



HAL
open science

Temporalité et sens de la maladie chez les femmes en situation de précarité. De l'intérêt du récit de vie pour une approche centrée sur la personne en médecine générale

Marie Eeckhout

► **To cite this version:**

Marie Eeckhout. Temporalité et sens de la maladie chez les femmes en situation de précarité. De l'intérêt du récit de vie pour une approche centrée sur la personne en médecine générale. Sciences du Vivant [q-bio]. 2019. dumas-02516821

HAL Id: dumas-02516821

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02516821>

Submitted on 24 Mar 2020

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



**Faculté des sciences
médicales et paramédicales**
Aix*Marseille Université

**Temporalité et sens de la maladie chez les femmes
en situation de précarité. De l'intérêt du récit de vie
pour une approche centrée sur la personne en médecine générale.**

T H È S E

Présentée et publiquement soutenue devant

LA FACULTÉ DES SCIENCES MÉDICALES ET PARAMÉDICALES

DE MARSEILLE

Le 24 Avril 2019

Par Madame Marie EECKHOUT

Née le 31 mai 1988 à Fontenay-Sous-Bois (94)

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

D.E.S. de MÉDECINE GÉNÉRALE

Membres du Jury de la Thèse :

Monsieur le Professeur BARTOLOMEI Fabrice	Président
Monsieur le Professeur GERBEAUX Patrick	Assesseur
Monsieur le MCU-MG CASANOVA Ludovic	Assesseur
Monsieur le Professeur CORNET Philippe	Directeur
Monsieur le Professeur des Universités LE COZ Pierre	Assesseur



**Faculté des sciences
médicales et paramédicales**
Aix*Marseille Université

**Temporalité et sens de la maladie chez les femmes
en situation de précarité. De l'intérêt du récit de vie
pour une approche centrée sur la personne en médecine générale.**

T H È S E

Présentée et publiquement soutenue devant

LA FACULTÉ DES SCIENCES MÉDICALES ET PARAMÉDICALES

DE MARSEILLE

Le 24 Avril 2019

Par Madame Marie EECKHOUT

Née le 31 mai 1988 à Fontenay-Sous-Bois (94)

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

D.E.S. de MÉDECINE GÉNÉRALE

Membres du Jury de la Thèse :

Monsieur le Professeur BARTOLOMEI Fabrice	Président
Monsieur le Professeur GERBEAUX Patrick	Assesseur
Monsieur le MCU-MG CASANOVA Ludovic	Assesseur
Monsieur le Professeur CORNET Philippe	Directeur
Monsieur le Professeur des Universités LE COZ Pierre	Assesseur

AIX-MARSEILLE UNIVERSITE

Président : Yvon BERLAND

FACULTE DES SCIENCES MEDICALES ET PARAMEDICALES

Administrateur provisoire: Georges LEONETTI

Affaires Générales : Patrick DESSI
Professions Paramédicales : Philippe BERBIS

Asseseurs :

- aux Etudes : Jean-Michel VITON
- à la Recherche : Jean-Louis MEGE
- aux Prospectives Hospitalo-Universitaires : Frédéric COLLART
- aux Enseignements Hospitaliers : Patrick VILLANI
- à l'Unité Mixte de Formation Continue en Santé : Fabrice BARLESI
- pour le Secteur Nord : Stéphane BERDAH
- aux centres hospitaliers non universitaires : Jean-Noël ARGENSON

Chargés de mission :

- 1^{er} cycle : Jean-Marc DURAND et Marc BARTHET
- 2^{ème} cycle : Marie-Aleth RICHARD
- 3^{ème} cycle DES/DESC : Pierre-Edouard FOURNIER
- Licences-Masters-Doctorat : Pascal ADALIAN
- DU-DIU : Véronique VITTON
- Stages Hospitaliers : Franck THUNY
- Sciences Humaines et Sociales : Pierre LE COZ
- Préparation à l'ECN : Aurélie DAUMAS
- Démographie Médicale et Filiarisation : Roland SAMBUC
- Relations Internationales : Philippe PAROLA
- Etudiants : Arthur ESQUER

Chef des services généraux : Déborah ROCCHICCIOLI

Chefs de service :

- Communication : Laetitia DELOUIS
- Examens : Caroline MOUTTET
- Intérieur : Joëlle FAVREGA
- Maintenance : Philippe KOCK
- Scolarité : Christine GAUTHIER

DOYENS HONORAIRES

M. Yvon BERLAND
M. André ALI CHERIF
M. Jean-François PELLISSIER

PROFESSEURS HONORAIRES

MM	AGOSTINI Serge	MM	FAVRE Roger
	ALDIGHIERI René		FIECHI Marius
	ALESSANDRINI Pierre		FARNARIER Georges
	ALLIEZ Bernard		FIGARELLA Jacques
	AQUARON Robert		FONTES Michel
	ARGEME Maxime		FRANCOIS Georges
	ASSADOURIAN Robert		FUENTES Pierre
	AUFFRAY Jean-Pierre		GABRIEL Bernard
	AUTILLO-TOUATI Amapola		GALINIER Louis
	AZORIN Jean-Michel		GALLAIS Hervé
	BAILLE Yves		GAMERRE Marc
	BARDOT Jacques		GARCIN Michel
	BARDOT André		GARNIER Jean-Marc
	BERARD Pierre		GAUTHIER André
	BERGOIN Maurice		GERARD Raymond
	BERNARD Dominique		GEROLAMI-SANTANDREA André
	BERNARD Jean-Louis		GIUDICELLI Roger
	BERNARD Pierre-Marie		GIUDICELLI Sébastien
	BERTRAND Edmond		GOUDARD Alain
	BISSET Jean-Pierre		GOUIN François
	BLANC Bernard		GRILLO Jean-Marie
	BLANC Jean-Louis		GRISOLI François
	BOLLINI Gérard		GROULIER Pierre
	BONGRAND Pierre		HADIDA/SAYAG Jacqueline
	BONNEAU Henri		HASSOUN Jacques
	BONNOIT Jean		HEIM Marc
	BORY Michel		HOUEL Jean
	BOTTA Alain		HUGUET Jean-François
	BOURGEADE Augustin		JAQUET Philippe
	BOUVENOT Gilles		JAMMES Yves
	BOUYALA Jean-Marie		JOUVE Paulette
	BREMOND Georges		JUHAN Claude
	BRICOT René		JUIN Pierre
	BRUNET Christian		KAPHAN Gérard
	BUREAU Henri		KASBARIAN Michel
	CAMBOULIVES Jean		KLEISBAUER Jean-Pierre
	CANNONI Maurice		LACHARD Jean
	CARTOUZOU Guy		LAFFARGUE Pierre
	CAU Pierre		LAUGIER René
	CHABOT Jean-Michel		LE TREUT Yves
	CHAMLIAN Albert		LEVY Samuel
	CHARREL Michel		LOUCHET Edmond
	CHAUVEL Patrick		LOUIS René
	CHOUX Maurice		LUCIANI Jean-Marie
	CIANFARANI François		MAGALON Guy
	CLEMENT Robert		MAGNAN Jacques
	COMBALBERT André		MALLAN- MANCINI Josette
	CONTE-DEVOLX Bernard		MALMEJAC Claude
	CORRIOL Jacques		MARANINCHI Dominique
	COULANGE Christian		MARTIN Claude
	DALMAS Henri		MATTEI Jean François
	DE MICO Philippe		MERCIER Claude
	DESSEIN Alain		METGE Paul
	DELARQUE Alain		MICHOTEY Georges
	DEVIN Robert		MILLET Yves
	DEVRED Philippe		MIRANDA François
	DJIANE Pierre		MONFORT Gérard
	DONNET Vincent		MONGES André
	DUCASSOU Jacques		MONGIN Maurice
	DUFOUR Michel		MONTIES Jean-Raoul
	DUMON Henri		NAZARIAN Serge
	ENJALBERT Alain		NICOLI René

MM NOIRCLERC Michel
OLMER Michel
OREHEK Jean
PAPY Jean-Jacques
PAULIN Raymond
PELOUX Yves
PENAUD Antony
PENE Pierre
PIANA Lucien
PICAUD Robert
PIGNOL Fernand
POGGI Louis
POITOUT Dominique
PONCET Michel
POUGET Jean
PRIVAT Yvan
QUILICHINI Francis
RANQUE Jacques
RANQUE Philippe
RICHAUD Christian
RIDINGS Bernard
ROCHAT Hervé
ROHNER Jean-Jacques
ROUX Hubert
ROUX Michel
RUFO Marcel
SAHEL José
SALAMON Georges
SALDUCCI Jacques
SAN MARCO Jean-Louis
SANKALE Marc
SARACCO Jacques
SASTRE Bernard
SCHIANO Alain
SCOTTO Jean-Claude
SEBAHOUN Gérard
SERMENT Gérard
SERRATRICE Georges
SOULAYROL René
STAHL André
TAMALET Jacques
TARANGER-CHARPIN Colette
THOMASSIN Jean-Marc
UNAL Daniel
VAGUE Philippe
VAGUE/JUHAN Irène
VANUXEM Paul
VERVLOET Daniel
VIALETTES Bernard
WEILLER Pierre-Jean

PROFESSEURS HONORIS CAUSA

1967

MM. les Professeurs DADI (Italie)
CID DOS SANTOS (Portugal)

1974

MM. les Professeurs MAC ILWAIN (Grande-Bretagne)
T.A. LAMBO (Suisse)

1975

MM. les Professeurs O. SWENSON (U.S.A.)
Lord J.WALTON of DETCHANT (Grande-Bretagne)

1976

MM. les Professeurs P. FRANCHIMONT (Belgique)
Z.J. BOWERS (U.S.A.)

1977

MM. les Professeurs C. GAJDUSEK-Prix Nobel (U.S.A.)
C.GIBBS (U.S.A.)
J. DACIE (Grande-Bretagne)

1978

M. le Président F. HOUPHOUET-BOIGNY (Côte d'Ivoire)

1980

MM. les Professeurs A. MARGULIS (U.S.A.)
R.D. ADAMS (U.S.A.)

1981

MM. les Professeurs H. RAPPAPORT (U.S.A.)
M. SCHOU (Danemark)
M. AMENT (U.S.A.)
Sir A. HUXLEY (Grande-Bretagne)
S. REFSUM (Norvège)

1982

M. le Professeur W.H. HENDREN (U.S.A.)

1985

MM. les Professeurs S. MASSRY (U.S.A.)
KLINSMANN (R.D.A.)

1986

MM. les Professeurs E. MIHICH (U.S.A.)
T. MUNSAT (U.S.A.)
LIANA BOLIS (Suisse)
L.P. ROWLAND (U.S.A.)

1987

M. le Professeur P.J. DYCK (U.S.A.)

1988

MM. les Professeurs R. BERGUER (U.S.A.)
W.K. ENGEL (U.S.A.)
V. ASKANAS (U.S.A.)
J. WEHSTER KIRKLIN (U.S.A.)
A. DAVIGNON (Canada)
A. BETTARELLO (Brésil)

1989

M. le Professeur P. MUSTACCHI (U.S.A.)

1990

MM. les Professeurs J.G. MC LEOD (Australie)
J. PORTER (U.S.A.)

1991

MM. les Professeurs J. Edward MC DADE (U.S.A.)
W. BURGDORFER (U.S.A.)

1992

MM. les Professeurs H.G. SCHWARZACHER (Autriche)
D. CARSON (U.S.A.)
T. YAMAMURO (Japon)

1994

MM. les Professeurs G. KARPATI (Canada)
W.J. KOLFF (U.S.A.)

1995

MM. les Professeurs D. WALKER (U.S.A.)
M. MULLER (Suisse)
V. BONOMINI (Italie)

1997

MM. les Professeurs C. DINARELLO (U.S.A.)
D. STULBERG (U.S.A.)
A. MEIKLE DAVISON (Grande-Bretagne)
P.I. BRANEMARK (Suède)

1998

MM. les Professeurs O. JARDETSKY (U.S.A.)

1999

MM. les Professeurs J. BOTELLA LLUSIA (Espagne)
D. COLLEN (Belgique)
S. DIMAURO (U. S. A.)

2000

MM. les Professeurs D. SPIEGEL (U. S. A.)
C. R. CONTI (U.S.A.)

2001

MM. les Professeurs P-B. BENNET (U. S. A.)
G. HUGUES (Grande Bretagne)
J-J. O'CONNOR (Grande Bretagne)

2002

MM. les Professeurs M. ABEDI (Canada)
K. DAI (Chine)

2003

M. le Professeur Sir T. MARRIE (Canada)
G.K. RADDI (Grande Bretagne)

2004

M. le Professeur M. DAKE (U.S.A.)

2005

M. le Professeur L. CAVALLI-SFORZA (U.S.A.)

2006

M. le Professeur A. R. CASTANEDA (U.S.A.)

2007

M. le Professeur S. KAUFMANN (Allemagne)

PROFESSEURS EMERITE

2008

M. le Professeur	LEVY Samuel	31/08/2011
Mme le Professeur	JUHAN-VAGUE Irène	31/08/2011
M. le Professeur	PONCET Michel	31/08/2011
M. le Professeur	KASBARIAN Michel	31/08/2011
M. le Professeur	ROBERTOUX Pierre	31/08/2011

2009

M. le Professeur	DJIANE Pierre	31/08/2011
M. le Professeur	VERVLOET Daniel	31/08/2012

2010

M. le Professeur	MAGNAN Jacques	31/12/2014
------------------	----------------	------------

2011

M. le Professeur	DI MARINO Vincent	31/08/2015
M. le Professeur	MARTIN Pierre	31/08/2015
M. le Professeur	METRAS Dominique	31/08/2015

2012

M. le Professeur	AUBANIAC Jean-Manuel	31/08/2015
M. le Professeur	BOUVENOT Gilles	31/08/2015
M. le Professeur	CAMBOULIVES Jean	31/08/2015
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2015
M. le Professeur	MATTEI Jean-François	31/08/2015
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2015
M. le Professeur	VERVLOET Daniel	31/08/2015

2013

M. le Professeur	BRANCHEREAU Alain	31/08/2016
M. le Professeur	CARAYON Pierre	31/08/2016
M. le Professeur	COZZONE Patrick	31/08/2016
M. le Professeur	DELMONT Jean	31/08/2016
M. le Professeur	HENRY Jean-François	31/08/2016
M. le Professeur	LE GUICHAOUA Marie-Roberte	31/08/2016
M. le Professeur	RUF0 Marcel	31/08/2016
M. le Professeur	SEBAHOUN Gérard	31/08/2016

2014

M. le Professeur	FUENTES Pierre	31/08/2017
M. le Professeur	GAMERRE Marc	31/08/2017
M. le Professeur	MAGALON Guy	31/08/2017
M. le Professeur	PERAGUT Jean-Claude	31/08/2017
M. le Professeur	WEILLER Pierre-Jean	31/08/2017

2015

M. le Professeur	COULANGE Christian	31/08/2018
M. le Professeur	COURAND François	31/08/2018
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2016
M. le Professeur	MATTEI Jean-François	31/08/2016
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2016
M. le Professeur	VERVLOET Daniel	31/08/2016

2016

M. le Professeur	BONGRAND Pierre	31/08/2019
M. le Professeur	BOUVENOT Gilles	31/08/2017
M. le Professeur	BRUNET Christian	31/08/2019
M. le Professeur	CAU Pierre	31/08/2019
M. le Professeur	COZZONE Patrick	31/08/2017
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2017
M. le Professeur	FONTES Michel	31/08/2019
M. le Professeur	JAMMES Yves	31/08/2019
M. le Professeur	NAZARIAN Serge	31/08/2019
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2017
M. le Professeur	POITOUT Dominique	31/08/2019
M. le Professeur	SEBAHOUN Gérard	31/08/2017
M. le Professeur	VIALETTES Bernard	31/08/2019

2017

M. le Professeur	ALESSANDRINI Pierre	31/08/2020
M. le Professeur	BOUVENOT Gilles	31/08/2018
M. le Professeur	CHAUVEL Patrick	31/08/2020
M. le Professeur	COZZONE Pierre	31/08/2018
M. le Professeur	DELMONT Jean	31/08/2018
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2018
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2018
M. le Professeur	SEBBAHOUN Gérard	31/08/2018

2018

M. le Professeur	MARANINCHI Dominique	31/08/2021
M. le Professeur	BOUVENOT Gilles	31/08/2019
M. le Professeur	COZZONE Pierre	31/08/2019
M. le Professeur	DELMONT Jean	31/08/2019
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2019
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2019

PROFESSEURS DES UNIVERSITES-PRATICIENS HOSPITALIERS

AGOSTINI FERRANDES Aubert	CHINOT Olivier	GRIMAUD Jean-Charles
ALBANESE Jacques	CHOSSEGROS Cyrille	GROB Jean-Jacques
ALIMI Yves	<i>CLAVERIE Jean-Michel Surnombre</i>	GUEDJ Eric
AMABILE Philippe	COLLART Frédéric	GUIEU Régis
AMBROSI Pierre	COSTELLO Régis	GUIS Sandrine
ANDRE Nicolas	COURBIERE Blandine	GUYE Maxime
ARGENSON Jean-Noël	COWEN Didier	GUYOT Laurent
ASTOUL Philippe	CRAVELLO Ludovic	GUYS Jean-Michel
ATTARIAN Shahram	CUISSET Thomas	HABIB Gilbert
AUDOUIN Bertrand	CURVALE Georges	HARDWIGSEN Jean
AUQUIER Pascal	DA FONSECA David	HARLE Jean-Robert
AVIERINOS Jean-François	DAHAN-ALCARAZ Laetitia	<i>HOFFART Louis Disponibilité</i>
AZULAY Jean-Philippe	DANIEL Laurent	HOUVENAEGHEL Gilles
BAILLY Daniel	DARMON Patrice	JACQUIER Alexis
BARLESI Fabrice	D'ERCOLE Claude	JOURDE-CHICHE Noémie
BARLIER-SETTI Anne	D'JOURNO Xavier	JOUVE Jean-Luc
BARTHET Marc	DEHARO Jean-Claude	KAPLANSKI Gilles
BARTOLI Christophe	DELAPORTE Emmanuel	KARSENTY Gilles
BARTOLI Jean-Michel	DELPERO Jean-Robert	KERBAUL François
BARTOLI Michel	DENIS Danièle	KRAHN Martin
BARTOLOMEI Fabrice	DISDIER Patrick	LAFFORGUE Pierre
BASTIDE Cyrille	DODDOLI Christophe	LAGIER Jean-Christophe
BENSOUSSAN Laurent	DRANCOURT Michel	LAMBAUDIE Eric
BERBIS Philippe	DUBUS Jean-Christophe	LANCON Christophe
BERDAH Stéphane	DUFFAUD Florence	LA SCOLA Bernard
<i>BERLAND Yvon Surnombre</i>	DUFOUR Henry	LAUNAY Franck
BERNARD Jean-Paul	DURAND Jean-Marc	LAVIEILLE Jean-Pierre
BEROUD Christophe	DUSSOL Bertrand	LE CORROLLER Thomas
BERTUCCI François	EUSEBIO Alexandre	LECHEVALLIER Eric
BLAISE Didier	FAKHRY Nicolas	LEGRE Régis
BLIN Olivier	<i>FAUGERE Gérard Surnombre</i>	LEHUCHER-MICHEL Marie-Pascale
BLONDEL Benjamin	FELICIAN Olivier	LEONE Marc
BONIN/GUILLAUME Sylvie	FENOLLAR Florence	LEONETTI Georges
BONELLO Laurent	FIGARELLA/BRANGER Dominique	LEPIDI Hubert
BONNET Jean-Louis	FLECHER Xavier	LEVY Nicolas
<i>BOTTA/FRIDLUND Danielle Surnom</i>	FOURNIER Pierre-Edouard	MACE Loïc
BOUBLI Léon	<i>FRANCES Yves Surnombre</i>	MAGNAN Pierre-Edouard
BOUFI Mourad	FRANCESCHI Frédéric	<i>MATONTI Frédéric Disponibilité</i>
BOYER Laurent	FUENTES Stéphane	MEGE Jean-Louis
BREGEON Fabienne	GABERT Jean	MERROT Thierry
BRETELLE Florence	GABORIT Bénédicte	METZLER/GUILLEMAIN Catherine
BROUQUI Philippe	GAINNIER Marc	MEYER/DUTOUR Anne
BRUDER Nicolas	GARCIA Stéphane	MICCALEF/ROLL Joëlle
BRUE Thierry	GARIBOLDI Vlad	MICHEL Fabrice
BRUNET Philippe	GAUDART Jean	MICHEL Gérard
BURTEY Stéphane	GAUDY-MARQUESTE Caroline	MICHEL Justin
CARCOPINO-TUSOLI Xavier	GENTILE Stéphanie	MICHELET Pierre
CASANOVA Dominique	GERBEAUX Patrick	MILH Mathieu
CASTINETTI Frédéric	GEROLAMI/SANTANDREA René	MOAL Valérie
CECCALDI Mathieu	GILBERT/ALESSI Marie-Christine	MONCLA Anne
CHAGNAUD Christophe	GIORGI Roch	MORANGE Pierre-Emmanuel
CHAMBOST Hervé	GIOVANNI Antoine	MOULIN Guy
CHAMPSAUR Pierre	GIRARD Nadine	MOUTARDIER Vincent
CHANEZ Pascal	GIRAUD/CHABROL Brigitte	<i>MUNDLER Olivier Surnombre</i>
CHARAFFE-JAUFFRET Emmanuelle	GONCALVES Anthony	NAUDIN Jean
CHARREL Rémi	GORINCOUR Guillaume	NICOLAS DE LAMBALLERIE Xavier
<i>CHARPIN Denis Surnombre</i>	GRANEL/REY Brigitte	NICOLLAS Richard
CHAUMOITRE Kathia	GRANVAL Philippe	OLIVE Daniel
CHIARONI Jacques	GREILLIER Laurent	OUAFIK L'Houcine

