de vie entraînée par la précarisation ou la maladie. Le phénomène de précarisation devrait donc plutôt être considérée comme créant un « terrain favorable » (Joubert : 2001, 3) pour des difficultés sur le plan de la santé. Chacun, bien que dans une position de vulnérabilité, posséderait son mode de réaction personnel en fonction des ressources dont il dispose.

Le lien entretenu avec la santé peut toutefois se modifier lorsque l'on est frappé par la précarisation de sa situation de vie. On remarque qu'**il existe une relation entre le degré d'éloignement du monde professionnel, la conception que l'on a de la santé et les stratégies entreprises pour l'anticiper ou la soigner.** Plus l'on est éloigné de la sphère du travail, plus la santé sera considérée comme l'absence de maladie et moins elle sera anticipée au quotidien. Mais, plus l'on est proche du monde du travail, plus la santé sera considérée comme un outil ou un équilibre indispensable à son intégration socio-professionnelle et moins elle sera négligée. Qu'il soit causé par un problème de santé ou par

une forte précarisation de sa situation de vie, un éloignement durable de la sphère du travail rend les perspectives d'avenir très incertaines ainsi que touche le sentiment personnel de contrôle de sa propre existence. Sans être parvenus à se sortir des situations pénibles dans lesquelles ils se trouvent depuis un moment, certains ne réussissent que difficilement à se projeter au lendemain ou à l'année suivante. De telles perspectives d'avenir ne poussent pas à l'anticipation d'éventuels problèmes de santé susceptibles de se produire dans un futur difficilement imaginable, mais plutôt à la réaction lorsque ceux-ci empêchent le déroulement habituel du quotidien.

Ce premier constat m'a poussé à tenter de décrire les principaux regards et gestes adoptés envers la santé par les individus rencontrés. Il s'est assez vite avéré difficile d'établir des conceptions et pratiques communes à tous les participants à cette recherche. De ce fait, j'ai rapidement posé l'hypothèse selon laquelle **les personnes frappées par la précarisation de leur situation de vie n'adoptent pas un regard unique envers la santé, car celui-ci est fortement influencé par l'expérience individuelle et l'accumulation de ressources en santé**. Les conceptions de la santé, l'importance qui y est accordée et les stratégies utilisées sont fortement liées aux ressources personnelles et sociales accumulées au cours de la vie. Pour surmonter la précarisation de leur situation de vie ainsi que se maintenir en bonne santé, les individus mobilisent ces ressources. Premièrement, les ressources sociales diminuent le stress engendré par la précarisation ou par un problème de santé en aidant les individus à mieux supporter les différentes épreuves de vie car elles sont partagées avec l'entourage. De plus, être intégré dans un réseau renforce le sentiment d'avoir sa place au sein de la vie sociale et aide à donner du sens à son existence. Puis, deuxièmement, la mobilisation des ressources personnelles permet aux individus de porter un regard attentif sur leur état de santé et leurs conditions de vie. En effet, ceux qui se sentent capables de modifier leur situation en adoptant un rôle actif sont également ceux qui conceptualisent la santé comme n'étant pas déterminée par la chance ou la biologie mais comme, au contraire, pouvant être anticipée et prévenue. Chez les autres, ce sentiment de contrôle du devenir, théorisé par Mielck & Kristenson (in : Villiger et Knöpfel : 2009), est plus externalisé, ce qui explique qu'ils ne se sentiront pas aptes à modifier ni leur parcours, ni leur état de santé. Ils occupent une position plus passive où ce qui arrive est soudain et demande une réaction.

**L'expérience existentielle de l'exil peut être considérée comme une ressource positive et négative pour la santé.** La décision de s'exiler d'un pays en guerre ou d'un pays où les droits fondamentaux ne sont pas respectés est un acte courageux démontrant la force de l'individu qui s'en va. Celui-ci, après avoir lutté pour changer sa situation de vie, garde en mémoire les ressources internes qu'il a dû mobilisées pour améliorer sa destinée. Ce

souvenir est transposable par la suite dans d'autres contextes de vie difficiles pour influencer son propre parcours. Néanmoins, l'expérience vécue avant l'exil peut aussi provoquer des séquelles. Les individus peuvent en effet avoir été traumatisés par des images ou des situations vécues et développer des souffrances psychologiques importantes à court comme à long terme.

Les autres ressources personnelles telles qu'un sens de la cohérence élevé théorisé par Antonovsky (1987), une croyance mentionnée par Maggi & Cattacin (2003), une expérience existentielle relevée par Chimienti et al. (2001) ou encore une culture sanitaire élevée abordée par Stutz-Steiger & Spycher (2006) peuvent contribuer à se forger un sentiment de contrôle interne de son devenir. Une fois celui-ci développé, l'individu se sent responsable de sa santé et la conçoit comme une ressource essentielle au bon déroulement de sa vie.

Par la suite, il m'a alors semblé possible de construire trois regards idéaux-typiques portés sur la santé en fonction des ressources mobilisées. **Ces regards sont également des modalités de réponse à la précarisation vécue.** Les « inattentifs » se laissent entraîner par le fleuve qui s'écoule, les « réactifs » tentent, lorsqu'ils se sentent en danger, de le remonter, et les « proactifs » s'équipent avant de se lancer dans le fleuve pour être préparés aux diverses situations pouvant survenir. Comme la santé est une ressource pour combattre la précarisation de sa vie, les stratégies d'actions entreprises sont cruciales car elles ont des impacts sur l'état de santé et donc sur l'employabilité. En effet, les « **inattentifs** » ne portent que peu d'attention à l'égard de leur santé au quotidien et souffrent beaucoup de leur situation de vie. Pourtant, ils réduisent encore leurs chances de sortir de la précarité car les comportements néfastes et les négligences mettent potentiellement leur état de santé en danger. En considérant la santé comme quelque chose d'immaîtrisable et en ayant de grandes difficultés à se projeter dans l'avenir, les « inattentifs » n'ont pas l'impression de jouer un rôle actif dans ce qui leur advient. Il est clair que les problèmes de santé de certains ne leur permettent *a priori* pas d'être réintégré à la sphère professionnelle. Ces derniers n'ont néanmoins pas intérêt à ce que leur état de santé se dégrade davantage ou que de nouveaux problèmes soient décelés car leurs conditions de vie seraient encore moins bonnes. Ceux qui appartiennent au groupe des « **réactifs** » sont plus entreprenants et réagissent plus rapidement en cas de problèmes. Toutefois, ils risquent quand même, au travers de certains comportements, de mettre leur santé en péril et donc de compromettre leurs possibilités de sortir de la précarité. Ces comportements à risque sont principalement dus à un manque de connaissances en santé et à une façon de penser sur le court-terme. Enfin, les « **proactifs** » sont habitués à agir en amont des problèmes de santé car ils internalisent le sentiment de contrôle de leur existence tout comme celui de leur état de

santé. Les individus adoptant ce regard sur la santé possèdent plusieurs ressources personnelles et sociales qu'ils mobilisent pour toutes les questions ayant un lien avec la santé. Lorsqu'ils ont des lacunes ou des doutes sur certaines pratiques ou certains symptômes, ils font l'effort d'aller se renseigner et d'appliquer leurs nouvelles connaissances. En tentant d'adopter un mode de vie sain au quotidien, ces individus mettent le maximum de chances de leur côté pour, un jour, réintégrer à part entière la vie sociale et professionnelle.

Ce travail a par conséquent permis de mettre en évidence **l'importance de la dimension individuelle du rapport à la santé**. Tous les individus précarisés n'ont pas accumulé les mêmes ressources et désavantages au cours de leur existence. « Etre en bonne santé » étant, comme dit précédemment, une ressource clé pour stabiliser voire améliorer sa situation de vie, il est important que chacun y porte une attention particulière. Comme le démontre cette recherche, le regard que l'on porte sur la santé est le fruit de son expérience de vie personnelle. S'il y a la volonté politique de réduire les inégalités sociales de santé, il serait important d'axer une partie de l'action sociale et politique sur cette dimension individuelle des inégalités. Renforcer les ressources personnelles des individus est une mesure réalisable car le processus d'accumulation des avantages et des désavantages n'est pas immuable étant donné qu'il se déroule tout au long de la vie. Sans perspective, un individu a tendance à voir sa vie défilier sans se créer des objectifs et des projets et par conséquent, sans prendre part à son contrôle. Afin d'optimiser ses chances de réintégration sociale et professionnelle en adoptant un regard attentif sur sa santé, il est nécessaire de l'aider à développer une conviction interne de contrôle de son existence et, notamment, de renforcer ses connaissances et compétences en santé.

## **7.2. LIMITES**

Cette recherche peut toutefois uniquement prétendre à esquisser certaines hypothèses concernant les réactions politiques pouvant aider ces individus à prendre soin de leur santé afin d'éviter que leur situation sociale, économique et de bien-être ne se détériore davantage. Il serait, par conséquent, nécessaire d'approfondir encore les connaissances sur les ressources individuelles mentionnées ainsi que sur le processus d'acquisition et de mobilisation de nouvelles ressources. Ce constat constitue la première limite de ce travail. En effet, en dépit de pouvoir indiquer la direction dans laquelle l'action sociale et politique devrait se pencher, il ne m'est pas possible, à l'aide des données recueillies, de définir concrètement des recommandations pour les décideurs politiques ou les professionnels de la santé et de l'action sociale. Toutefois, cette étude ouvre de nouvelles perspectives de recherche. Ainsi, il m'est possible d'encourager les décideurs politiques à mandater des

chercheurs afin qu'ils étudient plus en profondeur le processus d'acquisition et de mobilisation des ressources individuelles.

La littérature mobilisée pour cette recherche qualitative peut constituer une autre limite de ce travail. En effet, la plupart des études utilisées étaient d'ordre quantitatif et mobilisaient des concepts sous un angle objectif. Quand je me suis rendue compte de ces divergences en tentant d'analyser les données récoltées, il s'est avéré difficile de trouver des chercheurs ayant réalisé des traitements plus approfondis et subjectifs de la question du rapport à la santé chez les individus vivant des situations de précarité. Il est possible que les recherches soient peu nombreuses sur ce thème précis ou alors que je n'ai pas su trouver les ressources bibliographiques adéquates. Je pense ici à un approfondissement de la littérature issue de disciplines telles que l'ethnographie et l'anthropologie médicale.