PAGANELLI Franck	ROCHE Pierre-Hugues	THOMAS Pascal
PANUEL Michel	ROCH Antoine	THUNY Franck
PAPAZIAN Laurent	ROCHWERTGER Richard	TREBUCHON-DA FONSECA Agnès
PAROLA Philippe	ROLL Patrice	TRIGLIA Jean-Michel
<i>PARRATTE Sébastien Disponibilité</i>	ROSSI Dominique	TROPIANO Patrick
PELISSIER-ALICOT Anne-Laure	ROSSI Pascal	TSIMARATOS Michel
PELLETIER Jean	ROUDIER Jean	TURRINI Olivier
PERRIN Jeanne	SALAS Sébastien	VALERO René
PETIT Philippe	<i>SAMBUC Roland Surnombre</i>	VAROQUAUX Arthur Damien
PHAM Thao	SARLES Jacques	VELLY Lionel
PIERCECCHI/MARTI Marie-Dominique	SARLES/PHILIP Nicole	VEY Norbert
PIQUET Philippe	SARLON-BARTOLI Gabrielle	VIDAL Vincent
PIRRO Nicolas	SCAVARDA Didier	VIENS Patrice
POINSON François	SCHLEINITZ Nicolas	VILLANI Patrick
RACCAH Denis	SEBAG Frédéric	VITON Jean-Michel
RANQUE Stéphane	SEITZ Jean-François	VITTON Véronique
RAOULT Didier	SIELEZNEFF Igor	VIEHWEGER Heide Elke
REGIS Jean	SIMON Nicolas	VIVIER Eric
REYNAUD/GAUBERT Martine	STEIN Andréas	XERRI Luc
REYNAUD Rachel	TAIEB David	
RICHARD/LALLEMAND Marie-Aleth	THIRION Xavier	

PROFESSEUR DES UNIVERSITES

ADALIAN Pascal
 AGHABABIAN Valérie
 BELIN Pascal
 CHABANNON Christian
 CHABRIERE Eric
 FERON François
 LE COZ Pierre
 LEVASSEUR Anthony
 RANJEVA Jean-Philippe
 SOBOL Hagay

PROFESSEUR CERTIFIE

BRANDENBURGER Chantal

PRAG

TANTI-HARDOUIN Nicolas

PROFESSEUR ASSOCIE DE MEDECINE GENERALE A MI-TEMPS

ADNOT Sébastien
 FILIPPI Simon

MAITRE DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIEN HOSPITALIER

ACHARD Vincent (<i>disponibilité</i>)	EBBO Mikaël	NGUYEN PHONG Karine
AHERFI Sarah	FABRE Alexandre	NINOVE Laetitia
ANGELAKIS Emmanouil (<i>dispo oct 2018</i>)	FAURE Alice	NOUGAIREDE Antoine
ATLAN Catherine (<i>disponibilité</i>)	FOLETTI Jean- Marc	OLLIVIER Matthieu
BARTHELEMY Pierre	FOUILLOUX Virginie	OVAERT Caroline
BEGE Thierry	FROMNOT Julien	PAULMYER/LACROIX Odile
BELIARD Sophie	GASTALDI Marguerite	PESENTI Sébastien
BERBIS Julie	GELSI/BOYER Véronique	RESSEGUIER Noémie
BERGE-LEFRANC Jean-Louis	GIUSIANO Bernard	REY Marc
BERTRAND Baptiste	GIUSIANO COURCAMBECK Sophie	ROBERT Philippe
BEYER-BERJOT Laura	GONZALEZ Jean-Michel	SABATIER Renaud
BIRNBAUM David	GOURIET Frédérique	SARI-MINODIER Irène
BONINI Francesca	GRAILLON Thomas	SAVEANU Alexandru
BOUCRAUT Joseph	GRISOLI Dominique	SECQ Véronique
BOULAMERY Audrey	GUERIN Carole	SUCHON Pierre
BOULLU/CIOCCA Sandrine	GUENOUN MEYSSIGNAC Daphné	TABOURET Emeline
BUFFAT Christophe	GUIDON Catherine	TOGA Caroline
CAMILLERI Serge	HAUTIER/KRAHN Aurélie	TOGA Isabelle
CARRON Romain	HRAIECH Sami	TOMASINI Pascale
CASSAGNE Carole	KASPI-PEZZOLI Elise	TOSELLO Barthélémy
CHAUDET Hervé	L'OLLIVIER Coralie	TROUSSE Delphine
CHRETIEN Anne-Sophie	LABIT-BOUVIER Corinne	TUCHTAN-TORRENTS Lucile
COZE Carole	LAFAGE/POCHITALOFF-HUVALE Marina	VELY Frédéric
CUNY Thomas	LAGIER Aude (<i>disponibilité</i>)	VION-DURY Jean
DADOUN Frédéric (<i>disponibilité</i>)	LAGOUANELLE/SIMEONI Marie-Claude	ZATTARA/CANNONI Hélène
DALES Jean-Philippe	LEVY/MOZZICONACCI Annie	
DAUMAS Aurélie	LOOSVELD Marie	
DEGEORGES/VITTE Joëlle	MANCINI Julien	
DELLIAUX Stéphane	MARY Charles	
DESPLAT/JEGO Sophie	MASCAUX Céline	
DEVILLIER Raynier	MAUES DE PAULA André	
DUBOURG Grégory	MILLION Matthieu	
DUFOUR Jean-Charles	MOTTOLA GHIGO Giovanna	

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES

(mono-appartenants)

ABU ZAINEH Mohammad	DEGIOANNI/SALLE Anna	RUEL Jérôme
BARBACARU/PERLES T. A.	DESNUES Benoît	THOLLON Lionel
BERLAND/BENHAIM Caroline	MARANINCHI Marie	THIRION Sylvie
BOUCAULT/GARROUSTE Françoise	MERHEJ/CHAUVEAU Vicky	VERNA Emeline
BOYER Sylvie	MINVIELLE/DEVICTOR Bénédicte	
COLSON Sébastien	POGGI Marjorie	

MAITRE DE CONFERENCES DES UNIVERSITES DE MEDECINE GENERALE

CASANOVA Ludovic
GENTILE Gaëtan

MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES DE MEDECINE GENERALE à MI-TEMPS

BARGIER Jacques
BONNET Pierre-André
CALVET-MONTREDON Céline
GUIDA Pierre
JANCZEWSKI Aurélie

MAITRE DE CONFERENCES ASSOCIE à MI-TEMPS

MATHIEU Marion
REVIS Joana

ANATOMIE 4201

CHAMPSAUR Pierre (PU-PH)
LE CORROLLER Thomas (PU-PH)
PIRRO Nicolas (PU-PH)

GUENOUN-MEYSSIGNAC Daphné (MCU-PH)
LAGIER Aude (MCU-PH) disponibilité

THOLLON Lionel (MCF) (60ème section)

ANATOMIE ET CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES 4203

CHARAFE/JAUFFRET Emmanuelle (PU-PH)
DANIEL Laurent (PU-PH)
FIGARELLA/BRANGER Dominique (PU-PH)
GARCIA Stéphane (PU-PH)
XERRI Luc (PU-PH)

DALES Jean-Philippe (MCU-PH)
GIUSIANO COURCAMBECK Sophie (MCU PH)
LABIT/BOUVIER Corinne (MCU-PH)
MAUES DE PAULA André (MCU-PH)
SECQ Véronique (MCU-PH)

**ANESTHESIOLOGIE ET REANIMATION CHIRURGICALE ;
MEDECINE URGENCE 4801**

ALBANESE Jacques (PU-PH)
BRUDER Nicolas (PU-PH)
LEONE Marc (PU-PH)
MICHEL Fabrice (PU-PH)
VELLY Lionel (PU-PH)

GUIDON Catherine (MCU-PH)

ANGLAIS 11

BRANDENBURGER Chantal (PRCE)

**BIOLOGIE ET MEDECINE DU DEVELOPPEMENT
ET DE LA REPRODUCTION ; GYNECOLOGIE MEDICALE 5405**

METZLER/GUILLEMAIN Catherine (PU-PH)
PERRIN Jeanne (PU-PH)

BIOPHYSIQUE ET MEDECINE NUCLEAIRE 4301

GUEDJ Eric (PU-PH)
GUYE Maxime (PU-PH)
MUNDLER Olivier (PU-PH) Surnombre
TAIEB David (PU-PH)

BELIN Pascal (PR) (69ème section)
RANJEVA Jean-Philippe (PR) (69ème section)

CAMMILLERI Serge (MCU-PH)
VION-DURY Jean (MCU-PH)

BARBACARU/PERLES Téodora Adriana (MCF) (69ème section)

**BIostatistiques, Informatique Médicale
ET TECHNOLOGIES DE COMMUNICATION 4604**

CLAVERIE Jean-Michel (PU-PH) Surnombre
GAUDART Jean (PU-PH)
GIORGI Roch (PU-PH)

CHAUDET Hervé (MCU-PH)
DUFOUR Jean-Charles (MCU-PH)
GIUSIANO Bernard (MCU-PH)
MANCINI Julien (MCU-PH)

ABU ZAINEH Mohammad (MCF) (5ème section)
BOYER Sylvie (MCF) (5ème section)

ANTHROPOLOGIE 20

ADALIAN Pascal (PR)

DEGIOANNI/SALLE Anna (MCF)
VERNA Emeline (MCF)

BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE ; HYGIENE HOSPITALIERE 4501

CHARREL Rémi (PU PH)
DRANCOURT Michel (PU-PH)
FENOLLAR Florence (PU-PH)
FOURNIER Pierre-Edouard (PU-PH)
NICOLAS DE LAMBALLERIE Xavier (PU-PH)
LA SCOLA Bernard (PU-PH)
RAOULT Didier (PU-PH)

AHERFI Sarah (MCU-PH)
ANGELAKIS Emmanouil (MCU-PH) disponibilité octobre 2018
DUBOURG Grégory (MCU-PH)
GOURIET Frédérique (MCU-PH)
NOUGAIREDE Antoine (MCU-PH)
NINOVE Laetitia (MCU-PH)

CHABRIERE Eric (PR) (64ème section)
LEVASSEUR Anthony (PR) (64ème section)
DESNUES Benoit (MCF) (65ème section)
MERHEJ/CHAUVEAU Vicky (MCF) (87ème section)

BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE 4401

BARLIER/SETTI Anne (PU-PH)
GABERT Jean (PU-PH)
GUIEU Régis (PU-PH)
OUAFIK L'Houcine (PU-PH)

BUFFAT Christophe (MCU-PH)
FROMNOT Julien (MCU-PH)
MOTTOLA GHIGO Giovanna (MCU-PH)
SAVEANU Alexandru (MCU-PH)

BIOLOGIE CELLULAIRE 4403

ROLL Patrice (PU-PH)

GASTALDI Marguerite (MCU-PH)
KASPI-PEZZOLI Elise (MCU-PH)
LEVY-MOZZICONNACCI Annie (MCU-PH)

CARDIOLOGIE 5102

AVIERINOS Jean-François (PU-PH)
BONELLO Laurent (PU PH)
BONNET Jean-Louis (PU-PH)
CUISSSET Thomas (PU-PH)
DEHARO Jean-Claude (PU-PH)
FRANCESCHI Frédéric (PU-PH)
HABIB Gilbert (PU-PH)
PAGANELLI Franck (PU-PH)
THUNY Franck (PU-PH)

CHIRURGIE DIGESTIVE 5202

BERDAH Stéphane (PU-PH)
HARDWIGSEN Jean (PU-PH)
SIELEZNEFF Igor (PU-PH)

BEYER-BERJOT Laura (MCU-PH)

CHIRURGIE GENERALE 5302

DELPERO Jean-Robert (PU-PH)
MOUTARDIER Vincent (PU-PH)
SEBAG Frédéric (PU-PH)
TURRINI Olivier (PU-PH)

BEGE Thierry (MCU-PH)
BIRNBAUM David (MCU-PH)

CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE ET TRAUMATOLOGIQUE 5002

ARGENSON Jean-Noël (PU-PH)
 BLONDEL Benjamin (PU-PH)
 CURVALE Georges (PU-PH)
 FLECHER Xavier (PU PH)
PARRATTE Sébastien (PU-PH) Disponibilité
 ROCHWERGER Richard (PU-PH)
 TROPIANO Patrick (PU-PH)

OLLIVIER Matthieu (MCU-PH)

CANCEROLOGIE ; RADIOTHERAPIE 4702

BERTUCCI François (PU-PH)
 CHINOT Olivier (PU-PH)
 COWEN Didier (PU-PH)
 DUFFAUD Florence (PU-PH)
 GONCALVES Anthony (PU-PH)
 HOUVENAEGHEL Gilles (PU-PH)
 LAMBAUDIE Eric (PU-PH)
 SALAS Sébastien (PU-PH)
 VIENS Patrice (PU-PH)

SABATIER Renaud (MCU-PH)
 TABOURET Emeline (MCU-PH)

CHIRURGIE THORACIQUE ET CARDIOVASCULAIRE 5103

COLLART Frédéric (PU-PH)
 D'JOURNO Xavier (PU-PH)
 DODDOLI Christophe (PU-PH)
 GARIBOLDI Vlad (PU-PH)
 MACE Loïc (PU-PH)
 THOMAS Pascal (PU-PH)

FOUILLOUX Virginie (MCU-PH)
 GRISOLI Dominique (MCU-PH)
 TROUSSE Delphine (MCU-PH)

CHIRURGIE VASCULAIRE ; MEDECINE VASCULAIRE 5104

ALIMI Yves (PU-PH)
 AMABILE Philippe (PU-PH)
 BARTOLI Michel (PU-PH)
 BOUFI Mourad (PU-PH)
 MAGNAN Pierre-Edouard (PU-PH)
 PIQUET Philippe (PU-PH)
 SARLON-BARTOLI Gabrielle (PU PH)

HISTOLOGIE, EMBRYOLOGIE ET CYTOGENETIQUE 4202

LEPIDI Hubert (PU-PH)

ACHARD Vincent (MCU-PH) disponibilité
 PAULMYER/LACROIX Odile (MCU-PH)

DERMATOLOGIE - VENEREOLOGIE 5003

BERBIS Philippe (PU-PH)
 GAUDY/MARQUESTE Caroline (PU-PH)
 GROB Jean-Jacques (PU-PH)
 RICHARD/LALLEMAND Marie-Aleth (PU-PH)

DUSI

COLSON Sébastien (MCF)

ENDOCRINOLOGIE ,DIABETE ET MALADIES METABOLIQUES ; GYNECOLOGIE MEDICALE 5404

BRUE Thierry (PU-PH)
 CASTINETTI Frédéric (PU-PH)
 CUNY Thomas (MCU PH)

EPIDEMIOLOGIE, ECONOMIE DE LA SANTE ET PREVENTION 4601

AUQUIER Pascal (PU-PH)
 BOYER Laurent (PU-PH)
 GENTILE Stéphanie (PU-PH)
SAMBUC Roland (PU-PH) Surnombre
 THIRION Xavier (PU-PH)

BERBIS Julie (MCU-PH)
 LAGOUANELLE/SIMEONI Marie-Claude (MCU-PH)
 RESSEGUIER Noémie (MCU-PH)

MINVIELLE/DEVICTOR Bénédicte (MCF)(06ème section)
 TANTI-HARDOUIN Nicolas (PRAG)

CHIRURGIE INFANTILE 5402

GUYS Jean-Michel (PU-PH)
 JOUVE Jean-Luc (PU-PH)
 LAUNAY Franck (PU-PH)
 MERROT Thierry (PU-PH)
 VIEHWEGER Heide Elke (PU-PH)
 FAURE Alice (MCU PH)
 PESENTI Sébastien (MCU-PH)

CHIRURGIE MAXILLO-FACIALE ET STOMATOLOGIE 5503

CHOSSEGROS Cyrille (PU-PH)
 GUYOT Laurent (PU-PH)

FOLETTI Jean-Marc (MCU-PH)

CHIRURGIE PLASTIQUE, RECONSTRUCTRICE ET ESTHETIQUE ; BRÛOLOGIE 5004

CASANOVA Dominique (PU-PH)
 LEGRE Régis (PU-PH)

BERTRAND Baptiste (MCU-PH)
 HAUTIER/KRAHN Aurélie (MCU-PH)

GASTROENTEROLOGIE ; HEPATOLOGIE ; ADDICTOLOGIE 5201

BARTHET Marc (PU-PH)
 BERNARD Jean-Paul (PU-PH)
BOTTA-FRIDLUND Danielle (PU-PH) Surnombre
 DAHAN-ALCARAZ Laetitia (PU-PH)
 GEROLAMI-SANTANDREA René (PU-PH)
 GRANDVAL Philippe (PU-PH)
 GRIMAUD Jean-Charles (PU-PH)
 SEITZ Jean-François (PU-PH)
 VITTON Véronique (PU-PH)

GONZALEZ Jean-Michel (MCU-PH)

GENETIQUE 4704

BEROUD Christophe (PU-PH)
 KRAHN Martin (PU-PH)
 LEVY Nicolas (PU-PH)
 MONCLA Anne (PU-PH)
 SARLES/PHILIP Nicole (PU-PH)

NGYUEN Karine (MCU-PH)
 TOGA Caroline (MCU-PH)
 ZATTARA/CANNONI Héléne (MCU-PH)

GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE ; GYNECOLOGIE MEDICALE 5403

AGOSTINI Aubert (PU-PH)
 BOUBLI Léon (PU-PH)
 BRETELLE Florence (PU-PH)
 CARCOPINO-TUSOLI Xavier (PU-PH)
 COURBIERE Blandine (PU-PH)
 CRAVELLO Ludovic (PU-PH)
 D'ERCOLE Claude (PU-PH)

IMMUNOLOGIE 4703

KAPLANSKI Gilles (PU-PH)
 MEGE Jean-Louis (PU-PH)
 OLIVE Daniel (PU-PH)
 VIVIER Eric (PU-PH)

FERON François (PR) (69ème section)

BOUCRAUT Joseph (MCU-PH)
 CHRETIEN Anne-Sophie (MCU PH)
 DEGEORGES/VITTE Joëlle (MCU-PH)
 DESPLAT/JEGO Sophie (MCU-PH)
 ROBERT Philippe (MCU-PH)
 VELY Frédéric (MCU-PH)

BOUCAULT/GARROUSTE Françoise (MCF) 65ème section)

MALADIES INFECTIEUSES ; MALADIES TROPICALES 4503

BROUQUI Philippe (PU-PH)
 LAGIER Jean-Christophe (PU-PH)
 PAROLA Philippe (PU-PH)
 STEIN Andréas (PU-PH)

MILLION Matthieu (MCU-PH)

MEDECINE D'URGENCE 4805

KERBAUL François (PU-PH)
 MICHELET Pierre (PU-PH)

**MEDECINE INTERNE ; GERIATRIE ET BIOLOGIE DU
 VEILLISSEMENT ; MEDECINE GENERALE ; ADDICTOLOGIE 5301**

BONIN/GUILLAUME Sylvie (PU-PH)
 DISDIER Patrick (PU-PH)
 DURAND Jean-Marc (PU-PH)
FRANCES Yves (PU-PH) Surnombre
 GRANEL/REY Brigitte (PU-PH)
 HARLE Jean-Robert (PU-PH)
 ROSSI Pascal (PU-PH)
 SCHLEINITZ Nicolas (PU-PH)

EBBO Mikael (MCU-PH)

GENTILE Gaëtan (MCF Méd. Gén. Temps plein)

ADNOT Sébastien (PR associé Méd. Gén. à mi-temps)
 FILIPPI Simon (PR associé Méd. Gén. à mi-temps)

BARGIER Jacques (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps)
 BONNET Pierre-André (MCF associé Méd. Gén à mi-temps)
 CALVET-MONTREDON Céline (MCF associé Méd. Gén. à temps plein)
 GUIDA Pierre (MCF associé Méd. Gén. à mi-temps)
 JANCZEWSKI Aurélie (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps)

NUTRITION 4404

DARMON Patrice (PU-PH)
 RACCAH Denis (PU-PH)
 VALERO René (PU-PH)

ATLAN Catherine (MCU-PH) disponibilité
 BELIARD Sophie (MCU-PH)

MARANINCHI Marie (MCF) (66ème section)

ONCOLOGIE 65 (BIOLOGIE CELLULAIRE)

CHABANNON Christian (PR) (66ème section)
 SOBOL Hagay (PR) (65ème section)

IMMUNOLOGIE ; TRANSFUSION 4701

BLAISE Didier (PU-PH)
 COSTELLO Régis (PU-PH)
 CHIARONI Jacques (PU-PH)
 GILBERT/ALESSI Marie-Christine (PU-PH)
 MORANGE Pierre-Emmanuel (PU-PH)
 VEY Norbert (PU-PH)

DEVILLIER Raynier (MCU PH)
 GELSI/BOYER Véronique (MCU-PH)
 LAFAGE/POCHITALOFF-HUVALE Marina (MCU-PH)
 LOOSVELD Marie (MCU-PH)
 SUCHON Pierre (MCU-PH)

POGGI Marjorie (MCF) (64ème section)

MEDECINE LEGALE ET DROIT DE LA SANTE 4603

BARTOLI Christophe (PU-PH)
 LEONETTI Georges (PU-PH)
 PELISSIER-ALICOT Anne-Laure (PU-PH)
 PIERCECCHI-MARTI Marie-Dominique (PU-PH)

TUCHTAN-TORRENTS Lucile (MCU-PH)

BERLAND/BENHAIM Caroline (MCF) (1ère section)

MEDECINE PHYSIQUE ET DE READAPTATION 4905

BENSOUSSAN Laurent (PU-PH)
 VITON Jean-Michel (PU-PH)

MEDECINE ET SANTE AU TRAVAIL 4602

LEHUCHER/MICHEL Marie-Pascale (PU-PH)

BERGE-LEFRANC Jean-Louis (MCU-PH)
 SARI/MINODIER Irène (MCU-PH)

NEPHROLOGIE 5203

BERLAND Yvon (PU-PH) Surnombre
 BRUNET Philippe (PU-PH)
 BURTEY Stéphanne (PU-PH)
 DUSSOL Bertrand (PU-PH)
 JOURDE CHICHE Noémie (PU PH)
 MOAL Valérie (PU-PH)

NEUROCHIRURGIE 4902

DUFOUR Henry (PU-PH)
 FUENTES Stéphane (PU-PH)
 REGIS Jean (PU-PH)
 ROCHE Pierre-Hugues (PU-PH)
 SCAVARDA Didier (PU-PH)

CARRON Romain (MCU PH)
 GRAILLON Thomas (MCU PH)

NEUROLOGIE 4901

ATTARIAN Sharham (PU PH)
 AUDOIN Bertrand (PU-PH)
 AZULAY Jean-Philippe (PU-PH)
 CECCALDI Mathieu (PU-PH)
 EUSEBIO Alexandre (PU-PH)
 FELICIAN Olivier (PU-PH)
 PELLETIER Jean (PU-PH)

OPHTALMOLOGIE 5502

DENIS Danièle (PU-PH)
 HOFFART Louis (PU-PH) *Disponibilité*
 MATONTI Frédéric (PU-PH) *Disponibilité*

PEDEPSYCHIATRIE; ADDICTOLOGIE 4904

DA FONSECA David (PU-PH)
 POINSO François (PU-PH)

OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE 5501

DESSI Patrick (PU-PH)
 FAKHRY Nicolas (PU-PH)
 GIOVANNI Antoine (PU-PH)
 LAVIEILLE Jean-Pierre (PU-PH)
 MICHEL Justin (PU-PH)
 NICOLLAS Richard (PU-PH)
 TRIGLIA Jean-Michel (PU-PH)
 DEVEZE Arnaud (MCU-PH) *Disponibilité*
 REVIS Joana (MAST) (Orthophonie) (7ème Section)

**PHARMACOLOGIE FONDAMENTALE -
PHARMACOLOGIE CLINIQUE; ADDICTOLOGIE 4803**

BLIN Olivier (PU-PH)
 FAUGERE Gérard (PU-PH) *Surnombre*
 MICALLEF/ROLL Joëlle (PU-PH)
 SIMON Nicolas (PU-PH)
 BOULAMERY Audrey (MCU-PH)

PARASITOLOGIE ET MYCOLOGIE 4502

RANQUE Stéphane (PU-PH)

PHILOSOPHIE 17

CASSAGNE Carole (MCU-PH)
 L'OLLIVIER Coralie (MCU-PH)
 MARY Charles (MCU-PH)
 TOGA Isabelle (MCU-PH)

LE COZ Pierre (PR) (17ème section)

MATHIEU Marion (MAST)

PEDIATRIE 5401

ANDRE Nicolas (PU-PH)
 CHAMBOST Hervé (PU-PH)
 DUBUS Jean-Christophe (PU-PH)
 GIRAUD/CHABROL Brigitte (PU-PH)
 MICHEL Gérard (PU-PH)
 MILH Mathieu (PU-PH)
 REYNAUD Rachel (PU-PH)
 SARLES Jacques (PU-PH)
 TSIMARATOS Michel (PU-PH)

PHYSIOLOGIE 4402

BARTOLOMEI Fabrice (PU-PH)
 BREGEON Fabienne (PU-PH)
 GABORIT Bénédicte (PU-PH)
 MEYER/DUTOUR Anne (PU-PH)
 TREBUCHON/DA FONSECA Agnès (PU-PH)

COZE Carole (MCU-PH)
 FABRE Alexandre (MCU-PH)
 OVAERT Caroline (MCU-PH)
 TOSELLO Barthélémy (MCU-PH)

BARTHELEMY Pierre (MCU-PH)
 BONINI Francesca (MCU-PH)
 BOULLU/CIOCCA Sandrine (MCU-PH)
 DADOUN Frédéric (MCU-PH) (*disponibilité*)
 DELLIAUX Stéphane (MCU-PH)
 REY Marc (MCU-PH)

PSYCHIATRIE D'ADULTES ; ADDICTOLOGIE 4903

BAILLY Daniel (PU-PH)
 LANCON Christophe (PU-PH)
 NAUDIN Jean (PU-PH)

RUEL Jérôme (MCF) (69ème section)
 THIRION Sylvie (MCF) (66ème section)

PSYCHOLOGIE - PSYCHOLOGIE CLINIQUE, PCYCHOLOGIE SOCIALE 16

AGHABABIAN Valérie (PR)

PNEUMOLOGIE; ADDICTOLOGIE 5101**RADIOLOGIE ET IMAGERIE MEDICALE 4302**

BARTOLI Jean-Michel (PU-PH)
 CHAGNAUD Christophe (PU-PH)
 CHAUMOITRE Kathia (PU-PH)
 GIRARD Nadine (PU-PH)
 GORINCOUR Guillaume (PU-PH)
 JACQUIER Alexis (PU-PH)
 MOULIN Guy (PU-PH)
 PANUEL Michel (PU-PH)
 PETIT Philippe (PU-PH)
 VAROQUAUX Arthur Damien (PU-PH)
 VIDAL Vincent (PU-PH)

ASTOUL Philippe (PU-PH)
 BARLESI Fabrice (PU-PH)
 CHANEZ Pascal (PU-PH)
 CHARPIN Denis (PU-PH) *Surnombre*
 GREILLIER Laurent (PU PH)
 REYNAUD/GAUBERT Martine (PU-PH)

MASCAUX Céline (MCU-PH)
 TOMASINI Pascale (MCU-PH)

REANIMATION MEDICALE ; MEDECINE URGENCE 4802

GAINNIER Marc (PU-PH)
 GERBEAUX Patrick (PU-PH)
 PAPAIZIAN Laurent (PU-PH)
 ROCH Antoine (PU-PH)

THERAPEUTIQUE; MEDECINE D'URGENCE; ADDICTOLOGIE 4804

AMBROSI Pierre (PU-PH)
 VILLANI Patrick (PU-PH)

HRAIECH Sami (MCU-PH)

DAUMAS Aurélie (MCU-PH)

RHUMATOLOGIE 5001

GUIS Sandrine (PU-PH)
 LAFFORGUE Pierre (PU-PH)
 PHAM Thao (PU-PH)
 ROUDIER Jean (PU-PH)

UROLOGIE 5204

BASTIDE Cyrille (PU-PH)
 KARSENTY Gilles (PU-PH)
 LECHEVALLIER Eric (PU-PH)
 ROSSI Dominique (PU-PH)

REMERCIEMENTS

A Monsieur le Professeur Bartolomei, merci de m'avoir fait l'honneur d'accepter de présider ce jury et d'avoir pris du temps pour évaluer mon travail, sans même me connaître.

A Monsieur le Professeur Cornet, merci pour... tout ! Ces quelques lignes ne suffiront pas à vous exprimer l'immensité de ma gratitude et de mon admiration. Merci d'avoir permis à ce travail d'être aussi stimulant, enrichissant, épanouissant... et pour avoir fait de moi un tellement meilleur médecin. Au risque que cela vous déplaît, il me faut quand même le dire : j'ai trouvé mon mentor, quanto sono fortunata !

A Monsieur le Professeur Gerbeaux, merci d'avoir accepté de siéger au sein de ce jury. Merci aussi pour votre humanité, votre bienveillance, votre pédagogie, dont j'ai pu profiter pendant ce (dernier!) stage aux urgences. Je suis heureuse qu'un membre de cette équipe avec laquelle j'ai tant aimé travailler soit sur l'estrade avec moi aujourd'hui !

A Monsieur le Professeur Le Coz, merci d'avoir accepté de siéger au sein de ce jury, de me faire l'honneur de lire mon travail et de l'évaluer avec votre regard de philosophe. Merci aussi pour ce si bel article sur la précarité, l'humanité et l'altérité qui a tant fait écho en moi !

A Monsieur le Docteur Casanova, merci d'avoir accepté de participer à ce jury. Merci aussi pour m'avoir ouvert les portes du département de médecine générale de Marseille et pour m'avoir fait confiance pour modérer des sessions en congrès. Ta si belle passion pour notre tout aussi belle spécialité est source d'inspiration pour moi ! J'espère que nous aurons l'occasion de la partager !

A mes parents, pour avoir toujours toujours toujours cru en moi, inconditionnellement, même quand, j'ai décidé d'arrêter la prépa littéraire...pour aller faire médecine ! Merci de m'avoir tant épaulée pendant ces études. Merci maman, pour tes aller-retours Sucy-Créteil à 22h, tous les soirs de la semaine durant ma P1, pour que je puisse rester jusqu'à la fermeture de la BU... oui, oui, vous qui lisez ces remerciements, elle a vraiment fait ça...

A ma sœur, pour notre si merveilleuse complémentarité et pour ton soutien infaillible. Où que tu sois, je me sens chez moi.

A Flojo, pour m'avoir fait découvrir ce que c'était que d'avoir un frère.

Merci de voir en moi le médecin que je suis devenue.

A mon Parrain. Merci d'avoir toujours été aussi inconditionnellement fier de moi. J'aurais tellement aimé que tu sois là pour voir ça, je pense même que tu aurais esquissé un sourire sur les photos.

Au Docteur Henri Liu, pour m'avoir fait découvrir et aimer la médecine générale. Et pour m'avoir fait me sentir chez moi, là où je ne l'étais pas.

A Kristel à Fiona, à Romain, à Corinne, à Rose et à Constance, le reste de ma famille vaclusienne.

A Alex, mon amie-âme-sœur. Parce que tu existes, je sais que je ne suis, et ne serai jamais seule.

A Caro, mon indispensable, merci d'être toujours, toujours, là pour moi. Notre amitié est un des bijoux de mon existence.

A Marisch, parce que le réel n'est pas toujours notre tasse de thé, merci pour ces moments hors sol passés ensemble. A Paris, à Bali, à Colmar... j'espère continuer à virevolter avec toi dans plein d'autres endroits du monde.

A Anne, pour avoir toujours cru en moi et pour m'éclairer de ton intelligence humaine si perspicace à chaque fois que j'en ai besoin.

A FA, pour m'avoir fait rencontrer le Professeur Cornet, pour m'avoir toujours rappelé que ça valait le coup et que l'épanouissement était possible, même quand j'en doutais fort fort fort... En souvenir de nos soirées à la Main d'Or, à l'Estaque (gare ou plage ?...), à Lille, qui resteront parmi mes plus beaux et mes plus profonds moments d'amitié.

A Erwan, parce que ta présence à côté de moi me permet de réussir à nager là où je n'ai pas pied et où je ne vois pas le fond, que ce soit dans la mer où dans la vie, je sais la chance que j'ai de t'avoir rencontré.

A Charlène, pour ces trois ans d'internat vécus ensemble. Puisque ça m'a permis de te rencontrer, alors ça valait finalement le coup.

A Coline, qui ne sait pas aimer autrement que de tout son cœur. Puisse nous continuer encore longtemps à partager du vin, du rire, des larmes de joie ou de tristesse, de la vie en somme !...face à la mer.

A mes Montpelliérains, Sam, Amé, bébé Lou et Poupette, à Mary, Pierre, Clic-clic, Baba et Eva, pour avoir été mon refuge pendant les moments difficiles de mon internat.

A Marianne et à Marcel. Ceux qui me connaissent bien savent à quel point il n'est pas exagéré de dire que je n'en serai pas là sans vous...

Au reste de mes marseillais, Violaine, Maxime, Rémy, Nathaniel, à mes co-internes des urgences...parce qu'avec vous, je me sens chez moi maintenant !

A mes collègues de la PMI d'Aix, particulièrement Corinne, Florence B., Florence H., Joëlle, Sylvie, Patricia et Céline, avec qui je partage cette vision si humaine du soin.

Au Docteur Jego-Sablier, merci de m'avoir ouvert les portes de ton cabinet, et de m'avoir tant aider pour mon recrutement.

A mon groupe du DU Santé Solidarité Précarité, particulièrement à Nathalie, à Thibault, à Jérémy, à Michèle, à Mady, à Evelyne, qui ont fait germer en moi l'idée de ce sujet de thèse.

A Asana Yoga Studio, pour avoir été ma bulle d'oxygène pendant l'éreintante épopée de finalisation de la thèse ! Plus particulièrement à Charlotte et à Chiara. Et merci de m'avoir fait rencontrer ma Sarah (it's over Sarah, I'm coming soon !)

A Sia, pour émerveiller mon quotidien. You are my home.

Sommaire

AVANT-PROPOS	4
I. Travailler sur le sens de la maladie	4
II. Pourquoi s'interroger sur le temps ?	5
III. Les inégalités sociales de santé, une problématique clé pour le soignant	7
IV. Femmes et précarité	8
V. Question de recherche	8
INTRODUCTION	9
I. La précarité	9
I.1. Une notion aux synonymes multiples...mais discutables	9
I.1.1. Pauvreté et précarité	9
I.1.2. Inégalités sociales de santé et précarité	10
I.2. Spécificités de la précarité	11
I.2.1. Distinctions élémentaires.....	11
I.2.2. Émergence de la précarité.....	13
I.2.3. De la précarité de l'emploi à la précarité généralisée	14
I.2.4. Précarité, sens et temporalité	15
I.3. La précarité et ses modélisations	17
I.3.1. Définition de Wresinski	17
I.3.2. Score EPICES.....	18
II. Temporalité	19
II.1. « Qu'est-ce donc que le temps ? » : temps physique et temps psychologique	19
II.2. Le temps : le médecin, le malade et sa maladie	21
II.2.1. Temporalité de la maladie : le temps biologique.....	21
II.2.2. Temporalité du malade et temporalité du médecin : le temps psychologique	22
II.2.2.1. Le temps du malade	22
II.2.2.2. Le temps du médecin	24
II.2.2.3. La temporalité sociale : un temps psychologique ?.....	25
MATÉRIAU ET MÉTHODE	28
I. Méthode bibliographique	28
II. Journal de bord	29
III. Déconstruction des <i>a priori</i>	29
IV. Entretiens par récits de vie	31
IV.1. Éléments généraux sur la méthode de recueil de données par entretiens	31
IV.1.1 L'entretien de recherche : nécessité de problématisation et de rigueur méthodologique.	31
IV.1.2. Pourquoi enquêter par entretien ?.....	32
IV.1.2.1. Comprendre un phénomène	32
IV.1.2.2. Du singulier au collectif ?.....	33
IV.1.2.3. Entretien de recherche en santé : un écho à l'entretien clinique ?.....	34
IV.2. Le récit de vie, un entretien compréhensif : concordances et discordances avec l'entretien clinique	34
IV.2.1. La question de l'engagement.....	34
IV.2.1.1. Attitude et neutralité	35
IV.2.1.2. Attitude et empathie	36
IV.2.2. La finalité de l'entretien	37
IV.2.2.1. L'aspect interventionnel de l'entretien : raconter sa vie peut-il être sans impact ?	37
IV.2.2.2. L'entretien clinique, un outil au service de la science médicale ?.....	38
IV.3. Un entretien narratif : spécificité du récit de vie	40
IV.3.1. Temps et récit	40
IV.3.2. Raconter « Tout ou partie » de sa vie ?	40
IV.3.3. « (...) un chercheur demande à un sujet (...) » : un enquêteur et un informateur en « interaction dialogique »	41
V. Modalités de recrutement.....	42
V.1. Des médecins sollicités pour aider au recrutement	42
V.2. Recrutement des patientes par la thésarde	43