D'un point de vue méthodologique, les principales limites de cette recherche ont déjà été mentionnées. Toutefois, je tiens à évoquer trois points que je considère comme importants. Premièrement, les études qualitatives ont tendance à être critiquées car elles ne représentent pas la population étudiée dans son ensemble. Pourtant, l'objectif d'une recherche qualitative est différent : elle tâche plutôt de rendre compte des processus sociaux en lien avec la population étudiée. En l'occurrence, l'idée de cette recherche n'était pas de rendre compte de tous les individus vivant des situations de précarité, mais plutôt de présenter les principaux rapports entretenus par ces individus avec la santé au fil de la précarisation de leur situation de vie. Ma recherche ayant une portée limitée à un travail de Master, je pense avoir réussi à rendre compte d'une partie des liens entretenus avec la santé en situation de précarité tout envisageant la possibilité que d'autres regards idéaux-typiques ou ressources clés en santé soient révélés par des recherches ultérieures plus poussées. Je ne prétends donc pas être arrivée au point de saturation des connaissances dans ce sujet précis. Deuxièmement, il aurait été, à mon avis, envisageable d'examiner de manière plus approfondie les aspects psychologiques liés à la santé. Je pense notamment à une étude longitudinale du processus de précarisation des situations de vie et de son impact psychologique sur les perspectives d'avenir et la conviction de contrôle de sa propre vie. Toutefois, mes compétences limitées dans ce domaine et les contraintes temporelles d'un travail de Master ne m'ont permis de mener une telle recherche. Enfin, troisièmement, il aurait également été concevable de focaliser davantage d'attention sur les aspects liés à la migration ou au genre au cours de ce travail de Master. Toutefois, au fur et à mesure des rencontres avec mes interlocuteurs, suisses comme immigrés, je me suis rendue compte que les aspects identitaires liés à l'expérience de vie individuelle et ceux liés à la précarisation prenaient plus d'importance. C'est la raison pour laquelle j'ai utilisé la

dimension migratoire et celle du genre comme supports indirects de l'analyse, mais pas comme une base de réflexion ou de différenciation.

Cependant, les principaux résultats de ce travail de recherche répondent à l'objectif que je m'étais fixé consistant à questionner l'ancrage du rapport à la santé dans l'expérience de vie individuelle. D'après cette recherche, le regard porté sur la santé est étroitement lié à l'expérience personnelle. Tous ceux se situant dans le bas de la hiérarchie sociale n'entretiennent pas le même lien avec la santé. La conception de la santé, les pratiques qui y sont associées, ainsi que les ressources indispensables se construisent et s'accumulent au fil des expériences de vie, des expériences de la maladie et du recours aux soins. La précarisation peut avoir un impact sur les pratiques mais ce constat n'est pas généralisable chez tous les individus ayant vu progressivement leur situation de vie se détériorer.

### **7.3. PERSPECTIVES DE RECHERCHE**

D'autres recherches sont évidemment nécessaires pour comprendre encore davantage le rapport à la santé ainsi que le monde vécu par les Suisses et les immigrés frappés par la précarisation de leur situation de vie. Comme mentionnées précédemment, des portes sont ouvertes à des recherches qualitatives plus approfondies sur le thème que j'ai traité, notamment celles traitant des aspects plus psychologiques. De plus, dans une perspective politique de réduction des inégalités de santé, des recherches plus poussées sur leur dimension individuelle seraient nécessaires et notamment en ce qui concerne l'acquisition et la mobilisation de ressources clés en termes de santé. Si de telles recherches étaient conduites, il serait alors possible d'orienter plus précisément des mesures de prévention et de promotion de la santé pour renforcer les ressources personnelles des individus.

## 8. BIBLIOGRAPHIE

ACHERMANN C., CHIMIENTI M., & STANTS F. (2006). *Migration, Prekarität und Gesundheit. Ressourcen und Risiken von vorläufig Aufgenommenen und Sans-Papiers in Genf und Zürich*. Neuchâtel : SFM.

AÏACH P. (2010). *Les inégalités sociales de santé*. Paris : Ed. ECONOMICA.

ANTONOVSKY A. (1987). *Unraveling The Mystery of Health. How People Manage Stress and Stay Well*. San Francisco: Jossey-Bass.

BACHMANN N. & NEUHAUS M. (2010). *Quatrième rapport sur la santé dans le canton de Berne. Inégalités des chances en santé*. Berne : Direction de la santé publique et la prévoyance sociale du canton de Berne.

BENNEGADI R. (2008). « Représentations culturelles de la maladie. Les apports de l'anthropologie médicale clinique ». In : *Psycho-Oncologie*, 2, 266-270.

BOLTANSKI, L. (1971). « Les usages sociaux du corps ». In : *Les Annales. Economies, Sociétés, Civilisations*, 26[1], 205-233.