RÉSULTATS	45
I. Analyse des données.....	45
<i>I.1. Re transcription.....</i>	45
<i>I.2. Codage ouvert</i>	45
<i>I.3. Analyse thématique.....</i>	45
II Caractéristiques de la population étudiée.....	46
III. Caractéristiques des entretiens.....	48
IV. Illustration des thèmes et sous-thèmes par les unités minimales de sens	49
<i>IV.1. Donner du sens à la vie avec la maladie en situation de précarité.....</i>	49
IV.1.1. Un passé omniprésent	49
IV.1.1.1. Le passé comme refuge	49
IV.1.1.2. Un passé qui tourne en boucle	50
IV.1.1.3. Mise en relation d'événements de vie passés et d'événements médicaux.....	51
IV.1.1.4. Des dates précises.....	52
IV.1.1.5. Avoir donné son temps.....	53
IV.1.2. Le présent, temps des conséquences	54
IV.1.2.1. Des symptômes vécus au présent expliqués par le passé	54
IV.1.2.2. Le présent : un lourd cadeau du passé.....	56
IV.1.2.3. Le présent cet « asensé »	57
IV.1.2.4. Passer le temps.....	57
IV.1.3. Direction l'avenir ?	57
IV.1.3.1. Un futur inexistant	57
IV.1.3.2. Un optimisme fragile	58
<i>IV.2. Représentations et rapport vis-à-vis du système de soins.....</i>	58
IV.2.1. Temporalité du malade	59
IV.2.1.1. Embûches temporelles	59
IV.2.1.2. Devenir malade.....	59
IV.2.1.3. Un refus du temps et du discours médical	60
IV.2.1.4. Le temps du suivi.....	60
IV.2.2. Temporalité du médecin	61
IV.2.2.1. Relation médecin-malade, des tempi dissonants	61
IV.2.2.2. Une stature d'autorité moralisante	62
IV.2.2.3. Prendre du temps pour écouter	62
IV.2.3. Temporalité de la maladie	63
IV.2.3.1. Inadéquation temporelle entre la maladie et la malade	63
IV.2.3.2. Refus des contraintes temporelles liées aux traitements	63
IV.2.4. Temporalité sociale	64
IV.2.4.1. Être malade parmi les autres	64
IV.2.4.2. La temporalité des institutions	65
<i>IV.3. La place de femme</i>	66
IV.3.1. Apprendre à être femme	66
IV.3.1.1. Une éducation dominée par les hommes.....	66
IV.3.1.2. Apprendre à rester à sa place de femme.....	67
IV.3.2. Une vie de devoir	68
IV.3.2.1. Le rôle de mère, au centre de tout.....	68
IV.3.2.2. Devoir familial.....	69
IV.3.2.3. Corporéité	69
IV.3.3. Un avenir genré.....	71
IV.3.3.1. Stéréotypes de genre	71
IV.3.3.2. La méfiance vis-à-vis de l'homme.....	71
IV.3.3.3. Solidarité féminine ?.....	72
IV.3.3.4. L'orientation sexuelle comme problématique supplémentaire	72
<i>IV.4. Violences de la vie</i>	73
IV.4.1. Un passé de violence.....	73
IV.4.1.1. Les traumatismes de l'enfance.....	73
IV.4.1.2. Violences conjugales	74
IV.4.2. ...qui explique les maux et les mots du présent	75
IV.4.2.1. La violence en héritage.....	75
IV.4.3. Vulnérabilité et violences au quotidien : et à l'avenir ?	76
IV.4.3.1. Les problèmes d'argent.....	76
IV.4.3.2. L'isolement	77
IV.4.3.3. Le manque de loisir	77
IV.4.3.4. Le sentiment de vulnérabilité.....	78

DISCUSSION	79
I. Validité interne de l'étude	79
<i>I.1. Forces de l'étude</i>	<i>79</i>
<i>I.2. Faiblesses de l'étude</i>	<i>81</i>
II. Validité externe de l'étude	82
<i>II.1. Direction et signification : le sens à la lumière du rapport au temps en situation de</i> <i>précarité.</i>	<i>82</i>
II.1.1. Sens et avenir	83
II.1.2. Passé composé.....	86
II.1.3. Le présent.....	87
<i>II.2. Rapport au temps en situation de précarité : quel impact sur la santé ?</i>	<i>88</i>
II.2.1. Approche conséquentialiste.....	88
II.2.2. Précarité et auto-exclusion	91
<i>II.3. Violence, féminité, précarité... et santé</i>	<i>93</i>
III. Ce que nous pouvons en faire	95
<i>III.1. Un apport à la médecine centrée sur la personne</i>	<i>95</i>
III.1.1. Du paternalisme à l'autonomie	95
III.1.2. Médecine centrée sur le patient...ou centrée sur la personne ?	97
<i>III.2. De l'intérêt du récit de vie... ..</i>	<i>100</i>
 CONCLUSION.....	 101
 BIBLIOGRAPHIE	 102
 ANNEXES.....	 106

AVANT-PROPOS

Cette recherche est l'aboutissement d'un long cheminement de pensée, entre la doctorante et son directeur de thèse. L'envie initiale était de travailler avec des patientes en situation de précarité, sur leur rapport au temps et de dégager une herméneutique de la maladie dans ce contexte social spécifique. Nous développerons successivement les points suivants : le sens de la maladie, la temporalité, la précarité et la spécificité des femmes en contexte de précarité.

I. Travailler sur le sens de la maladie

L'apport de la question du sens¹ de la maladie a permis de donner de la profondeur et de la cohérence au schéma initial pour aboutir à une problématique pertinente. En effet, s'intéresser à la question du sens de la maladie pour les patients nous paraissait s'inscrire, fondamentalement, dans l'approche centrée-patient (ou centrée sur la personne ? Nous aurons l'occasion de revenir plus avant sur cette distinction), et la médecine fondée sur les valeurs, chère à la médecine générale et à la recherche en soins premiers. Si la maladie est une « *expérience intime [se mêlant] profondément et douloureusement à son sentiment d'identité* » et entraînant « *une violente perturbation, [un] brouillage de la représentation du monde et de soi, [une] perte de repères* » (C. Marin), nous avançons l'hypothèse, qu'elle ne peut être supportable qu'en prenant du sens, un sens, pour le malade. Pour étudier ce phénomène, l'approche qualitative par récit de vie allait de soi : il s'agissait de la meilleure manière de laisser les gens dire, se dire. Cela mimait ce que l'on attend d'un soignant : écouter les patients raconter leur maladie et la place que prend cette dernière dans leur existence ; il lui appartient de l'entendre, de l'intégrer pour écrire avec le patient un récit qui permette le soin². La question de l'écoute, dans la relation médecin-malade est fondamentale : il s'agit de la première récrimination, puisqu'elle fait défaut, des patients à l'égard des médecins, et les problèmes de communication au sens large sont la première cause de plainte³. L'écoute est le premier pas vers l'entente.

¹ Lorsque nous parlons du sens nous en faisons un équivalent du symbolique puisqu'il s'agit d'une interprétation du sujet.

² Nous entendons par soin, à la fois le *cure* (prodiguer des soins) et le *care* (prendre soin de). L'herméneutique de la maladie ne peut être dissociée d'une inclusion globale du sens même dans le cadre de la thérapeutique. En témoignent la décision partagée ou l'observance.

³ A ce propos, lire Thèse C. Pelisson, *Ecoute empathique et formation médicale initiale : l'expérience d'un stage ultracourt au sein de SOS amitié par les étudiants en deuxième année de l'université Pierre et Marie Curie permet-elle une meilleure capacité d'écoute des futurs médecins ?* [Thèse de Doctorat de médecine] Université Pierre et Marie Curie, Paris 6, 2016.

II. Pourquoi s'interroger sur le temps ?

Après nous être interrogée sur la question du sens, il n'était pas possible ne pas considérer que ce réaménagement symbolique puisse se réaliser en dehors de toute temporalité. La question du temps est apparue comme le deuxième axe de notre travail, ce qui justifie notre intuition entre précarité et temporalité.

La question du temps, du rapport au temps, du temps dans le discours, comme éclairer du sens a émergé du fait principalement de deux lectures :

1) L'ouvrage du philosophe allemand H. Rosa, *Accélération, une critique sociale du temps*⁴. Si jusqu'alors il nous semblait évident, dans une approche psychologisante, que le rapport au temps dans ses trois dimensions (passé, présent, futur) était un élément éminemment structurant de l'être à l'échelle individuelle, ce livre nous a permis de le penser en terme sociologique. Il explique comment notre façon d'être au monde « *dépend dans une large mesure des structures temporelles de la société dans laquelle nous vivons [puisque si] la question de la vie que nous voudrions mener revient exactement à poser celle de la manière dont nous voulons passer notre temps, les qualités de « notre » temps, ses horizons et ses structures, ses rythmes ne sont pas sous notre contrôle, ou seulement dans une faible mesure. Les structures temporelles ont une nature collective et un caractère social ; elles se dressent face à l'individu dans leur robuste facticité* »⁵. H. Rosa cite N. Elias qui déclare que : « *L'expérience vécue du temps d'hommes appartenant à des sociétés où le temps est régulé de manière stricte est un exemple parmi bien d'autres de structures de la personnalité non moins contraignantes que des spécificités biologiques et néanmoins socialement acquises* »⁶ ⁷: étudier le rapport au temps d'un malade, appartenant à un groupe social défini, permet-il de comprendre le rapport que ce groupe entretient avec la maladie et les représentations qu'il en a ? Cette problématique s'inscrit dans un contexte plus général de relations entre les représentations individuelles et les représentations sociales⁸.

⁴ H. Rosa, *Accélération, une critique sociale du temps*, éd. La Découverte, 2013

⁵ H. Rosa, Op. Cit, p. 11

⁶ H. Rosa, Op. Cit, p20

⁷ Nous discuterons cette assertion (note de l'auteure) : Dans les phases terminales des maladies on peut s'interroger sur la subversion de la temporalité sociale au bénéfice de la temporalité biologique inexorable, accélérée, qui conduit à la mort. La temporalité sociale ordinaire est subvertie par celles de la maladie et du malade.

⁸ Cette question est centrale puisque elle nourrit l'opposition de la sociologie de E Durkheim qui pense que l'individu forge ses représentations à la lumière des représentations collectives et sociales, alors que les

Si l'envie de travailler autour des situations de précarité était à la base de notre projet, le choix de s'intéresser au groupe social « des précaires » prenait toute sa cohérence : il permettait de s'interroger sur la pertinence du choix du temps comme élément compréhensif d'une situation sociale.

2) La thèse de doctorat de psychologie sociale, soutenue en 2009 à l'Université d'Aix-Marseille par N. Fieulaine : *Perspective Temporelle, Situations de Précarité et Santé : Une Approche Psychosociale du Temps*. Il y développe l'idée que « *l'inscription sociale précaire, par sa nature instable et incertaine, questionne de manière centrale la possibilité de se représenter de manière cohérente son passé, d'avoir la maîtrise de son présent et de construire des anticipations ou des projets d'avenir* ». Surtout si l'on considère comme H. Rosa, que la société post-moderne occidentale serait celle de l'accélération et qu'elle serait donc « *[confrontée] à une pénurie du temps, à une véritable crise du temps, qui [mettrait] en question les formes et les possibilités d'organisation individuelle et politique* », il apparaît tout à fait pertinent de s'interroger aujourd'hui sur le rapport au temps, en contexte de précarité, en particulier dans le champ de la santé. Par ailleurs, « *le domaine des problématiques de santé représente dans ce cadre un révélateur des processus de précarisation et de vulnérabilisation, au travers du dévoilement de leurs conséquences sur l'état de santé physique ou psychologique, et sur ce qu'il est convenu d'appeler la qualité de vie [...], ces problématiques indicatives de la souffrance existentielle susceptible de s'établir dans les contextes de précarité, représentent à l'heure actuelle un enjeu majeur de santé publique* »⁹, car le soignant ne peut être ignorant du contexte personnel du patient mais aussi d'un aspect plus général relatif aux inégalités sociales de santé ou d'accès aux soins.

sociologues modernes, — en particulier le courant interactionniste symbolique (Ecole de Chicago) —, défend une interaction permanente, donc une réciprocité de construction entre le groupe et l'individu.

⁹ N. Fieulaine *Perspective Temporelle, Situations de Précarité et Santé : Une Approche Psychosociale du Temps*. [Thèse de Doctorat d'Université, Psychologie sociale - Sciences de l'Homme et Société]. Université de Provence - Aix-Marseille I, 2006, p19

III. Les inégalités sociales de santé, une problématique clé pour le soignant

L'extrait suivant de *Pourquoi et comment enregistrer la situation sociale d'un patient adulte en médecine générale ?*¹⁰, publié en 2014 sous l'égide du Collège National de Médecine Générale, offre une définition claire des inégalités sociales de santé (ISS) qui évite de les confondre avec les inégalités ou disparités de santé. Ces dernières, d'ordre physiologique, relèvent de différences interindividuelles ou inter-ethniques non liées au statut social : contrairement aux ISS, il ne s'agit pas d'injustices, au sens de dommages systémiques évitables. L'OMS, depuis 2005, a créé une Commission des déterminants sociaux de la santé qui a fait de la réduction des ISS, un objectif pour la décennie à venir.

C'est dans ce contexte que se développe la recherche sur les ISS. Sociologues, anthropologues, statisticiens..., et bien sûr médecins, nombreux sont les cerveaux qui produisent de tout aussi nombreuses études permettant d'éclairer les causes et conséquences du phénomène, voire, de proposer des solutions.

Les études sur la précarité, et ses conséquences sur la santé, s'inscrivent dans cette logique. En France, il est même fréquent de confondre ISS et précarité, comme l'explique le rapport sus-cité, publié sous l'égide du Collège National de Médecine Générale, « *En France, la question des ISS est apparue dans le débat public à l'occasion du rapport d'objectifs de santé publique annexé à la Loi du 9 août 2004 (objectifs 33 et 34), mais seulement en termes d'accès aux soins et de réduction de la précarité.* ». C'est donc ainsi que nous avons initialement appréhendé notre travail : une thèse de médecine générale qualitative, portant sur la vie avec la maladie en situation de précarité, apportait sa modeste pierre à l'édifice de la réduction des ISS.

Les connaissances acquises au fur et à mesure de notre travail nous ont permis de nous poser la question de la pertinence de la confusion fréquente entre précarité et ISS. Car si les personnes en situation de précarité sont bel et bien concernées par ce gradient social de santé, il touche en réalité une partie bien plus grande de la population : si tous les ouvriers ne sont pas précaires, leur catégorie socio-professionnelle est malgré tout bel et bien touchée par un état de santé moins bon que celui des cadres. Ce qui peut apparaître comme nié par les politiques publiques de santé. De plus, cette assimilation impropre entre précarité et ISS est aussi la preuve que la

¹⁰ Groupe de travail collectif sous l'égide du Collège National des Généralistes Enseignants, *Pourquoi et comment enregistrer la situation sociale d'un patient adulte en médecine générale ?*, 2014 (note de l'auteure : un groupe de travail au sein du CMG continue ce travail pour une publication de recommandations courant 2019)

notion de précarité, si peu clairement définie, prend dans le discours public et donc commun, la fonction de réunir tout ce (et ceux) qui souffre(nt) socialement.

Nous aurons l'occasion de revenir plus longuement sur le concept de précarité, sa définition et ses implications.

IV. Femmes et précarité

Enfin, pourquoi s'interroger sur le sous-groupe des femmes en situation de précarité ? Le rapport du Haut Conseil à l'Égalité (HCE), du 29 mai 2017, sur *La santé et l'accès aux soins : une urgence pour les femmes en situation de précarité*, nous apprend que « *les femmes constituent aujourd'hui la majorité des personnes en situation de précarité* ». Si les études sur les ISS sont nombreuses, peu abordent cette problématique dans une perspective genrée. Pourtant, lorsqu'on sait que 85 % des chef.fe.s de famille monoparentale sont des femmes et qu'une famille monoparentale sur trois vit sous le seuil de pauvreté, que les femmes représentent 70 % des travailleur.e.s pauvres et 62 % des emplois non qualifiés, on peut légitimement s'interroger sur le rôle du genre dans les processus de précarisation, mais aussi sur l'effet combiné de la précarité et du sexe sur la santé et le rapport à cette dernière.

V. Question de recherche

A la suite de la présentation des quatre axes qui structurent notre démarche il nous a été possible d'élaborer notre question de recherche : En quoi l'analyse des éléments de temporalité dans les récits de vie de femmes malades en situation de précarité permet-elle de mieux comprendre leur représentation d'elle-même et de leur maladie ?

INTRODUCTION

Une fois la question de recherche posée en ces termes, et afin de cerner le cadre de notre recherche il convient au préalable d'éclairer deux concepts : la précarité et la temporalité.

I. La précarité

I.1. Une notion aux synonymes multiples...mais discutables

Dans une étude publiée en 2015, intitulée *Difficultés des médecins généralistes dans la prise en charge de leur patients précaires*¹¹, les auteurs ont mis en évidence « un vaste panel de représentations de la précarité » : lors des différents focus groupes, comptant au total 28 médecins généralistes, 1517 termes initiaux ont été repérés, codés sous 317 termes différents pour caractériser la précarité. On y retrouve, le plus fréquemment les termes : problème, pauvreté, isolement, hygiène, difficultés, CMU, barrière, chômage, alimentation, addiction, toxicomanie, revenus faibles. Pour attendus qu'ils soient, les termes relevés n'en restent pas moins très nombreux et illustrent la multitude des représentations et la difficulté de caractérisation de la précarité. Nous repérons dans cette énumération pêle-mêle des aspects en lien avec l'environnement social, le chômage, l'insuffisance de revenus, l'isolement alors que d'autres relèvent de caractéristiques comportementales des individus telles que l'addiction ou encore l'alimentation. Cet antagonisme société-individu est assez commun lorsqu'il s'agit d'aborder la question des interactions entre environnement et sujet et de noter ce qui est subi ou de ce dont on est responsable.

I.1.1. Pauvreté et précarité

Au début de notre travail, nous nous trouvions face au choix délicat de préférer au terme de précarité, celui de pauvreté. Ce dernier, défini par une notion de seuil de revenus, donc d'une matérialité facilement évaluable, nous aurait évité la difficulté à laquelle nous nous attaquons dans cette partie du travail, définir la précarité. Et finalement, n'était-ce pas, presque, des synonymes ? Les auteurs du rapport du Défenseur des Droits de 2017 sur les pratiques discriminatoires des médecins et des dentistes, expliquent que « si dans les définitions

¹¹C. Flye Sainte Marie, et al. « Difficultés des médecins généralistes dans la prise en charge de leurs patients précaires », *Santé Publique*, vol. vol. 27, no. 5, 2015, pp. 679-690.

officielles, la pauvreté est plus ancrée dans les conditions matérielles, et la précarité se réfère à une situation d'instabilité (...), dans les discours et définitions produites par les praticiens, pauvreté et précarité occupent des positions réciproques. »¹² Rares semblent être les praticiens interrogés possédant des connaissances sociologiques leur permettant de faire la distinction et il semblerait que « la vraie précarité se [rapproche] plus de la grande pauvreté, notamment non domiciliée. » Ils poursuivent : « Une fois énoncée la définition, dans un grand nombre de cas, les praticiens introduisent des nuances dans leur propos qui renseignent plus sur les représentations de la précarité. Ils établissent des hiérarchies. Notamment, entre « vraie » précarité et une autre (elle serait fausse ?). (...) Pour de nombreux médecins généralistes, parmi ceux qui reçoivent des patients appartenant à des catégories sociales défavorisées, les « vrais précaires » ne viennent pas dans les cabinets libéraux. »

Ce même rapport met en évidence que pour les praticiens interrogés, « de manière fréquente, la précarité ne décrit pas la situation (familiale, économique, sociale) d'une personne mais est rapportée strictement à l'accès aux soins, dans une vision centrée sur leur pratique et leur exercice. »

Nous pourrions rendre encore plus complexe le débat car ce constat nous ramène à ce que nous avons évoqué dès l'avant-propos, à savoir la fréquence de confusion entre précarité et inégalités sociales de santé.