BOYLE P., NORMAN P., & REES P. (2002). « Does migration exaggerate the relationship between deprivation and limiting long-term illness? A Scottish analysis ». In: *Social Science and Medicine*, 55, 21-31.

B,S,S (2011). *Strategische Grundlagen zum Abbau gesundheitlicher Ungleichheit in der Schweiz. Schlussbericht (sur mandat de l'OFSP).*(à paraître).

BURTON-JEANGROS C. & WIDMER E. D. (2009). « Cumulative and Compensatory Effects over the Life Course ». In: *Swiss Journal of Sociology*, 35[2], 183-192.

BURTON-JEANGROS C. (2009). « Les inégalités face à la santé : l'impact des trajectoires familiales et professionnelles sur les hommes et les femmes ». In : ORIS M. et al. *Transitions dans les parcours de vie et construction des inégalités*. Lausanne : Presses polytechniques et universitaires romandes.

CANTOREGGI N. (2010). *Pondération des déterminants de la santé en Suisse. Etude réalisée dans le cadre de l'élaboration d'un modèle de déterminants de la santé pour la Suisse*. Genève : Institut des sciences de l'environnement / GRES.

CATTACIN S. & CHIMIENTI M. (2007). « From control policies to health policies as a tool for inclusion ». In: *International Journal of Public Health*, 52, 73-74.

CHIMIENTI M., CATTACIN S., EFIONAYI D., NIEDERBERGER M., & LOSA S. (2001). *"Migration et santé": priorités d'une stratégie d'intervention*. Neuchâtel : SFM.

CLAPHAM A., ROBINSON M., MAHON C., & JERBI S. (2009). « Realizing the Right to Health ». *Swiss Human Rights Books*, 3. Zürich: Rüffer & Rub.

COLLET M. (2001). *Dynamiques de précarisation, modes d'adaptation identitaire et interactions avec les logiques de santé*. Mémoire de sociologie « Modes De Vie et Politiques Sociales » de Paris 8 (suivi par Jean-François LAE).

CONCIALDI P. (1998). « Pauvreté ». In : *Cahiers français*, 286.

CSDH (2008). *Closing the Gap in a Generation: Health Equity Through Action on the Social Determinants of Health*. Final Report of the Commission on Social Determinants of Health. Geneva : WHO (World Health Organization).

DAVIES A. A., BASTEN A., & FRATTINI C. (2006). *Migration: A Social Determinant of the Health of Migrants*. Bruxelles: IOM.

DENZIN N. K. (1970). *The Research Act in Sociology*. Chicago : Aldine.

ENTRESSENGLE-BARDON H. (2009). *Quelles sont les représentations du cancer et de ses traitements chez des migrants originaires d'Afrique du Nord et d'Europe du Sud?* Paris : Université Paris Diderot - Paris 7 - Faculté de Médecine.

FLICK U. (2006). *An Introduction to Qualitative Research*. Londres: SAGE (3ème édition) (chapitre 6).

FRAGNIÈRE J.-P. & GIROD R. (Eds) (2002). *Dictionnaire suisse de politique sociale*. Lausanne : Réalités sociales (2<sup>ème</sup> édition)

GILGEN D., MAEUSEZAHN D., SALIS GROSS C., BATTEGAY E., FLUBACHER P., TANNER M. et al. (2005). « Impact of migration on illness experience and help-seeking strategies of patients from Turkey and Bosnia in primary health care in Basel ». *Health and Place*, 11, 261-273.

HILFINGER MESSIAS A. K. (2002). « Transnational Health Resources, Practices, and Perspectives: Brazilian Immigrant Women's Narratives ». *Journal of Immigrant Health* 4[4]. 183-200.

IOANNIDI-KAPOLOU E. (2007). « Health Barriers and Inequities for Migrants ». In: APOSTOLOPOULOS Y. & SONMEZ S. *Population Mobility and Infectious Disease*. 41-54. New York: Springer.

JOUBERT M., CHAUVIN P., FACY F. & RINGA V. (Eds) (2001). *Précarisation, risques et santé*. Paris: Editions de l'INSERM

KAYA B. & EFIONAYI D. (2006). *Egalité des chances en matière de santé: State of the Art*. Neuchâtel : SFM.

KAYA B. & EFIONAYI D. (2007). *Développement de documents et d'instruments pour la dimension "migration" en matière de promotion et de prévention de la santé*. Neuchâtel : SFM.

LAMPERT O. (2003). *Travail et santé. Mortalité et invalidité en rapport avec l'activité professionnelle en réponse au Postulat de Franziska Teuscher*. Neuchâtel : OFS & Université de Neuchâtel.

LAROUSSE (1996). *Le Petit Larousse Illustré*. Paris : Larousse

LEHMANN P. (2010). *Inégalités sociales et santé en Suisse - Analyse des actions concrètes menées par et dans les cantons visant à diminuer les inégalités sociales face à la santé*. Lausanne : HECV-Santé.

LÊ Q. & LÊ T. (2005). *Cultural Attitudes of Vietnamese Migrants on Health Issues*. Tasmania: University of Tasmania (AARE).