I.1.2. Inégalités sociales de santé et précarité

Les inégalités sociales de santé (ISS) sont une problématique centrale dans le champ des politiques de santé publique : « Les inégalités d'espérance de vie se doublent d'inégalités dans le nombre d'années vécues en bonne santé : un cadre de 35 ans peut espérer vivre en moyenne 73 % de son espérance de vie totale sans incapacité, contre seulement 60 % pour un ouvrier (...). Les ISS sont particulièrement marquées en France; c'est ainsi le pays d'Europe (en excluant les pays de l'Est) où les écarts de mortalité selon le diplôme et/ou la catégorie socio-professionnelle sont les plus grands. Elles concernent tous les âges de la vie. Dès le plus jeune âge, on observe de fortes inégalités : en classe de CM2, la proportion d'enfants obèses chez les ouvriers était dix fois plus élevée que chez les cadres en 2008 (6 % contre 0,6 %), contre quatre fois en 2002. En ce qui concerne les adultes, on a montré qu'entre 1982 et 1990, la mortalité

¹² Rapport du Défenseur des Droits publié en 2017 intitulé *Des pratiques médicales et dentaires, entre différenciation et discrimination, Une analyse du discours de médecins et dentistes*, p50

par maladies coronariennes avait baissé de 47 % chez les cadres et professions libérales contre 14 % chez les employés et ouvriers. La survie à 28 jours après un événement coronarien est 2,5 fois plus élevée pour un cadre supérieur que pour une autre catégorie socioprofessionnelle. »

Or, si les réalités épidémiologiques mettent en évidence les conséquences que la précarité entraîne sur la santé des individus qui y font face³ et si les personnes en situation de précarité sont concernées par ce gradient social de santé, il touche en réalité une partie bien plus grande de la population. En effet, tous les ouvriers ne sont pas précaires, mais leur catégorie socio-professionnelle est malgré tout bel et bien touchée par un état de santé moins bon que celui des cadres.

Ces assimilations impropres entre précarité et ISS, sont aussi la preuve que la notion de précarité prend dans le discours public, la fonction de réunir tout ce (et ceux) qui souffre(nt) socialement. Ceci tient au fait que les représentations, les perceptions sensibles, l'emportent sur la catégorisation et les concepts qui eux relèvent d'un cadre sémantique précis. Nous avons exploré deux des multiples analogues de la précarité¹³. Nous allons essayer de montrer que la notion de précarité s'est progressivement « *autonomisée en tant que notion susceptible de dévoiler une réalité particulière, jusque là invisible* »¹⁴

I.2. Spécificités de la précarité

I.2.1. Distinctions élémentaires

Nous avons vu précédemment que la précarité était souvent confondue ou assimilée à d'autres notions. Nous nous proposons de reprendre ici les cinq grands modèles théoriques sociologiques proposés par M. Bresson pour « *ordonner la diversité des concepts* »¹⁵ en lien avec la souffrance sociale.

- La pauvreté est caractérisée par la notion de manque, principalement économique. Dans sa forme extrême, elle aboutit à la misère. Elle peut être l'aboutissement d'une situation de précarité, mais cette dernière ne s'y résume pas. Comme l'explique P. Le Coz, « *si on limite la précarité à la pauvreté, la réponse résidera exclusivement dans une meilleure répartition économique des biens et des services entre tous. Mais si le concept de « précarité » inclut également la capacité à tisser un lien de confiance avec les autres et avec l'avenir, si on lui intègre le souci d'accomplir la plénitude de notre humanité, alors*

¹³Nous aurions pu également citer : exclusion, misère, isolement, CMU...

¹⁴N. Fiulaine, Op. Cit p70

¹⁵M. Bresson, Sociologie de la précarité, éd Armand Colin, 2015, p 28-41

la réponse au défi contemporain de la précarité devra dépasser le cadre strictement budgétaire. »¹⁶

- Le modèle du sous-développement « *fait l'hypothèse d'un retard avec l'idée d'un rattrapage possible ou souhaitable* »¹⁷. Spécifique de pays (ou zones géographiques) aussi appelés « pays pauvres », la confusion est intuitivement fréquente. Pourtant sociologiquement, elle est erronée car le trait principal mis en avant est celui du développement et non celui du manque. De plus, sa portée est collective, déterminée par une évaluation des ressources communes et non pas individuelles.

- La sociologie de la marginalité désigne les individus exclus du fonctionnement normé de la société. Si la marginalité peut être le résultat d'un choix de vie alternatif, l'exclusion sociale, elle, est un phénomène subi, non-actif, et est alors fréquemment associée à la grande pauvreté. En ce sens, elle rejoint la précarité en modifiant profondément la qualité des interactions sociales.

- Le paradigme de l'assistance définit les populations par l'aide qu'elles reçoivent. Il s'agit donc d'une définition fondée sur une réalité matérielle patente, contrairement à celle de la précarité. Pourtant, tout comme elle, l'assistance est l'objet de représentations massives : la population fantasmée homogène « des assistés » est fréquemment aujourd'hui très lourdement stigmatisée puisqu'elle chercherait à profiter de sa situation pour ne pas travailler. Elle s'opposerait au « pauvre vertueux ». Or, « *il existe une autre conception de l'assistance, qui la définit comme un dispositif de droit sociaux, légaux et universels, respectueux de la dignité des pauvres* »¹⁸. Au cours du temps la charité s'est laïcisée pour passer du champ de la vertu et de l'obligation religieuse à l'aide sociale au nom de la solidarité républicaine. La compassion a cédé la place à la notion d'équité sociale.

- Le modèle théorique de la précarité est de développement plus récent que les précédents. Schématiquement, il prend appui sur l'idée que le monde moderne est l'objet de mutations sociales profondes et insiste sur le sentiment d'incertitude¹⁹. Ces mutations méritent d'être abordées de façon approfondie.

Nous nous proposons désormais, d'approfondir la notion de précarité

¹⁶P. Le Coz, Approche philosophique du concept de précarité, in Pierre-Henri Bréchat et al., *Innover contre les inégalités de santé*, Presses de l'EHESP | « Hors collection », 2012 | pages 431 à 440.

¹⁷M. Bresson Op. Cit p 29

¹⁸M. Bresson, Op. Cit p 37

¹⁹ Notons dès à présent la composante subjective de la précarité sur laquelle nous aurons l'occasion de revenir.

I.2.2. Émergence de la précarité

Historiquement, l'émergence de la précarité est liée à celle de nouvelles formes d'emploi au tournant des années 1980. Une nouvelle catégorie de travailleurs, désignés comme précaires, « à l'interstice du chômage et du travail, a représenté l'origine d'une problématique sociale qui s'est ensuite élargie »²⁰, gardant centrale la caractéristique de l'instabilité.

Sont considérés comme précaires les emplois se distinguant de la norme du contrat à durée indéterminée à temps plein : contrats à durée indéterminée, intérim, contrats à temps partiels... Marginaux avant les années 1980, ces emplois précaires, se sont développés exponentiellement depuis presque 40 ans²¹. Les données de 2016 de l'Observatoire des Inégalités rapportent que 13 % de la population active française, ont un statut précaire, taux qui semble repartir à la hausse depuis quelques années, après une phase de stagnation entre 2000 et 2010.²²

Les politiques successives de lutte contre le chômage ont permis l'émergence de ces formes d'emploi caractérisées par l'insécurité. De plus, il est intéressant de noter qu'« à cette mutation profonde des politiques de l'emploi par la normalisation et l'institutionnalisation des emplois de moins en moins « atypiques »²³, correspond une transformation corollaire des modalités de l'aide sociale. (...) Ainsi les aides sociales sont de plus en plus soumises à des révisions périodiques, et la flexibilité du marché du travail étant considérée comme la facilitation du passage du chômage vers l'emploi (...), les dispositifs se fondent de plus en plus sur le contrôle des bénéficiaires et leur responsabilisation, dans ce que Ray appelle une logique de « présomption de méfiance ». Ce qui signifie qu'en une vingtaine d'années, à un modèle fondé sur la stabilité de l'emploi et la sécurité sociale, s'est substitué l'institutionnalisation de l'instabilité, au niveau de l'emploi, du chômage et de l'aide sociale. »²⁴ Ici, l'emploi et sa stabilité deviennent la mesure de toute chose en matière de précarité. Du fait qu'il est source de revenus il coïncide avec l'assimilation de la précarité à la pauvreté et la possibilité de l'assistance institutionnelle.

²⁰ N. Fieulaine, Op. Cit p70

²¹ J. Freyssinet, Le Temps de travail en miettes : vingt ans de politique de l'emploi et de négociation collective, Éditions de l'Atelier, Paris, 1997

²² Observatoire des Inégalités, (page consultée le 07/07/2018), 3,4 millions de salariés précaires en France, [en ligne] <https://www.inegalites.fr/3-4-millions-de-salaries-precaires-en-France>

²³ L'auteur considère, en rupture avec la norme du contrat à durée déterminé à temps plein, l'emploi précaire, comme des formes d'emploi « atypiques ».

²⁴ N. Fieulaine, Op. Cit p 76-77

Pour comprendre l'impact sur les autres domaines de l'existence de la précarité de l'emploi, il faut percevoir ce phénomène comme une véritable mutation sociale. N. Fieulaine explique que la modification des schémas traditionnels de l'emploi (une même profession tout au long de sa vie dans une même entreprise avec des objectifs de mobilité ascendante), n'ont pas qu'un impact économique et entraînent une remise en cause bien plus globale du système existentiel de valeurs des individus. Car, « *de ces visions découlent de nombreux systèmes de comportements et de pensée, de nombreux habitus, qui se concrétisent dans des pratiques économiques (épargne, héritages, accession à la propriété...) et sociales (mariages, affiliation politique, syndicalisme...).* Le contexte socio-économique permet alors les logiques de prévision à long terme, une anticipation relativement sécurisée et favorise chez les individus et les groupes une vision téléonomique du monde, et le sentiment de contrôler en grande partie son avenir, ou a minima, le sens à lui donner »²⁵. Ainsi on comprend comment, ce changement du monde du travail, légitimé sur le plan idéologique par la volonté politique de lutter contre le chômage de masse a pu entraîner une véritable mutation socio-culturelle.

I.2.3. De la précarité de l'emploi à la précarité généralisée

Travailler permet de « gagner sa vie », — curieuse expression qui renvoie au mérite, au prix d'une vie, à l'assimilation symbolique de la valeur de son travail et de sa vie —, mais gagner sa vie n'est pas le seul rôle du travail. Pourvoyeur de lien social, de sentiment d'appartenance groupal, d'utilité sociale..., l'emploi est un élément politique majeur, car il participe au bon fonctionnement de la cité et de la société. L'analyse que l'on peut en faire est autant macroscopique que microscopique.

Nous l'avons vu, la norme de l'emploi stable permet une attitude vitale projective dépassant le cadre professionnel. Ainsi, quasi mécaniquement, la précarisation du travail impacte les autres domaines de l'existence.

« De nombreuses recherches ont montré les répercussions des processus de précarisation sociale sur les liens matrimoniaux et familiaux et sur la planification familiale, au travers de la fragilisation des équilibres budgétaires, de l'instabilité des statuts sociaux, de la discontinuité salariale et la difficile coordination des calendriers de vie (Pitrou, 1978 ; Thin, 1998 ; Paugm, 1994 ; Langevin, 1997 ; Senett, 1998). Ces mêmes éléments ont également rendu problématiques le rapport

²⁵N. Fieulaine, Op. Cit p 75

à la formation (Beaud, 2000 ; Charvet, 2001 ; Galland, 1984 ; Werquin, 1996), au logement (Bourdieu 1993), au travail (Paugam, 2000 ; Palmade et Dorval, 2000), aux formes de solidarité et d'organisations collectives (Zoll, 1992), à la santé et aux soins (LaRosa, 1998 ; Lebas et Chauvin, 1998) »²⁶

En premier lieu liés à des conditions socio-économiques, l'instabilité et le sentiment de vulnérabilité envahissent peu à peu tous les champs de l'existence. La raréfaction des liens sociaux, la complexification de la vie de famille, l'isolement familial lié à des mécanismes de mobilité entraînant l'éloignement, sont autant cause et conséquence des phénomènes de précarisation, créant un cercle vicieux dont il semble difficile de se sortir, d'autant plus que ses conséquences sont souvent pérennes et intergénérationnelles, par un classique schéma de reproduction sociale²⁷.

La précarité, s'originant dans un contexte socio-économique est en réalité multidimensionnelle. Mais pour appréhender la complexité et la richesse de cette réalité sociale, si actuelle, il convient de comprendre que la précarité ne repose pas seulement sur ces considérations objectives : le sentiment d'insécurité, de vulnérabilité, de fragilité, le vécu situationnel en somme, dont nous n'avons eu de cesse de parler jusqu'alors, montre bien que la précarité repose aussi sur « *le rapport que les individus et les groupes entretiennent à ces situations* »²⁸, et qu'elle possède une forte composante subjective. L'interaction symbolique entre les individus produit en permanence du sens dont chacune et chacun se nourrit. La réduction des échanges pour une personne est source d'appauvrissement de sens.

I.2.4. Précarité, sens et temporalité

Réduire la précarité à une situation d'instabilité matérielle c'est, nous-semble-t-il, oublier l'essentiel : la précarité est un sentiment en plus d'un vécu factuel. Il s'agit d'une expérience objective mais aussi émotionnelle. L'idée selon laquelle elle serait née de la confrontation entre des visions issues du monde de l'industrialisation et l'émergence de l'instabilité²⁹ permet d'appréhender tout autant sa dimension éminemment actuelle qui, marquée historiquement, est spécifique du monde occidental depuis la fin du XXème siècle, ainsi que sa dimension métaphysique.

²⁶N. Fiulaine, Op. Cit p 78-79

²⁷Sur ce sujet, lire l'article : D. Bricard, F. Jusot, S. Tubeuf, Les modes de vie : un canal de transmission des inégalités de santé ?, Questions d'économie de la santé, IRDES, Mai 2010, n° 154

²⁸N. Fiulaine, Op. Cit p 82

P. Le Coz propose d'aborder la précarité « *sous l'angle de la destinée de l'homme qui est d'introduire du sens dans son existence* ». Ainsi, l'incertitude caractéristique de cette situation sociale serait d'ordre existentielle et interrogerait l'homme « *quant à ses chances d'exister au sein d'un espace institutionnel et social qui lui permette de réaliser les possibilités physiques, intellectuelles et morales dont il est porteur* »²⁹. Cette approche nous paraît particulièrement pertinente pour aborder la précarité en santé.

Aborder la question du sens au travers de la précarité présente des similitudes avec la maladie et notamment la maladie grave. C. Marin³⁰ définit la maladie comme « *l'expérience d'une petite mort sociale, d'une vie en suspens* » où tout serait incertain et extrêmement inconfortable car il n'y aurait plus « *rien d'assuré, d'assis, de posé* ». Expérience de précarité en somme. P. Ricoeur invite à penser la maladie comme une réduction dans la possibilité d'agir, une réduction du champ des possibles, un rétrécissement de son horizon³¹. Comprendre la précarité pourrait être une bonne manière d'appréhender la situation du 'tomber malade'. Mais plus essentiellement encore, elle pose la question de l'incertitude existentielle.

Perçue dans toute l'immensité de son impact, touchant à l'essence même de l'homme qui en souffre, la précarité ne peut plus être reléguée au second plan par les soignants lorsqu'ils prennent soin d'un patient. Si cela paraît évident dans la dimension du *care*, elle l'est tout autant dans celle du *cure* : l'efficacité d'une 'prise en charge' se doit de tenir compte des capacités de décision et d'action du patient qui sont elles-mêmes fortement influencées par sa situation sociale. Or, si comme le pensent L. Boltanski & E. Chiapello, en ce qui concerne la précarité, « *tous les indicateurs dans lesquels Durkheim nous a appris à lire le signe de l'anomie*³² *sont à la hausse* »³³, la question du sens mais aussi celle des valeurs est affectée par les situations de précarité. Dans le cadre de ce travail nous nous sommes interrogée sur le rapport au temps, que nous estimons être un élément central du rapport de l'homme au monde. Nous aurons l'occasion d'y revenir mais indiquons dès à présent la pertinence de cette question à l'aune de cette dimension métaphysique :

« (...) *l'effacement des prises que les personnes peuvent avoir sur leur environnement social [ont pour conséquence] un affaiblissement de la croyance*

²⁹P. Le Coz, op. Cit

³⁰C. Marin, La maladie, catastrophe intime, Ed PUF, 2015, p 7-9

³¹ N. Zaccai-Reyners, C. Marin & al. Souffrance et douleur. Autour de Paul Ricoeur. PUF, janvier 2013

³²Anomie : terme introduit en 1893 par E. Durkheim caractérisant une perte des valeurs.

³³L. Boltanski & E. Chiapello, Le nouvel esprit du capitalisme, Ed Gallimard, Paris 1999, p 504

qu'elles peuvent placer dans l'avenir en tant que point de fuite capable d'orienter l'action et de conférer par rétroaction au sens au présent. Le trouble que suscite cette difficulté à se projeter dans l'avenir qu'expriment les indicateurs d'anomie peut être attribuée à l'existence d'un conflit entre, d'une part, des normes valorisants ce qui se tient dans la durée, et d'autre part la condition humaine dans un monde flexible où les êtres se modifient au gré des situations qu'ils rencontrent»³⁴

Nous pouvons avancer que l'aspect multifactoriel de la précarité et sa dimension métaphysique permettent d'appréhender la réalité plurielle de cette situation sociale. Réfléchir sur cette complexité c'est en comprendre les subtilités. Pour autant, les outils de modélisation de la précarité, bien que perfectibles donc discutables ont pour avantage une simplification permettant, une classification scientifiquement validée et reproductible.

I.3. La précarité et ses modélisations

Nous présenterons ici deux modélisations de la précarité, choisies pour leur aspect consensuel et pour la portée qu'elles ont eu dans ce travail.

I.3.1. Définition de Wresinski

Il existe une définition consensuelle de la précarité. Proposée par J. Wresinski en 1987 et reprise depuis par les Nations Unies (notamment dans les travaux de la Commission et du Conseil des Droits de l'Homme sur les droits de l'homme et l'extrême pauvreté) elle est contenue dans l'avis du 10 et 11 février 1987 du Conseil économique et social et provenant de son rapport intitulé « Grande pauvreté et précarité économique et sociale »³⁵ :

« La précarité est l'absence d'une ou plusieurs des sécurités, notamment celle de l'emploi, permettant aux personnes et familles d'assumer leurs obligations professionnelles, familiales et sociales, 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 à la grande pauvreté quand elle affecte plusieurs domaines de l'existence, qu'elle devient persistante, qu'elle compromet les chances de réassumer des responsabilités et de reconquérir ses droits par soi-même, dans un avenir prévisible ».

³⁴L. Boltanski & E. Chiapello, op. cit p 504-505

³⁵ J. Wresinski, Rapport sur la grande pauvreté et précarité économique et sociale, Conseil économique et sociale, 10-11 février 1987.

On y retrouve les idées centrales de dimensions plurielles, d'insécurité et de son lien initial et fondateur à l'emploi. De plus, est clairement énoncée la différence d'avec la pauvreté. En revanche, elle n'aborde pas franchement la dimension subjective du sentiment lié à cette situation. Dans le cadre de notre travail, cette définition nous apparaissait certes comme incomplète mais elle était pourtant celle que nous paraphrasions le plus souvent pour expliquer ce que nous entendions par précarité.

I.3.2. Score EPICES

Le score EPICES (Annexe N°1) pour Évaluation de la Précarité et des Inégalités de santé dans les Centres d'Examens de Santé, permet d'évaluer individuellement le niveau de précarité d'un patient. Il a été développé par un groupe de travail regroupant des membres des Centres de Santé (CES) financé par l'assurance maladie, du Cetaf (Centre Technique d'Appui et de Formation des CES) et de l'Ecole de Santé Publique de Nancy, en 1998. Prenant en compte le caractère multidimensionnel de la précarité, il permet en 11 questions de résumer à 90 % la précarité d'un sujet. Les items portent sur les difficultés financières, l'isolement social, la sécurité en terme de santé (complémentaire notamment), le logement, les liens familiaux, les loisirs. Chaque réponse est affiliée à un coefficient qui additionné donne le score EPICES. Allant de 0 (absence totale de précarité) à 100 (précarité maximale), son seuil de positivité est fixé à 30. Outil conçu pour les soins primaires en premier lieu et permettant de façon simple d'appréhender les conditions de vie des patients, c'est tout naturellement que nous avons choisi ce score comme modalité de recrutement.