LEVY, R. (2002). Les inégalités sociales. In : FRAGNIÈRE J.-P. & GIROD R. (Eds). *Dictionnaire suisse de politique sociale*. Lausanne : Réalités sociales (2<sup>ème</sup> édition)  
<http://www.socialinfo.ch/cgi-bin/dicoposso/show.cfm?id=427> (dernière consultation le 21.01.11)

MACKENBACH J. P. (2006). *Health Inequalities: Europe in Profile*. Londres: COI.

MAGGI J. & CATTACIN S. (2003). *Needed Basic Research in "Migration and Health" 2002-2006 in Switzerland*. Neuchâtel : SFM.

MARMOT M. (2006). « Health in an unequal world: social circumstances, biology and disease ». In: *Clinical Medicine* 6[6], 559-572.

MASULLO A. (2006). « Santé et recours aux soins des populations précaires ». In : PAUGAM S. et al. *Nouveaux regards sur la pauvreté. Bilan des recherches depuis 2000*. ERIS.

MEYER K. (Ed.) (2009). *La santé en Suisse. Rapport national sur la sante 2008*. Chêne-Bourg/Genève : Editions Médecine & Hygiène.

MIELCK A. (2000). *Inégalité sociale et santé – résultats empiriques, approches explicatives, approches interventionnistes*. Berne/Göttingen/Toronto/Seattle : Hans Huber éd.

MORET J. & DAHINDEN J. (2009). *Vers une meilleure communication. Coopération avec les réseaux de migrants*. Berne : CFM.

NUTBEAM D. (2000) « Health literacy as a public health goal: a challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century ». In: *Health Promotion International*, 15, 259–267.

OBRIST B. & BÜCHI S. (2010). *Gesundsein in der Migration*. Bâle : Uni Basel - Ethnologisches Seminar.

OFS. (2009) Migration et Intégration – Analyses. La population étrangère en Suisse [http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/fr/index/themen/01/07/blank/dos/la\\_population\\_etrangere.html](http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/fr/index/themen/01/07/blank/dos/la_population_etrangere.html) (dernière consultation le 14.06.11)

OFS<sub>1</sub>. (2010). *Les conditions de vie en Suisse en 2009. Résultats de l'enquête sur les revenus et les conditions de vie (SILC)*. Neuchâtel : OFS.

OFS<sub>2</sub>. (2010). *Statistique suisse de l'aide sociale 2009. Le taux d'aide ne progresse que légèrement malgré la situation économique difficile*. Neuchâtel : OFS.

OFSP. (2007). *Qu'est-ce que l'on sait de l'état de santé des populations migrantes ? Les principaux résultats du "Monitoring de l'état de santé de la population migrante en Suisse"*. Berne : OFSP.

OFSP. (2008). *Migration et santé. Résumé de la stratégie fédérale phase II (2008 à 2013)*. Berne : OFSP.

OFSP. (2009). *Variables clés pour le relevé de la composante migratoire dans les enquêtes suisses sur la santé*. Berne : OFSP.

ORIS M., WIDMER E., DE RIBAUPIERRE A., JOYE D., SPINI D., LABOUVIE-VIEF G. et al. (2009). *Transitions dans les parcours de vie et construction des inégalités*. Lausanne : Presses polytechniques et universitaires romandes.

PARIZOT I., CHAUVIN P., FIRDION J.-M., & PAUGAM S. (2003). *Santé, inégalités et ruptures sociales dans les Zones Urbaines Sensibles d'Ile-de-France*. Paris : INSERM & INED.

PAUGAM S. (2000). *Le salarié de la précarité*. Paris : PUF.

PERETTI-WATEL P. (2006). « Lien social et santé en situation de précarité. Etat de santé, recours aux soins, abus d'alcool et réseau relationnel parmi les usagers des services d'aide ». In : *Economie et statistique*, [391-392], 115-130.

QUIVY R. & VAN CAMPENHOUDT L. (2006). *Manuel de recherche en sciences sociales*. Paris : Dunod (3<sup>ème</sup> édition)

Promotion Santé Suisse. QUINT-ESSENZ.CH. (2010). Promotion de la santé – Salutogenesis <http://www.quint-essenz.ch/fr/topics/1249> (dernière consultation 05.06.11)

ROSENTHAL G. (2004). « Biographical research ». In: SEALE C., GOBO G., GUBRIUM J.-F. & SILVERMAN D. (Eds.). *Qualitative Research Practice*. Londres : SAGE, 48-64.