II. Temporalité

Initialement, il s'agissait d'une « forme d'intuition » : se poser des questions sur le temps, c'était se poser des questions sur la vie et sur la mort, c'était interroger un élément fondamentalement constitutif de l'humain. Il était évident que cela faisait sens dans le cadre de la médecine. Au fil de nos lectures, nous avons découvert que les raisons de s'y pencher, dépassaient cette évidence première.

Il ne sera pas question ici de réaliser un exposé exhaustif sur le temps. Cela est-il réellement possible ? Et parce que cela n'aurait pas de sens à l'échelle de ce travail. Les éléments théoriques, les réflexions dont il sera question ci-dessous ont été sélectionnés pour étayer notre question de recherche et à notre réflexion ultérieure.

II.1. « Qu'est-ce donc que le temps ? »³⁶ : temps physique et temps psychologique

Nous avons d'ores et déjà introduit une définition de la précarité, et même si nous y reviendrons pour la développer, il s'agissait d'une étape préalable fondamentale à l'élaboration de la question de recherche. La notion de temporalité n'appelle pas aux mêmes impératifs de définition « consensuelle ». Et c'est, au contraire, au sein de ses définitions multiples que son étude prend tout son intérêt, car sa complexité, sa pluralité fait écho à celles de l'humain lui-même !

A l'occasion d'un point de clarification sémantique, essentiel à la poursuite de notre propos, nous vous proposons une illustration, à titre d'exemple, de ce que s'interroger sur l'essence même du temps peut avoir de pertinent pour analyser ce dernier dans le champ de notre travail.

Nous avons décidé d'utiliser au cours de cet exposé les termes de temporalité et de temps comme exacts synonymes. Cependant, si nous avons estimé que cette assimilation était ici acceptable, elle n'en est pas pour le moins indiscutable. En effet, on pourrait, considérer la temporalité comme la conscience du temps, comme le temps en tant que notion humanisée. Mais la temporalité c'est le tempo, le rythme ; notion complémentaire à celle de la durée. Quant au temps, il serait un élément à l'existence indépendante, qui passe sans pouvoir être maîtrisé... C'est le temps astronomique des révolutions planétaires. Mais il est aussi une construction sociale, en ce sens qu'il est l'objet des calendriers et le jeu des représentations. Enfin, et ce n'est

³⁶ Saint Augustin, *Les Confessions*, livre XI, chapitre 14

pas l'élément le plus déroutant, il peut être encore plus incertain comme nous pouvons en saisir quelque chose dans le principe d'incertitude d'Heisenberg en mécanique quantique (nous ne pouvons pas spécifier à la fois exactement la position et la vitesse d'une particule, deux notions habituellement liées par le temps).

Ainsi, ce qui pouvait sembler n'être qu'un « point de sémantique » devient une parfaite occasion de s'interroger ontologiquement sur cette notion. Car, considérer que le temps existe « naturellement », comme un élément « physique », c'est se positionner au sein d'une querelle de la physique des particules entre Einstein et Heisenberg, ou philosophique opposant...Aristote et Saint Augustin ! Cette dernière nous semble particulièrement pertinemment expliquée par N. Fieulaine :

« De toutes ces difficultés métaphysiques que soulève la notion du temps, nous ne retiendrons que celle qui traverse toutes les autres, à savoir « le lieu » du temps. Depuis la querelle, à 7 siècles d'intervalle entre Aristote (La Physique IV) et Saint Augustin (Les Confessions, Livre XI), une des questions essentielles qui se pose à l'égard de l'ontologie du temps est de savoir s'il est situé dans le monde ou dans l'âme. En effet, le temps, contrairement à l'espace, n'est pas perceptible « en lui-même ». On peut user du mot temps comme d'une réalité agissante, constater des effets qu'on lui attribue, inférer son existence à partir des changements, mais on ne peut l'apercevoir en tant que tel. Dès lors, la question reste entière de savoir si ce temps, tout utile qu'il soit, recouvre un donné du réel, et si oui, lequel, ou bien s'il s'agit d'une construction purement psychologique pour saisir le réel et le maîtriser (cette question se réfère à celle de l'existence ou non du temps chez les « anciens », et à celle de son caractère subjectif ou objectif chez les « modernes »). Aristote considérait le temps comme originé dans le monde, et plus précisément comme nombre du mouvement qui anime les objets physiques (conception cosmologique). A l'inverse, Saint-Augustin (et d'autres à sa suite, quoique de manières différentes) considère le temps comme résidant dans l'âme, par sa distension vers le passé (les souvenirs) et le futur (les attentes), et cette distension de l'esprit comme l'origine de l'extension et de la mesure du temps (conception psychologique). Le temps pose donc de manière fondamentale et cruciale la question de sa nature, objective ou subjective, cosmologique ou psychologique. »³⁷

³⁷N. Fieulaine, Op. Cit p 26

Bien évidemment, il faudrait apporter nuance et détails à la distinction entre temps « physique » et temps « psychologique » telle que nous la présentons. Sur le fond et sur la forme, elle n'est pas aussi simple et dichotomique : Aristote lui-même reconnaît qu'il faut une âme pour saisir le temps ; et Saint-Augustin reconnaît la nécessité du changement des objets pour que l'âme crée le temps. De nombreux autres penseurs ont depuis largement étayé cette interrogation originelle³⁸.

Et puis finalement, ce n'est pas, dans le cadre de ce travail, l'opposition en tant qu'opposition qui compte. C'est d'une part, le fait qu'elle nous permette de conceptualiser les temporalités physiques et psychologiques, qui sont de précieux outils théoriques d'approche des différentes temporalités en médecine ; nous allons y venir. Et d'autre part, plus fondamentalement, en constatant l'importance de la place du temps dans le rapport de l'homme au monde, on perçoit la pertinence de s'y intéresser dans le champ de la santé : « *[qu'il] soit considéré comme la condition de toute pensée, comme le fondement de toute existence, ou comme le principe premier de tout réel, le temps est toujours abordé comme une dimension essentielle et incontournable* »³⁹.

II.2. Le temps : le médecin, le malade et sa maladie

« *Le temps est la mesure de toute chose, la médecine n'échappe pas à son joug* »⁴⁰.

De façon didactique, on peut distinguer 4 temporalités majeures dans le champ de la santé : la temporalité du malade, celle du médecin, la temporalité de la maladie elle-même et enfin, la temporalité sociale. Il s'agit de proposer un modèle explicatif distinguant ces quatre dimensions, à la lumière de cette dichotomie entre temps biologique et temps psychologique. Comme tout modèle il est sans réalité, il n'est que le support de construction pour un repérage des interactions temporelles qui nous intéressent.

II.2.1. Temporalité de la maladie : le temps biologique

Chaque maladie possède une temporalité propre, celle de son histoire naturelle, qui relèverait du temps biologique. Elles possèdent un rythme évolutif prédictible quant à leur durée ou leur rythme. Le délai d'incubation d'une pathologie infectieuse, celui d'apparition de complications

³⁸N. Fieulaine, Op. Cit p 26-27

³⁹N. Fieulaine, OP. Cit p27

⁴⁰P. Cornet & al. *Concordance des temps, une grammaire de la temporalité en médecine générale*, 2019, à paraître.

liées à un diabète de type 2 non traité, celui dont dispose un cardiologue ou un neurologue pour intervenir et tenter de sauver du terrible caillot l'organe et donc la personne...sont la preuve qu'en santé, le temps biologique, celui de la maladie, est le premier qui s'impose.

Pour autant, il n'est pas l'unique. Ce temps de l'evidence based medicine (EBM) ou médecine fondée sur les données probantes est « *la toile de fond, le cadre qui organise les étapes du soin* »⁴¹. Mais il ne saurait à lui seul définir les enjeux temporels qui se jouent dans une relation de soin : l'impact des temporalités que nous nommerons psychologiques, celles du malade et du médecin la complexifient, et donnent corps à ce qu'est vraiment la médecine, une subtile navigation entre les données probantes et la question des valeurs.

II.2.2. Temporalité du malade et temporalité du médecin : le temps psychologique

Chaque soignant s'est déjà retrouvé confronté à ce type de questions : « Pourquoi ce patient a-t-il tant attendu avant de se faire soigner ? », « Pourquoi ce patient consulte-t-il aux urgences pour un problème qui pouvait attendre ? », « Pourquoi tout d'un coup, cela devient-il urgent ? ».

Ces questions, si fréquentes et partagées par nombre de soignants, pour trouver réponse imposent une écoute attentive du malade et une mise à distance de ses propres représentations quant à un idéal de conduite à tenir.

II.2.2.1. Le temps du malade

Il convient de comprendre que le temps nécessaire à une personne pour « *devenir malade* »⁴², est par nature variable. Puisque l'apparition d'une maladie est une « *catastrophe intime* »⁴³ comme le pense C. Marin, ébranlant l'être dans ses fondements, alors les mécanismes expliquant des retards à la consultation tels que le déni, la peur de la maladie, la minimisation des symptômes, mais aussi les difficultés d'accès aux soins...doivent être compris comme nécessaires à l'appropriation symbolique de ce qui arrive au patient. Ainsi, si l'on considère que la maladie est bien plus qu'une entité biologique et si l'on admet que le prendre soin n'a de sens que s'il permet au patient de continuer à vivre et non pas seulement à survivre, alors le médecin se doit d'entendre le rythme du malade.

Le cas de la maladie chronique est également intéressant à appréhender à la lumière du rapport au temps car il est un élément majeur au travers duquel la maladie conditionne le quotidien des

⁴¹P. Cornet & al. op. Cit

⁴²P. Cornet & al., Op. Cit

⁴³C. Marin, Op. Cit

patients. Ainsi, les prises de traitement à heure fixe, les multiples consultations imposant déplacements puis attentes, l'implication nécessaire dans la durée...expliquent la difficulté à s'y tenir et illustrent comment le temps du malade et celui de la maladie inter-communiquent pour créer à chaque fois, une histoire individuelle.

Le temps est ce qui permet à la maladie de s'écrire et donc de s'inscrire dans la vie des patients.

Mais analyser les comportements des patients à la lumière de leur rapport au temps permet également de répondre à la problématique si souvent rencontrée, de la consultation en urgence pour quelque chose ne relevant pas de l'urgence au sens médical du terme. Dans le contexte actuel d'un système de santé sous tension, il faut reconnaître que ces comportements sont souvent mal vécus par les soignants, notamment dans les soins de premier recours. L'interrogation n'est donc pas futile. L'anxiété importante permet parfois à elle-seule de justifier ce sentiment d'urgence mais ce n'est pas toujours le cas. P. Cornet explique que l'on peut comprendre l'impatience d'un patient n'acceptant ni délai, ni attente, ainsi :

« Sa temporalité est prise dans le processus d'accélération propre à la modernité : informations permanentes, moyens de transport ultrarapides, fast-food, services multiples allant au-devant des besoins. Ne rien manquer du grand vertige du monde, la parenthèse consultation doit s'ajuster à l'agenda et le médecin répondre à son diktat. Cette précipitation vis-à-vis des choses du quotidien est le témoin du processus d'accélération de la modernité qui consiste à faire accroire la nécessité de gagner du temps ou au moins de ne pas en perdre. Chaque question, chaque interrogation, chaque doute doit avoir une solution rapide. La réalisation de soi passerait par l'accumulation des expériences dans des laps de temps de plus en plus courts. L'expérience est synonyme d'usage, autrement dit « du fait d'employer quelque chose pour sa consommation, pour ses besoins personnels » (Larousse). Le patient devient un usager, le médecin un prestataire. Tout obstacle à son agenda viendrait gâcher l'ordonnancement de son temps personnel. Grâce à la Théorie Critique, cette analyse nous permet de comprendre l'exigence des patients à être reçus dans l'urgence non pas du fait de leur état de santé mais de leur rapport au temps. »⁴⁴

⁴⁴P. Cornet & al, Op. Cit

Comme toute activité humaine, soigner s'exerce dans un contexte socio-culturel et ne peut se défaire des contraintes notamment temporelles qui en sont constitutives. Ceci constitue d'ailleurs une des composantes de ce que nous appelons, la temporalité du médecin, et nous aurons donc l'occasion d'y revenir.

II.2.2.2. Le temps du médecin

L'omniprésence des considérations temporelles dans la pratique de soin ne relève pas uniquement d'une démarche épistémologique : il s'agit du quotidien des médecins et d'une parfaite illustration de ce que nécessite le prendre soin. Car ce que ces interrogations questionnent finalement, c'est la question de la subjectivité du rapport au temps et plus globalement celle de la confrontation des valeurs dans la relation soignante.

Dans la relation de soin, le rôle du médecin est d'orchestrer les différentes temporalités en jeu : prendre en considération la temporalité du malade tout en gardant en tête celle imposée par la maladie. La tâche est difficile car il s'agit finalement trouver le bon équilibre (ou le moins mauvais?) entre le corps existentiel du patient et son corps biologique.

Ainsi, s'il se laisse trop guider par la formalisation du temps biologique que sont les recommandations de bonnes pratiques, le médecin « *risque la rupture relationnelle. Il aggrave le risque de non-observance et favorise le repli du patient sur ses valeurs qu'il ne peut exprimer.* »⁴⁵ A l'inverse, une marche aveugle au rythme du malade est un manquement à la déontologie. Le médecin se doit de prévenir, d'accompagner le patient dans un monde qu'il ne connaît pas encore, celui de la maladie.

A ces considérations temporelles, se rajoutent celles du médecin lui-même. Tout d'abord, en tant qu'individu, il possède son propre rapport au temps. Ensuite, les contraintes de la médecine moderne, se cristallisent autour de la problématique du manque de temps. Elle est elle aussi soumise aux phénomènes d'accélération temporelle décrits par H. Rosa⁴⁶ : pour gagner en efficacité tout en réduisant les dépenses de santé, il s'agirait sans cesse de gagner du temps. Le manque de médecin imposerait par exemple de réduire les durées de consultation pour pouvoir recevoir plus de patients. Mais le calcul fait est-il le bon ? Car si gagner dans l'efficacité du *cure* se fait au détriment de 'l'efficacité' du *care*, soigne t-on vraiment ?

⁴⁵P. Cornet & al. Op. Cit

⁴⁶H. Rosa, Op. Cit

Les interrogations sur le temps devraient concerner toutes les médecines. Cependant, il semble clair que cette problématique prend particulièrement sens dans le cadre des soins premiers, pilier du suivi : « *Le temps, en médecine générale, apparaît comme un allier pour le médecin : il « tempore » les situations cliniques pour affiner son diagnostic. Il compose avec les prévalences, intègre les probabilités, et surveille l'évolution ; il est un médiateur de sens bien au-delà d'une rationalité causale d'une médecine de l'organe.* »⁴⁷

Le temps du médecin est donc à la fois un outil d'appréhension de la complexité du prendre soin mais aussi le cadre définit socio-culturellement dans lequel il inscrit sa pratique. Cet enracinement de la pratique soignante mais aussi plus largement de la maladie dans une réalité sociologique définit la quatrième dimension des temporalités à l'œuvre dans le champ de la santé.

II.2.2.3. La temporalité sociale : un temps psychologique ?

La temporalité sociale de la maladie correspond à l'inscription dans la société de tout ce qui constitue la santé. Ainsi, elle revêt plusieurs réalités.

En premier lieu, il peut s'agir du temps institutionnel. Les arrêts de travail, leurs prolongations éventuelles, les mises en invalidité, les mi-temps thérapeutiques, les postes à horaires adaptés...sont autant de dispositions qui impactent :

- le corps social qui doit trouver des moyens pour faire avec le temps dont nécessitent ses membres lorsqu'ils sont malades.
- l'individu malade dans son rapport à ce corps social. Vertueuses médicalement, elles peuvent paradoxalement rajouter de la peine à la peine : pertes de revenus, isolement social, sentiment d'inutilité, regard parfois négatif porté par les autres...

Une autre acception du temps social est celui déjà évoqué qu'imposent aux professionnels de santé les contraintes administratives inhérentes au système de soin actuel. Nous n'y reviendrons pas.

⁴⁷P. Cornet & al. Op. Cit

Le temps social peut aussi être celui que la société met à admettre certaines réalités médicales. Ainsi l'endométriose, maladie à forte prévalence, aura mis très longtemps avant d'être reconnue comme telle. Longtemps, à la faveur de représentations sociales erronées supputant une normalité des dysménorrhées, cette maladie, chronique, au substrat biologique bien compris maintenant, aura été l'objet d'une dystemporalité entre la femme qui en souffrait, la société dans laquelle elle évoluait, dont le corps médical. La légitimation médicale de cette symptomatologie a permis une reconnaissance sociale des patientes et aux quatre temporalités de confluer. Ce phénomène est loin d'être exceptionnel puisque nous savons que l'évolution d'une représentation sociale se réalise sur plusieurs décennies⁴⁸.

Enfin, abordons la question du temps social comme élément structurant du temps individuel. Nous avons évoqué en avant-propos, que le rapport au temps était un marqueur fort d'appartenance socio-culturel. Nous considérons, à l'instar de nombreux penseurs contemporains, que nous sommes aujourd'hui dans le monde de la post-modernité dont le rapport au temps est soumis à l'accélération temporelle, à « *l'urgentification* »⁴⁹. En opposition aux sociétés de l'aire de la pré-modernité ou de la modernité attachées à la transmission et aux transformations à venir, la post-modernité serait concentrée sur l'instantanéité et l'évanescence d'un présent qui disparaît sitôt qu'il apparaît. Les conséquences en seraient l'anomie, la perte de sens dans les deux acceptions de ce terme, significationnel et directionnel. Si la théorie de la post-modernité est critiquable et critiquée, nous faisons l'hypothèse qu'elle est particulièrement pertinente pour comprendre le rapport au monde et donc au temps, des personnes en situation de précarité.

Le temps social, temps des contraintes matérielles imposées par des choix politico-socio-culturels, est aussi celui qui permet d'appréhender l'individu comme membre du corps social. Si nous avons présenté les trois autres dimensions identifiées comme constitutives du temps en santé selon la dichotomie du temps biologique et du temps psychologique, qu'en est-il du temps social ? Est-il de l'ordre de la psychologie collective ? Si oui, est-il la somme des psychologies individuelles des membres qui composent le groupe ? Ou bien est-il plus que cela ? Et ne partage-t-il pas avec le temps biologique la caractéristique de contraindre l'individu à s'adapter à un rythme ? La modélisation du temps social nous permet de dépasser la

⁴⁸ Sur ce point nous pouvons nous référer aux travaux de JC Abric sur les modifications du noyau central des représentations sociales. JC. Abric L'étude expérimentale des représentations sociales. In: Les représentations sociales. Presses universitaires de France; 1989. p. 187- 203.

⁴⁹J. Furtos, *De la précarité à l'auto-exclusion*, Ed Rue d'Ulm/Presses de l'École normale supérieure, 2009

dichotomie initiale entre temps psychologique, purement subjectif et temporalité biologique objective pour appréhender que l'ancrage social individuel (par exemple pour nous la précarité) conditionne le rapport au monde mais aussi qu'un rapport au temps partagé peut être le signe d'une même appartenance groupale.

Forts de ces constats nous pouvons mener notre réflexion à partir de la synthèse suivante : la maladie est absurde, elle ne se comprend que comme une expression de l'entropie biologique qui conduit tout être vivant à la mort. Pour autant elle constitue une expérience individuelle, expérience qui ne devient supportable que si elle s'inscrit dans une symbolique. Pour ce faire le sujet malade inscrit du sens dans son récit ce qui contribue à la cohérence de son histoire. Cette dernière ne peut être produite qu'inscrite dans un ancrage social et régit par un rapport singulier au temps.

MATÉRIEL ET MÉTHODE

La question de recherche nous a fait préférer une approche qualitative phénoménologique inductive. Phénoménologique pour s'intéresser au rapport précarité-temporalité, inductive puisque nous interpréterons à mesure des résultats les significations cumulées des données.