- SAGER F., HAMMER S., & HORBER-PAPAZIAN K. (2006). *Evaluation de la stratégie "Migration et santé 2002-2006"*. Berne : OFSP.
- SALTONSTALL R. (1993). « Healthy Bodies, Social Bodies: Men's and Women's Concepts and Practices of Health in Everyday Life ». In: *Social Science and Medicine* 36[1], 7-14.
- SAPIN M., SPINI D. & WIDMER E. D. (2007). *Les parcours de vie: de l'adolescence au grand âge*. Lausanne: Savoir suisse.
- SCHEPPERS E., VAN DONGEN E., DEKKER J., GEERTZEN J., & DEKKER J. (2006). « Potential barriers to the use of health services among ethnic minorities: a review ». In: *Family Practice* 23[3], 325-348.
- SIMICH L., AGIC B., MCDONOUGH B., VRKLJAN C., KARWALAJTYS T., & FREEMAN L. (2006). *Meanings of Health, Illness and Help-Seeking Strategies Among Punjabi Speaking Immigrants in Hamilton*. Punjabi Outreach Project, Community Report 2006 .
- STAMM H. & LAMPRECHT M. (2004). « La répartition inégale de ressources et de privilèges en Suisse ». In : SUTER C. et al. (Eds). *Rapport social 2004*. Zürich : Seismo. 21-41.
- STUTZ STEIGER T. & SPYCHER S. (2006). « La culture sanitaire, base d'une nouvelle approche de la santé ». In : *La Vie économique. Revue de politique économique*. 12/2006
- TABOADA LEONETTI I. (1994). «Les stratégies de réponses ». In : DE GAUJELAC V. & TABOADA LEONETTI, I. *La lutte des places : insertion et désinsertion*. Paris : Desclée de Brouwer. 181-227.
- VEGA A. (2009). « Santé : risques perçus et pratiques préventives Le point de vue du patient sous l'angle de la socioanthropologie de la santé ». In : *Médecine*, 5[7], (septembre 2009).
- VILLIGER S. & KNÖPFEL C. (2009). *La pauvreté rend malade. Pourquoi les conditions sociales influent sur la santé*. Papier de discussion 24. Lucerne : Caritas Suisse.
- WEBER M. (1992). *Essais sur la théorie de la science*. Traduction partielle par Julien Freund. Paris : Plon.
- WHITTAKER A. (1996). « Qualitative methods in general practice research: Experience from the Oceanpoint Study ». In: *Family Practice*, 13[3], 310-316
- WHO. (2010). *Poverty and social exclusion in the WHO European Region: health systems respond*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.
- WILLIAMS L. & LABONTE R. (2007). « Empowerment for migrant communities: Paradoxes for practitioners ». In: *Critical Public Health* 17[4], 365-379.

WRESINSKI J. (1987). *Grande pauvreté et précarité économique et sociale*. Paris : Journal Officiel

WYSSMÜLLER C. & KAYA B. (2009). *Migration et santé. Vue d'ensemble d'un choix d'ouvrages spécialisés, publiés de 2006 à 2008*. Neuchâtel : SFM.

## 9. ANNEXES

### 9.1. GUIDE ENTRETIEN BIOGRAPHIQUE

#### GUIDE D'ENTRETIEN BIOGRAPHIQUE

- A) *Présentation du thème central de l'étude : le lien entre l'histoire de vie et la santé*
- B) *Présenter le **concept méthodologique** : voir la personne 2 fois / écrire un journal de bord entre-deux*
- C) *Garantie **confidentialité** / **anonymat (lettre)***
- D) *Lui laisser la possibilité d'arrêter ou de demander pour faire une pause si l'interviewé le souhaite.*
- E) *Laisser l'interviewé poser des **questions** s'il en a.*
- F) *Demander la permission d'**enregistrer** l'entretien (expliquer difficulté de prendre des notes tout en écoutant un maximum)*
- G) *Poser la question initiale*

« Je vais à partir de maintenant vous laisser parler et ne plus vous interrompre, à part peut-être pour des questions de compréhension, mais sinon c'est vous qui me racontez votre histoire... Je prendrai quelques notes et ensuite, une fois que vous aurez terminé, je reviendrai s'il est nécessaire sur quelques moments racontés... »  
« Cela va pour vous ? »

« Pouvez-vous me raconter votre histoire de vie depuis votre enfance jusqu'à maintenant, Racontez-moi les moments que vous trouvez les plus importants pour vous... Enfin commencez par ces moments qui ont le plus comptés pour vous... N'oubliez pas qu'il serait intéressant de faire des liens avec la santé... »

#### **Guide : Relances et questions**

Petite enfance

Famille

Formation – Ecole

Adolescence

Vie d'adulte

Création d'une famille (enfants)

Amitiés - Réseau social - Personnes clés

Relations conjugales

Déménagements – Migration – Ruptures

Travail

Chômage - Aide sociale

Contextes – Environnements – Conditions de vie

#### **Questions pour terminer en lien avec la santé**

Maintenant que vous m'avez raconté votre histoire de vie, j'aimerais bien que l'on fasse des liens avec votre état de santé, de bien-être... Est-ce que dans les moments clés que vous avez évoqué, il y a des moments où vous vous sentiez extrêmement bien / bien / mal / très mal ?

- H) *Explications du fonctionnement du journal de bord (à remplir quand changements dans l'état de santé, le sentiment de bien-être, ou lorsque l'on a envie d'écrire + croix)*
- I) ***Remercier** la personne pour le temps accordé + garantir encore la confidentialité*
- J) ***Fixer un rendez-vous** pour le second entretien*
- K) *Lui rappeler que je suis **disponible** si question entre-temps ou journal de bord*
- L) *Donner un petit cadeau*

## 9.2. GUIDE ENTRETIEN SEMI-DIRECTIF

### AVANT L'ENTRETIEN

- explication des **buts** de cette deuxième rencontre
- garantir la **confidentialité** / l'**anonymat**
- expliquer **les différentes parties** de cet entretien et le temps estimé (1h)
- laisser la possibilité à la personne de poser des **questions**
- lui rappeler **ses droits** : qu'il n'y a pas de réponse juste ou fausse, qu'il est toujours possible de refuser de répondre à une question, de faire une pause ou encore d'arrêter l'entretien.

---

### **PARTIE 1 : Revenir sur l'histoire de vie → UNIQUEMENT si pas clair**

→ Revenir sur l'histoire de vie et les points marquants du parcours = clarifier ce qui n'était pas clair lors du premier rendez-vous.

---

### **PARTIE 2 : Conditions de vie et de travail actuelles**

→ « Pouvez-vous me raconter une journée type de votre vie ces derniers temps ? »

- ⇒ pour ceux qui ne travaillent pas, une journée typique en semaine et un week-end
- ⇒ pour ceux qui travaillent, les deux journées (une avec et une sans travail)

→ Points à clarifier si pas mentionnés

#### → CONDITIONS DE VIE ACTUELLES

- ❖ Quotidien : horaire- rythme, jour de congé, journée de travail
- ❖ Nutrition : préparation des repas, quoi, ... ?
- ❖ Logement : bruit, place, humidité, voisinage, quartier, avec qui = enfants
- ❖ Mobilité : voiture ? déménagement ?
- ❖ Factures : difficultés à payer malgré l'aide perçue ?
- ❖ Relations sociales : familles & amis
- ❖ Habits et Loisirs : très rare ou possibilité régulière ?
- ❖ Autres choses importantes ?
- ❖ « Comment vous percevez votre situation de vie ? » → bien / pas bien / à changer / que faire ?

#### CONDITIONS DE TRAVAIL ACTUELLES (seulement pour ceux qui travaillent)

- ❖ Emploi ? oui ou non (dernier emploi) / quoi ? / %
- ❖ Durée du contrat, assurances sociales
- ❖ Responsabilités
- ❖ Dangerosité
- ❖ Collègues
- ❖ Lieux : dehors, dedans, soir, journée
- ❖ Aide sociale, chômage, prestations complémentaires ?

### **PARTIE 3 : Santé**

→ « Souvent, on dit qu'on a des priorités dans la vie, et vous quelles sont vos priorités ? »

→ « Aujourd'hui, ce qui m'intéresse c'est de parler un peu plus de la santé en général et aussi de vos sentiments personnels. Cette deuxième partie va être axée sur ce thème. Quand je parle de santé, je parle de bien-être physique, mais aussi mental. »

#### REPRESENTATIONS – CONCEPTIONS – DEFINITIONS PERSONNELLES DE LA SANTE

- ⇒ « Qu'est-ce que ça veut dire être en bonne santé ? »
- ⇒ « C'est quoi la santé alors selon votre définition ? »
- ⇒ « Est-ce important pour vous d'être en bonne santé ? est-ce un besoin ? est-ce quelque chose qui vous empêcherait de faire des autres choses ? »

- ⇒ « Quand on parle de risques de santé ou de dangers pour la santé, qu'est-ce qui vous vient spontanément à l'esprit ? »
- ⇒ « Pensez à deux individus : un en bonne santé / un en mauvaise santé, comment sont-ils ? »
- ⇒ Comportements sains / malsains : « qu'est-ce qu'un repas sain pour vous ? »
- ⇒ « Qu'est-ce qui influence l'état de santé ? »

### ETAT DE SANTE ACTUEL

- ⇒ « Si vous n'êtes pas en bonne santé, c'est où que ça vous fait mal ? » (schéma)
- ⇒ Sentiment actuel : physique (corps) et psychique (tête) et accidents ?
- ⇒ VS passé : mieux ou moins bien ?
- ⇒ Etapes de vie : quand bien et quand mauvais sentiment ?
- ⇒ Si aujourd'hui pas bien, ou si volonté d'aller encore mieux qu'aujourd'hui : que faire pour que ça aille mieux ? que pourrait-on améliorer ? qu'est-ce qui aiderait ?
- ⇒ Quels sont les principaux risques de santé auxquels vous pensez pour vous-mêmes ?
- ⇒ Quelles sont vos peurs / vos craintes en ce qui concerne la santé ?