I. Méthode bibliographique

Les recherches bibliographiques se sont déroulées dès l'amont du recueil de données afin d'approprier les problématiques clés, puis poursuivies durant tout le travail d'entretiens afin d'approfondir nos connaissances et d'enrichir la discussion qui allait suivre.

Les mots-clés utilisés ont notamment été : « précarité », « femmes », « représentations », « parcours de vie », « maladie », « temporalité ». Mais en réalité, plus que les mots clés séparés, c'est leurs combinaisons qui se sont montrées pertinentes : « temporalité et maladie », « temporalité et précarité », « sens de la maladie », « vécu de la maladie », « femmes et précarité »...

Les sources utilisées ont été Cairn, le catalogue du Système Universitaire de Documentation (SUDOC), Google, Pubmed et Cismef. De plus, nous avons utilisé les bibliographies des différents documents consultés. Si nous avons trouvé une littérature abondante en sciences humaines et sociales sur le lien entre sens de la maladie, temporalité et femmes en situation de précarité, ce n'était pas le cas de la littérature médicale. Notre travail a l'ambition de constituer une approche originale de cette problématique.

II. Journal de bord

Le journal de bord (ou carnet de recherche)⁵⁰ est un outil privilégié dans une démarche d'écriture réflexive. Il permet l'auto-formation et surtout, le développement d'une pensée autonome.

Pour notre part, il s'agissait d'un cahier, que nous utilisions pour noter nos réflexions personnelles alimentées par les entretiens, les lectures, les réunions de travail avec notre directeur de thèse, ou tout autre élément croisé durant toute la durée de notre travail et qui nous semblait faire écho avec lui. Ainsi des remarques faites par des confrères, par des proches, ou même des bribes de discours entendues à la radio.

Le fermer, puis y revenir quelques semaines ou même mois plus tard était souvent l'occasion de redécouvrir certaines pensées, de façon plus nuancée ou d'en comprendre la complexité. Cela a souvent été aussi l'occasion de l'émergence de nouveaux liens entre les thématiques ou de nouvelles mises en perspective.

III. Déconstruction des a priori

La question de la neutralité du chercheur est un point qui agite le monde des sciences humaines. Si la sociologie classique invite à cette position de hauteur comme mise à distance des émotions du chercheur, saisi qu'il serait dans la rationalité et la connaissance, des courants modernistes entament largement cette vision « hors sol » du chercheur en sciences humaines. De fait, il s'agit davantage de faire avec ses émotions plutôt que croire qu'il serait possible de les réduire au silence le temps de l'enquête. L'interaction enquêté-enquêteur est inhérente à la situation de l'échange. Sur ce point de querelle C. Papinot propose : « *de remiser ces pseudo-concepts au rang de " mauvais génie des sciences sociales" et de repenser ces "péripéties" inattendues de l'enquête, non comme des anecdotes intempestives, mais comme des sources possibles de compréhension de l'objet* »⁵¹. Nous devons être en capacité d'appréhender nos émotions comme

⁵⁰ A. Gélinas, A-S Ruest-Paquette, A. Lilia, S. Forte, M. Cotnam-Kappel, C. Fallu, L. Bartosova. (2012) La réflexivité : exercice pédagogique et outil d'accompagnement aux cycles supérieurs, dans *Revue internationale de pédagogie de l'enseignement supérieur*, 28-2.

⁵¹ Papinot C. Erreurs, biais, perturbations de l'observateur et autres « mauvais génies » des sciences sociales. *SociologieS* (en ligne), dossiers, Pourquoi parle-t-on de sérendipité aujourd'hui ? Mise en ligne le 19 novembre 2013, consulté le 6 avril 2017. URL : <http://sociologies.revues.org/4534>

des reflets de nos valeurs. En effet, il n'est pas de sujet au monde qui en ait une représentation. Se représenter le monde c'est attribuer aux éléments qu'on en saisit une valeur symbolique (un sens). C'est ainsi que tout devient objet de représentation — on appelle objet, une chose, une idée, un concept, un schème, une figure, ... —. Pour D. Jodelet il s'agit « *d'une forme de savoir pratique reliant un sujet à un objet* »⁵². Il n'y a pas de représentation sans objet, mais non plus sans interprétation, c'est-à-dire sans symbolisation : la représentation sociale est génératrice de sens. Au cours des entretiens les sollicitations du chercheur se chargent de sens pour l'enquêté et réciproquement, ses réponses sont interprétées par le chercheur. Le travail préalable de déconstruction des *a priori* protège des amalgames potentiels de la relation interactionniste et est perçue comme essentielle au repérage de ses propres représentations de l'objet d'étude.

Le choix de travailler sur la précarité s'est fait par intérêt personnel pour cette situation sociale particulière. Nous avons déjà des connaissances sur le sujet puisque nous avons participé à un Diplôme Universitaire (DU) sur le sujet l'année précédant le début du travail de thèse. Cependant, aborder cette problématique sur le versant du rapport au temps, si elle nous est apparue comme pertinente durant la réalisation de ce DU, n'entraînait pas chez nous d'idée précise sur ce que nous allions trouver. Cependant, dans notre position de médecin, nous avons eu le pressentiment que le rapport au temps chez les patients en situation de précarité devait être différent et conditionné par leurs difficultés quotidiennes. Concernant les femmes, nous nous attendions à avoir des difficultés à libérer leur parole. Enfin, nous avons peur de nous retrouver face à des difficultés d'élaboration sur le sens de la maladie : non pas par incapacité factuelle mais par manque de disponibilité d'esprit. Nos patientes nous ont prouvé que nous avons largement tort sur ce dernier point.

⁵² D. Jodelet, Les représentations sociales. Coll. Sociologie d'aujourd'hui, éd. PUF, Paris, 2009, p.59

IV. Entretiens par récits de vie

Dans le cadre de la méthodologie retenue pour ce travail, nous avons opté pour un recueil de données par entretiens de type récit de vie⁵³. Nous allons ici présenter ce type de recherche sans chercher ‘l’exhaustivité théorique’ mais en pointant du doigt quelques aspects spécifiques afin d’illustrer la pertinence de ce choix méthodologique dans le cadre de notre travail.

Le récit de vie est, selon D. Bertaux, une forme particulière d’entretien, compréhensif et narratif, au cours duquel « un « chercheur » [...] demande à [...] un « sujet », de lui raconter tout ou partie de son expérience vécue. »⁵⁴ Ainsi, il y a du récit de vie dès qu’il y a description sous forme narrative d’un fragment de l’expérience vécue.

IV.1. Éléments généraux sur la méthode de recueil de données par entretiens

IV.1.1 L’entretien de recherche : nécessité de problématisation et de rigueur méthodologique.

Comme le dit L. Sifer-Rivière, « la pratique de l’entretien n’est pas réservée au seul domaine de la recherche »⁵⁵. La définition du Larousse, d’un entretien (en excluant bien entendu les homographes) est : « une conversation suivie avec une ou plusieurs personnes »⁵⁶. Ainsi, on peut considérer la recherche par entretiens, comme le fait remarquer JC. Kaufmann, comme « une méthode économique et facile d’accès » où il suffirait d’enregistrer une discussion avec une personne, de retranscrire et d’utiliser des informations recueillies comme illustratives des idées développées. La méthode serait « molle, [...], suspecte a priori »⁵⁷.

Dans cet *a priori* se logent deux erreurs. La plus fondamentale est d’oublier que pour que l’on puisse parler de *recherche* par entretiens, il faut qu’il y ait élaboration d’une *question de recherche*, ce qui n’existe pas dans une ‘simple discussion’ : « l’entretien qui nous concerne ici se comprend donc par rapport à l’activité de recherche et à ses stratégies, c’est à dire à une

⁵³ En anglais, « life history ». Le terme de récit de vie a été introduit en France en 1976 par D Bertaux. Initialement, on utilisait une traduction plus littérale « histoire de vie ». Or, on perçoit bien la nuance que l’auteur a voulu apporter : le récit qui en est fait plus que les faits eux-mêmes.

⁵⁴ D. Bertaux *Le récit de vie*. Coll. 128 tout le savoir, éd. Armand Colin, 4^{ème} édition, 2016, p. 11

⁵⁵ L. Sifer-Rivière. « Enquêter par entretiens : se saisir du discours et de l’expérience des personnes », in *Les recherches qualitatives en santé*. Dir, J. Kivits, F. Balard, C. Fournier, M. Winance, Coll U, éd. Armand Colin, 2016, p. 86

⁵⁶ Définition du dictionnaire Larousse, [en ligne] <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/entretien/30081>

⁵⁷ JC. Kaufmann. *L’entretien compréhensif*. Coll. 128, éd. Armand Colin, 4^{ème} édition, 2016, p. 9

question inscrite dans un débat scientifique et associée à un terrain à partir duquel sera constitué un matériau empirique »⁵⁸.

La deuxième erreur, porte sur le caractère supposé ‘facile’ de la méthode. La rigueur scientifique de cette méthode de recherche ne peut être appréhendée que par la lecture d’ouvrages théoriques consacrés au sujet. Ceux-ci permettent, tout d’abord de donner un cadre méthodologique précis sur les différentes phases de réalisation du travail et de répondre à la question du comment (recruter, élaborer un guide d’entretien, mener un entretien, analyser les données...). La densité des conseils prodigués peut d’ailleurs donner le tournis : *« L’apprenti-chercheur ouvre donc des manuels pour perfectionner ses outils. Et il découvre que le moindre sourire de l’enquêteur influence les propos de l’interviewé : tout doit être tellement étudié et contrôlé dans la conduite d’entretien qu’il devient très délicat de parler. Que l’analyse de contenu doit répondre à des règles tellement exigeantes qu’il ne voit pas comment les appliquer »⁵⁹.*

Cependant, au-delà de l’aspect technique, ce que ces ouvrages nous apportent surtout, c’est la compréhension du cadre conceptuel entourant cette méthode. Le ‘pourquoi’ en plus du ‘comment’.

IV.1.2. Pourquoi enquêter par entretien ?

IV.1.2.1. Comprendre un phénomène

Comme toutes les méthodologies qualitatives, l’entretien de recherche permet une approche compréhensive d’un phénomène dans son contexte⁶⁰. Mais *« [si] l’observation directe reste la méthode à privilégier pour étudier les pratiques et leurs dimensions informelles (Arborio, Fournier, 2015), l’entretien contribue à en enrichir la valeur informationnelle et cognitive (Schwartz, 1993), à éclairer les conduites individuelles et collectives, les formes d’action, les collectifs d’appartenance »⁶¹. En d’autres termes, « l’entretien permet d’appréhender et de cerner le rapport que la personne, à partir de son expérience, noue aux faits plus que les faits eux-mêmes »⁶² : le vécu, le ressenti, le sens donné.*

⁵⁸ L. Sifer-Rivière. Op. Cit. p86

⁵⁹ JC. Kaufmann OP. cit. p 9

⁶⁰ L. Cote L, J. Turgeon. *Comment lire de façon critique les articles de recherche qualitative en médecine*. Pédagogie médicale. 2002 ; 3(2):81-90. DESPRES Caroline – La Santé de l’homme n° 422 – octobre-novembre 2012 – INPES

⁶¹ L. Sifer-Rivière. Op.cit. p 87

⁶² L. Sifer-Rivière. Op. Cit. p87

IV.1.2.2. Du singulier au collectif ?

Il est une critique fréquente quant à l'impossibilité, pour un enquêteur de vérifier la véracité des propos recueillis par entretien, ce qui participe à l'idée qu'il ne peut s'agir d'une méthode rigoureuse de recueil de données, ou que celles-ci ne peuvent être que partiellement fiables. Non pas que les enquêtés mentiraient systématiquement à dessein, mais raconter, se raconter, peut-il se faire sans subjectivité ? Or, si l'on considère que l'intérêt spécifique de cette méthode est, plus que le recueil des événements, le rapport entretenu par l'interviewé à ces derniers, alors c'est précisément cette subjectivité qui est recherchée : le vécu plus que les faits « *dont l'analyse permet de traduire les conduites et les épreuves individuelles en enjeux collectifs et de donner aux enjeux collectifs une dimension individuelle (Kaufmann, 2014 ; Ramos, 2015) »*⁶³. Car la clé de la 'scientificité' de cette méthode est là : l'aspect compréhensif de l'entretien est « *[à comprendre au sens] wébérien le plus strict, c'est à dire quand l'intropathie n'est qu'un instrument visant l'explication, et non un but en soi ou une compréhension intuitive qui se suffirait à elle-même. L'objectif principal de la méthode est la production de théories (...).* »⁶⁴

En ce qui concerne la méthodologie par récit de vie, D. Bertaux utilise une métaphore éclairante pour donner à comprendre l'intérêt d'un récit singulier pour appréhender un phénomène sociologique, structurant et collectif :

*« [Un] récit de vie, qui décrit le parcours d'un individu dans l'espace social-historique d'une société donnée, peut-être comparé – sous l'angle de la connaissance de cette société – à une fusée éclairante. L'approche considérée ici propose de considérer les récits de vie comme autant de fusées éclairantes des situations et des contextes sociaux traversés. Des soldats progressant de nuit dans un environnement accidenté qu'ils ne connaissent pas tirent des fusées pour éclairer un instant les contextes physiques, les reliefs, les dangers potentiels. Chaque fusée en révèle quelques détails, pour peu évidemment que l'on concentre l'attention non pas sur elle, mais sur ce qu'elle révèle autour d'elle dans sa course »*⁶⁵.

⁶³ L. Sifer-Rivière. Op. Cit. P 87.

⁶⁴ JC. Kaufmann. Op. Cit p 11

⁶⁵ D. Bertaux. Op. Cit. p. 8

IV.1.2.3. Entretien de recherche en santé : un écho à l'entretien clinique ?

Enfin, enquêter par entretiens, c'est se rapprocher de l'entretien clinique. En effet, « *dans l'entretien clinique, alors que le patient se centre sur l'expérience qu'il présente, le thérapeute se place dans une position sémiologique par rapport au discours du patient : pour lui, le discours est indice, symptôme, et non seulement transmission d'informations. La dimension sémiologique de l'entretien clinique constitue [un point] de rapprochement avec l'entretien de recherche. Elle souligne aussi sa dimension cognitive : le thérapeute, comme l'interviewer, visent à produire certaines formes de compréhension de l'autre et de son rapport au monde.* ».⁶⁶ Si ceci est valable pour tous les types d'entretiens, elle l'est particulièrement pour l'entretien dit compréhensif dont font partie les récits de vie, comme nous allons le voir maintenant.

IV.2. Le récit de vie, un entretien compréhensif : concordances et discordances avec l'entretien clinique

Le récit de vie est un entretien de type compréhensif, c'est à dire où « *'enquêteur s'engage activement dans les questions, pour provoquer l'engagement de l'enquêté* »⁶⁷ en opposition à l'entretien impersonnel dans lequel « *à la non-personnalisation des questions fait écho la non-personnalisation des réponses* »⁶⁸.

IV.2.1. La question de l'engagement

Cet « engagement » de l'interviewer, n'est pas incompatible avec le principe de non-directivité qui régit l'entretien de type narratif (également appelé entretien non-directif). Il s'agit, comme l'explique L. Sifer-Rivière, d'accepter et d'accueillir le discours, de le laisser libre dans son expression mais en même temps d'inciter à faire dire. Bien entendu, le maître mot est de ne pas influencer le contenu de la parole. Mais ces entretiens restent des événements uniques, des rencontres. D. Bertaux résume donc ainsi la clé pour qu'un récit de vie soit riche et réussi : « *Vous pouvez et devez l'y aider de deux manières : en manifestant par votre attitude l'intérêt que vous portez à ce qu'il vous raconte ; et en l'interrompant le moins possible, sauf pour l'encourager* »⁶⁹.

Cet engagement n'est pas sans rappeler celui du soignant face à son patient.

⁶⁶ A. Salazar-Orvig, M. Grossen, *Le dialogisme dans l'entretien clinique*, Langage et société 2008/1 (n° 123), p. 37-52. DOI 10.3917/ls.123.0037

⁶⁷J.C. Kaufmann, Op. Cit p 18

⁶⁸J.C Kaufmann, Op. Cit p 19

⁶⁹Bertaux D. Op. Cit p

IV.2.1.1. Attitude et neutralité

Pour réussir un entretien compréhensif, l'attitude de l'enquêteur est fondamentale : « [celui] *qui reste sur sa réserve empêche l'informateur de se livrer [...]. Pour cela c'est l'exact opposé de la neutralité et de la distance qui convient : la présence, forte bien que discrète, personnalisée* »⁷⁰.

Ici, JC. Kaufmann utilise le terme de neutralité dans le sens d'impartial, d'indifférent, de celui qui ne prend pas partie. Il l'associe d'ailleurs au mot distance. Dans les cours de relation médecin-malade, on préconise pourtant aux futurs praticiens d'adopter une attitude de « neutralité bienveillante ». L'adjonction du mot bienveillance change-t-il le sens du mot neutralité ? Ou est-ce le mot neutralité qui n'a pas le même sens dans cette expression ? MF. Dispaux rappelle que cette expression a été utilisée en France pour la première fois en 1937 par E. Bergler. Dans l'introduction de son article sur *La neutralité à l'épreuve clinique du quotidien*⁷¹, elle explique que Freud, dans « Conseils aux médecins », propose de « *prendre le chirurgien comme modèle, en laissant de côté toute réaction affective et jusqu'à toute sympathie humaine pour n'avoir qu'un seul but : mener aussi habilement que possible son opération à bien* ». Mais, dans une lettre à un pasteur, citée par MF. Dispaux, il enjoint à ne pas avoir une attitude froide et passive qui pourrait augmenter les résistances. On sait par ailleurs, que Freud a entretenu des relations tout du moins amicales avec certains de ses patients. Incohérence ? Non, il semble que « *cette neutralité n'exclut ni la sympathie ni un véritable investissement du patient* »⁷². La neutralité n'est donc pas ici synonyme d'indifférence : il s'agit de respecter les valeurs et la singularité du patient « *sans chercher à le modeler selon ses propres vues* »⁷³.

Finalement, c'est bien cela que conseille JC. Kaufmann⁷⁴. Et cela n'est pas sans rappeler les préconisations de C. Rogers sur l'écoute active bienveillante empathique.

⁷⁰Kaufmann J-C. Op. Cit p 52

⁷¹Dispaux, M-F. « La neutralité à l'épreuve de la clinique au quotidien », *Revue française de psychanalyse*, vol. 71, no. 3, 2007, pp. 669-685.

⁷²Dispaux M-F. Op Cit

⁷³Dispaux M-F. Op. Cit

⁷⁴ A propos de la question de la neutralité du chercheur, voir plus haut dans *Déconstructions des a priori* la référence à C Papinot.

IV.2.1.2. Attitude et empathie

L'écoute bienveillante empathique consiste « *en l'absorption de l'histoire du patient sans offrir d'avis ou d'informations* »⁷⁵ et comporte trois éléments clés : la congruence, le regard positif inconditionnel et l'empathie, que nous avons retrouvés dans la méthode d'entretien compréhensif décrite par JC. Kaufmann : « *L'enquêteur doit avant tout être aimable, positif, ouvert à tout ce que dit son vis-à-vis [regard positif inconditionnel]* » ; « *L'informateur comprend en effet que l'attitude de l'enquêteur n'était pas du bluff, un simple masque de politesse, mais qu'il s'intéresse vraiment à lui en tant que personne [congruence], qu'il s'y intéresse tellement qu'il a su pénétrer au cœur de son monde, qu'il comprend son système de pensée et manie ses propres catégories comme lui-même le ferait [empathie].* »⁷⁶

Pour en savoir plus :

La congruence ou authenticité est définie comme le fait d'être cohérent dans son expression, dans son ressenti, dans sa pensée, dans son discours et dans son action.

Le regard positif inconditionnel ou degré d'affectation positive ou chaleur ou non-jugement : le discours, la personne sont acceptés et entendus tels qu'ils sont.