### STRATEGIES

- ⇒ « Pensez à la dernière fois que vous avez été malade, quel a été votre premier réflexe ? »
  - Quelle maladie ?
  - Qui ?
  - Faits et gestes accomplis ?
  - Contact ? médecin, ami conseil, famille conseil, ...
- ⇒ « A qui vous êtes-vous adressé au cours des deux dernières années pour savoir quoi faire lorsque vous avez eu un ou plusieurs problèmes de santé (plus ou moins grave) ? : famille
  - amis proches / connaissances / voisins / collègues / chef
  - membre de la famille / ami qui travaille dans le domaine de la santé
  - hôpital ou permanence médicale
  - médecin de famille / médecin spécialisé
  - pharmacie
  - service social
  - internet
- ⇒ Médecins : avez-vous un médecin de famille ? (si non où allez-vous quand problème de santé ?) à quelle fréquence et pour quels motifs rendez-vous visite à votre médecin / allez-vous ailleurs ?
  - Plutôt prévention (contrôles réguliers) ou quand problème de santé ?
  - Obstacles, problèmes de compréhension ?
  - Non d'accord sur les soins / remèdes / médicaments ?
  - Autres professionnels de la santé ? (spécialistes, dentiste, physio,...)
- ⇒ « Comment vous soignez-vous généralement ; imaginons que vous avez une angine, qu'est-ce que vous allez faire ?
  - Médicaments ou Autres trucs naturels (thé, bonbons, ...)
  - Médecin ?
  - Rester à la maison au chaud – continuer les activités ?
- ⇒ Connaissance de l'aide à disposition et soutien
  - Assurance-maladie, remboursement,...
  - Services spécifiques pour personnes défavorisées ou migrantes ?
  - Possibilité de demander un interprète ?
  - Label : Migrant friendly hospital
- ⇒ ENFANCE : Dans votre famille comment c'était ? Petits trucs de grand-mère, guérisseurs traditionnels, etc. ?

#### **PARTIE 4 : Entourage – Réseau social**

« Cette avant-dernière partie va être courte et s'intéresser surtout à votre entourage, aux gens avec qui vous avez des contacts. »

##### SAISIE DE RESEAU SOCIAL

« J'aimerais que vous me citiez les 3 personnes les plus proches de vous, avec qui vous pouvez partager vos soucis de santé et vos préoccupations quant à votre situation difficile, à qui vous pouvez demander des conseils. On parle bien ici autant des choses positives que négatives, c'est-à-dire par exemple grossesse ou maladie. Les personnes que vous me citez doivent en principe être en dehors de votre ménage, donc ne pas vivre avec vous. »

→ Demander détails sur les différentes personnes mentionnées : Age, Nationalité, Lieu de résidence, Sexe, Relation (amitié, collègue, ...), Religion, Activité principale, Fréquence des contacts, Temps depuis qu'ils se connaissent, ...

#### **PARTIE 5 : Avenir - Perspectives**

« Maintenant, on va un peu parler de l'avenir et des perspectives que vous avez pour terminer cet entretien. »

- ⇒ « Comment voyez-vous d'ici à deux ans ? Quels changements pensez-vous qu'il va y avoir pour votre situation ? Quels sont vos projets ? Plutôt positif ou négatif ? Quels sont vos souhaits ou les choses que vous ne souhaitez pas du tout ? »
- ⇒ « Qu'est-ce qui permettrait d'améliorer votre état de bien-être et votre situation générale ? »
  - travail ? meilleur emploi ? meilleur salaire ?
  - retour au pays ? déménagement ? redémarrage dans la vie ?
  - gagner au loto ?
  - avoir un enfant ?
  - amélioration de la santé, guérison ?
  - ...
- ⇒ « Qui pourrait faire qqch pour vous ? vous-mêmes, améliorer les aides pour les personnes dans votre situation, vos amis,... ? »

#### **PARTIE 6 : Questions sociodémographiques**

« Je pense avoir déjà approximativement toutes les informations, mais on va les confirmer ensemble. Ces informations personnelles resteront évidemment confidentielles. »

Age//Sexe//Nationalité//Etat civil & Enfants//Formation//Religion //Lieu de résidence//En Suisse depuis//Activité professionnelle//A l'aide sociale depuis//Formation des parents//...

##### APRES L'ENTRETIEN

- **Remercier** la personne pour le temps accordé
- Garantir encore une fois la **confidentialité** / l'**anonymat**
- Laisser encore la possibilité à la personne de poser des **questions**
- Lui donner la feuille avec les **différentes adresses utiles** pour les questions sociales/ santé et regarder avec lui s'il connaît ces places.
- Récupérer le **journal de bord** et demander si questions ou choses pas claires.
- Donner un petit cadeau (chocolats) + guide de santé + flyers

9.3. EXTRAIT DU JOURNAL DE BORD

**DATE:** \_\_\_\_\_

● ● ●

**Aujourd'hui je me sens...** 😊 😐 😞

	MATIN	MIDI	SOIR
<i>Très bien</i>			
<i>Bien</i>			
<i>Plutôt bien</i>			
<i>Plutôt mal</i>			
<i>Mal</i>			
<i>Très mal</i>			

Etat de santé ←      → Etat de santé

---

---

---

---

---

---

---

---

**DATE:** \_\_\_\_\_

● ● ●

**Aujourd'hui je me sens...** 😊 😐 😞

	MATIN	MIDI	SOIR
<i>Très bien</i>			
<i>Bien</i>			
<i>Plutôt bien</i>			
<i>Plutôt mal</i>			
<i>Mal</i>			
<i>Très mal</i>			

Etat de santé ←      → Etat de santé

---

---

---

---

---

---

---

---