La compréhension empathique est la capacité du thérapeute à comprendre ce que ressent le patient (que cela soit exprimé verbalement ou non), non pas à partir de son propre système de valeurs mais à partir de celui du patient. Il s'agit d'une écoute active qui permet l'interaction via la répétition et la reformulation.

Nous avons vu que l'entretien de recherche et notamment l'entretien compréhensif dont relèvent les récits de vie, présentait de nombreuses similitudes avec l'entretien clinique. Cela prouve donc bien la pertinence particulière du recours à ce type de méthodologie dans le champ de la recherche en santé. Cependant, similitude ne signifie pas écho parfait, comme nous allons le voir maintenant.

⁷⁵C. Pelisson, op. Cit

⁷⁶JC. Kaufmann J-C. Op. Cit 51

IV.2.2. La finalité de l'entretien

Il peut sembler évident que les finalités de l'entretien clinique et l'entretien de recherche ne sont pas les mêmes. Pour l'entretien sociologique, c'est d'aller de la singularité du cas, à la généralisation. A l'inverse, l'entretien clinique a pour but de singulariser ce patient précis, par son histoire, ses symptômes, ses représentations...ses *valeurs* en somme, pour adapter au mieux le soin : il s'agit de l'approche centrée-patient.

« [Si] l'entretien de recherche a pour but principal de produire des connaissances sur l'objet d'étude en jeu, l'entretien clinique vise quant à lui à établir un diagnostic (ou plus généralement une évaluation), à prendre le patient en charge et, surtout, à provoquer un changement chez lui. (...) Si, comme l'entretien de recherche, il est outil d'investigation, il est donc aussi outil d'intervention. En d'autres termes, c'est la dimension praxéologique qui marque la spécificité de l'entretien clinique dans le genre 'entretien'. »

Notons cependant, plusieurs objections à cette différenciation praxéologique.

IV.2.2.1. L'aspect interventionnel de l'entretien : raconter sa vie peut-il être sans impact ?

Tout d'abord, dans le cas précis des récits de vie, il serait faux de considérer que l'entretien n'est absolument pas interventionnel : si la finalité n'est pas d'induire du mouvement chez l'interviewé, comment penser qu'il s'agit de quelque chose de totalement neutre ? Dans le cas de notre travail, il nous est rapidement apparu que de livrer sa vie, son rapport à la vie en situation de précarité, n'était pas neutre émotionnellement. De même, l'engouement de certaines personnes pour participer à l'étude (y compris d'ailleurs de personnes ne répondant pas aux critères d'inclusion) montrait bien que cet entretien n'était pas dénué de sens pour eux. Nous aurons l'occasion de revenir plus longuement sur cette question. Mais il semble évident que si, contrairement à l'entretien clinique, l'aspect interventionnel n'est pas une finalité du récit de vie, il en est malgré tout un corollaire important.

IV.2.2.2. L'entretien clinique, un outil au service de la science médicale ?

Ensuite, questionnons l'idée que l'entretien clinique ne permet que l'acquisition de connaissances sur un patient singulier. Cela ne pourrait-il pas amener le médecin à acquérir un savoir plus général ? Envisageons ainsi deux finalités à l'entretien clinique. La première serait donc, ce prendre soin individualisé. Mais la deuxième pourrait être de considérer que chaque entretien clinique, s'il est l'objet d'une élaboration et d'une mise en perspective, permet une appréhension du général à partir du singulier. La position du médecin, pourrait ainsi être une formidable opportunité de saisir le pourquoi et le comment de certains comportements humains. Et de le mettre à profit pour mieux soigner d'autres patients ainsi que pour faire avancer la science médicale. Car c'est bien de connaissances médicales dont nous parlons ici. Bien souvent, les études qualitatives en santé sont présentées comme 'interdisciplinaires' : en faisant appel à d'autres domaines de connaissance, elles ne peuvent être essentiellement médicales. Il s'agirait d'études de sociologie ou d'anthropologie de la santé : cet argument de l'interdisciplinarité serait ainsi utilisé comme un excursus vers un point de vue extérieur, voire étranger, à la science médicale. Ainsi, s'interroger sur les représentations de la maladie, sur le vécu des patients ou celui des soignants... ne serait pas vraiment de la médecine. Il s'agit d'une tendance forte, consistant à considérer que la « vraie médecine » est uniquement celle fondée sur les données probantes (Evidence Based Medicine, EBM). Déjà en 1959, G. Canguilhem s'étonnait :

« N'est-ce pas surprenant que l'enseignement de la médecine porte sur tout, sauf sur l'essence de l'activité médicale et qu'on puisse devenir médecin sans savoir ce qu'est et ce que doit être un médecin ? A la Faculté de médecine, on peut apprendre la composition chimique de la salive, [...] le cycle vital des amibes intestinales de la blatte de cuisine, mais il y a des sujets sur lesquels on est certain de ne recevoir jamais le moindre enseignement : la psychologie du malade, la signification vitale de la maladie, les devoirs du médecin dans ses relations avec les malades [...], la psychosociologie de la maladie et de la médecine. »⁷⁷

Face à l'idée que l'EBM serait la seule 'vraie médecine', nous voyons deux limites. Tout d'abord, l'interdisciplinarité, en fonction des disciplines mises en jeu, n'est pas traitée de la même manière : la médecine emprunte des connaissances à la biologie au sens large de ce terme.

⁷⁷ Canguilhem G in « Thérapeutique, expérimentation, responsabilité », Études d'histoire et de philosophie des sciences, 1968

Elle emprunte, elle utilise mais elle n'est pas même. Pourtant, on considère que les travaux réalisés en laboratoire sur l'ADN, les cellules souches etc. sont de la recherche médicale (à ce propos, regarder les travaux récompensés par le Prix Nobel de Médecine). C'est en oublier que la médecine traite l'humain et qu'en conséquence elle n'est pas seulement l'application de résultats de recherches en biologie :

« [...] une question pertinente est de déterminer si certains énoncés véritablement scientifiques, en médecine, se distinguent spécifiquement des énoncés scientifiques de la biologie en général. Un exemple, ici très simplifié d'un tel énoncé, serait le suivant : 'la nécrose des tissus dans le diabète avancé rend préférable l'amputation'. Il ne fait pas de doute qu'il s'agit bien d'un énoncé médical et non pas simplement biologique. Or, il se caractérise par l'intervention de la notion de ce qui est 'préférable', c'est à dire de ce qui vaut ou ne vaut pas d'être tenté. Par opposition à la biologie, science neutre par excellence, la médecine se constitue ainsi comme un savoir original par l'intervention de valeurs. Cette caractéristique fondamentale des énoncés des sciences médicales ne dénature cependant pas leur valeur scientifique. C'est là précisément l'originalité de la science médicale. »⁷⁸

Ceci nous mène donc au deuxième point : s'il est clair que la dimension axiologique de la médecine la distingue de la biologie, il est tout aussi évident que, bien qu'elle puisse emprunter aux sciences humaines, elle n'en est pas une, de par sa dimension pratique. Lorsque l'on parle de recherche qualitative en santé, il ne s'agit pas uniquement, comme dans l'investigation propre aux sciences humaines, de proposer des modèles d'interprétation d'une réalité par le biais du discours. Le rôle de la recherche qualitative en santé est de s'approprier ces sciences humaines pour les réinvestir dans la pratique thérapeutique. Comme elle le fait avec les possibilités techniques quand celles-ci sont évaluées au prisme des valeurs et de l'éthique. Ainsi, la notion d'interdisciplinarité n'a-t-elle de sens que si elle est vue comme la possibilité 'd'essentialiser' la médecine, cette science de l'humain, qui est bien plus que la somme de ses parties.

⁷⁸M. Lemoine, La médecine est-elle une science ?, in Médecine et sciences humaines, Manuel pour les études médicales, dir. JM. Mouillie, C. Lefève, L. Visier, éd Les Belles Lettres, Paris, 2007, p 50

IV.3. Un entretien narratif : spécificité du récit de vie

IV.3.1. Temps et récit

Dans son ouvrage *Temps et Récit*⁷⁹, le philosophe Paul Ricoeur définit le récit comme une synthèse d'éléments épars et hétérogènes en un tout temporellement cohérent. Il s'agirait d'un outil de médiation permettant via son interprétation, la compréhension de soi. De plus, il permettrait à l'homme de se saisir d'une réalité initialement 'inhumaine', angoissante et dérangeante qu'est le temps : la narration aurait le pouvoir de l'agencer et donc de lui conférer un sens. La méthodologie par récit de vie serait donc particulièrement adaptée pour répondre à notre question de recherche. Il est à la fois une des composantes et le cadre d'émergence, du réaménagement symbolique. De plus, l'approche narrative, par son aspect chronologique permet d'appréhender quelle direction est donnée au récit et donc à la représentation de soi. La prédominance de l'évocation du passé par rapport au présent ou au futur en dit également long sur le rapport entretenu à l'existence de l'individu. Nous y reviendrons.

Mais convenons dès maintenant que, dans la forme comme dans le fond, le récit de vie est particulièrement adapté à notre sujet d'étude.

IV.3.2. Raconter « Tout ou partie »⁸⁰ de sa vie ?

Il est tentant de rapprocher le récit de vie de l'autobiographie en ce qu'elle est le récit d'un individu raconté par lui-même. En effet, c'est bel et bien la vie du sujet que l'on va se laisser raconter durant l'entretien. Cependant, D. Bertaux insiste sur une différence essentielle qui est le caractère totalisant de l'autobiographie alors que dans le récit de vie, il ne s'agit pas, de rendre compte ni de l'intégralité, ni de tous les aspects de l'existence d'un sujet. En premier lieu, parce que, comme nous l'avons dit plus haut, l'entretien peut se limiter à raconter des épisodes, des fragments de vie. Et puis, parce que cet entretien, quoique non directif, reste orienté. Dans le cas de notre travail, les personnes interrogées savaient que celui-ci portait sur la vie de malade en situation de précarité, et bien qu'en nous racontant leur vie, c'est la maladie, l'influence de cette dernière sur leur vie et inversement, qu'ils nous livraient. Or, bien entendu, leur vie ne se résume pas à être malade et en situation de précarité.

⁷⁹P. Ricoeur, *Temps et Récit*, ed. Seuil, 1991

⁸⁰D. Bertaux, Op Cit, p 38

Un synonyme fréquent du terme « médecin généraliste » est le terme « médecin de famille ». Cette appellation fait référence au fait que plusieurs membres d'une même famille « partagent » souvent un médecin. Mais il semble que cela puisse aussi signifier dans l'imaginaire collectif, que ce médecin, sans être vraiment « de la famille », la connaît : il sait les naissances, les deuils, les séparations, les difficultés de la vie. Il connaît l'histoire, pas toute l'histoire, mais les faits qui importent suffisamment pour ses patients, pour qu'ils l'en aient averti, souvent car, pour ces derniers, c'est en partie son rôle de savoir cela. Ainsi, parce qu'il est souvent fragmentaire mais choisi, le récit de vie, ainsi confié au chercheur, fait écho à la relation médecin/malade. Et cela d'autant plus, comme nous allons le voir maintenant, que le médecin, comme le chercheur, n'est pas un simple « réceptacle » au récit qui se construit par l'interaction.

IV.3.3. « (...) un chercheur demande à un sujet (...) » : un enquêteur et un informateur en « interaction dialogique »⁸¹

Lors d'une enquête par entretiens, il y a toujours la présence d'un sujet qui partage son expérience et d'un enquêteur qui la reçoit : « *il [n'y a donc pas] un mais deux auteurs* »⁸². Ceci est un élément fortement distinctif de l'autobiographie, « écrite en solitaire »⁸³. L'enquête par récit de vie est une co-construction de sens puisqu'il s'agit d'un *ordonnement symbolique*⁸⁴ de fragments de vie dont la narration est soumise aux choix du chercheur et du narrateur.

Par sa "pleine-présence", son écoute attentive, ses relances et ses interventions au cours de l'entretien, l'enquêteur soutient l'émergence d'un récit, qui ne serait pas le même sans lui.

Bien entendu, la relation qu'entretiennent l'enquêteur et la personne interrogée est asymétrique : ce dernier étant dépositaire d'un savoir manquant à celui qui l'interroge. Et il est tentant de dresser ici un parallèle entre cette situation d'un être sachant et d'un autre en quête de ce savoir, et celle d'une consultation médicale pensée comme la rencontre d'un patient en demande et d'un médecin détenteur des réponses. Mais, tout d'abord, perçue ainsi, la relation entre l'interviewer et l'interviewé n'est pas spécifiquement proche de la relation médecin-malade, pas plus en fait que de n'importe quelle relation entre un profane et un professionnel. Ensuite et surtout, pour asymétriques qu'elles soient, dans les rôles tenus et dans le rapport à ce qui se dit, ces relations n'en sont pas moins essentiellement dialogiques : l'entretien clinique tout comme l'entretien par récit de vie est une construction duelle.

⁸¹ D. Bertaux 1997 ; M. Catani, 1982

⁸²D. Bertaux, Op. Cit, p39

⁸³D. Bertaux, Op. Cit, p39

⁸⁴ Le Breton D. *L'interactionnisme symbolique*. Coll. Quadrige, éd. PUF, 2016, p.70

V. Modalités de recrutement

V.1. Des médecins sollicités pour aider au recrutement

Nous avons décidé de recruter les médecins dans le département des Bouches du Rhône. Ce recrutement se fera par la méthode « boule de neige » sur les conseils d'autres médecins déjà recrutés par téléphone. Chaque médecin recevra le document intitulé *Aide au Recrutement* (annexe n°2) qui présente le sujet de recherche et les modalités de recrutement.

Les médecins devront repérer dans leur clientèle des patientes susceptibles de correspondre au profil recherché pour cette étude. Ensuite, il conviendra de leur demander si elles sont d'accord pour rencontrer une étudiante en thèse travaillant sur «le vécu de la maladie en conditions de vie difficiles ». Après accord la chercheuse expliquera en détail son travail et leur proposera de participer à un entretien anonyme, où elles lui parleront de leur vie en relation avec la maladie. Pour être éligible il faudra correspondre aux critères d'inclusion. Les critères d'exclusion sont l'existence d'une pathologie psychiatrique en phase aiguë (délire) ou toute situation ne permettant pas une expression libre (assujettissement à un tiers par exemple)

Critères d'inclusion:

- patiente femme de plus de 18 ans
- présentant un score EPICES > 30 (annexe n°1)
- parlant français
- présentant une pathologie chronique

Il sera demandé de ne pas introduire la notion de temporalité pour ne pas biaiser le discours lors de l'entretien. Quant au terme de 'précarité', nous lui avons préféré 'conditions de vie difficiles' pour éviter que la patiente ne se sente stigmatisée.

Sur les nombreux médecins contactés (environ 25, mais la thésarde a omis de retenir ce chiffre, ce qui relève d'une erreur méthodologique, elle le reconnaît), seuls 4 ont répondu positivement.

Quelques uns ont répondu par mail ou par rappel téléphonique être d'accord pour nous aider, mais malgré nos relances, ne nous ont pas proposé de patientes à inclure.

La plupart n'ont jamais donné suite à la réception du mail, même quand ils avaient initialement montré de l'intérêt pour le sujet au téléphone. Les raisons alors invoquées étaient l'absence de patientes pouvant correspondre au profil recherché dans leur patientèle ou encore un manque de temps pour s'investir dans ce projet. Cette dernière remarque nous a amené à nous interroger sur la manière de présenter le rôle du médecin aidant au recrutement mais nous n'avons pas trouvé comment l'alléger. Nous avons par contre été étonné que ne soit évoqué par les médecins une quelconque difficulté à amener le sujet à leurs patientes : peut-être était-ce un non-dit ? ou peut-être avons-nous pris les devants en expliquant que pour éviter la stigmatisation, nous ne leur demandions pas d'utiliser le mot de précaire ou de précarité ?

Ainsi, sur les 5 patientes incluses dans l'étude, 3 patientes ont été recrutées au sein d'un même cabinet de médecine générale. Les 2 autres provenaient d'une clinique de soins de suite dont les médecins ont d'ailleurs pour habitude de réaliser le score EPICES à l'admission de leurs patients.

V.2. Recrutement des patientes par la thésarde

Une fois l'accord oral de patientes obtenu, nous les rencontrions, en premier lieu dans le cadre du lieu de soin (l'option d'un premier contact téléphonique, proposée dans le document d'aide au recrutement n'a jamais été retenue).

Là, nous leur expliquions l'objectif de ce travail en ces termes : « participer à aider les médecins à mieux comprendre ce qu'est de vivre la maladie en situation de précarité ». Nous donnions ensuite une définition du terme précarité comme synonyme de difficultés s'accumulant et rendant le quotidien plus difficile que pour d'autres.

Ensuite nous passions aux explications plus pratiques : nous leur demandions si elles acceptaient de répondre à un petit questionnaire de 11 items qui permettrait d'estimer leur niveau de précarité et de savoir si nous pouvions ou non les faire participer à l'étude. Une fois le score EPICES rempli, si le seuil de 30 était dépassé, nous leur propositions de participer à un entretien de quelques heures, au cours duquel elles nous parlerait de leur parcours de vie, avec la maladie. Nous récoltions alors quelques données supplémentaires : âge, pathologies présentées, statut parental et marital.

Nous insistions alors particulièrement sur le caractère éthique de la démarche : tout d'abord, il n'y avait absolument aucune obligation à participer à cette étude et un refus de leur part serait sans conséquence aucune pour elle, notamment dans leur relation avec le médecin qui nous avait présenté ; ensuite, un accord maintenant ne les engageait pas à rester sur cette position : elles pouvaient changer d'avis jusqu'à la fin du travail ; enfin, les données recueillies seraient bien-sûr utilisées pour le travail mais parfaitement anonymisées et seule la thésarde aurait accès à l'ensemble des données qu'elles voudraient bien lui confier. A la fin du travail, les enregistrements seraient détruits.

Nous leur remettions ensuite un document récapitulant brièvement le sujet de recherche et leur rappelant le cadre éthique dans lequel était réalisé ce travail.

Il avait été décidé, de façon à ne pas brusquer les participantes éventuelles de leur laisser quelques jours de réflexion avant de les rappeler et de convenir du rendez-vous : sur les 9 patientes incluables, 5 ont maintenu leur accord jusqu'au bout, une s'est rétractée après l'entretien réalisé et 3 ont finalement refusé de participer avant l'entretien (une d'entre elle n'a pas répondu au message laissé, les deux autres nous l'ont annoncé lors du rappel quelques jours plus tard, nous expliquant finalement manqué de temps). Bien entendu, nous n'avons dans aucun cas insisté : il nous semblait totalement normal d'obtenir des refus compte tenu du temps assez long qu'il leur était demandé d'investir et du caractère particulièrement intime de ce que nous leur demandions de nous confier.

RÉSULTATS

I. Analyse des données

I.1. Retranscription

Chaque entretien a été intégralement retranscrit.

A la demande de certaines des interviewées et pour satisfaire à la promesse qui leur a été faite, nous ne joindrons pas l'intégralité des entretiens en annexe. Aucune d'entre elles ne nous a demandé de taire quoi que ce soit dans l'utilisation sous forme de *verbatim*. Mais il semble que l'idée de la lecture, sans filtre analytique du récit, qu'elles nous ont confié, « brut » pour ainsi dire, puisse leur sembler trop intime.

I.2. Codage ouvert

Après retranscription, chaque entretien a subi un codage, en plusieurs étapes.

Dans un premier temps, chaque entretien a été relu, quelques jours après la retranscription, de la façon la plus linéaire possible. L'objectif était de s'imprégner de l'histoire, de parvenir à tracer une trame « globale », notamment sur le versant chronologique, de saisir les événements pertinents.

La deuxième phase a consisté en une approche plus précise du discours comme élément compréhensif du vécu : ont été relevé, un à un, les fragments pertinents dans chaque entretien.

I.3. Analyse thématique

Cette analyse par codage ouvert nous a permis de définir 4 thèmes et 13 sous-thèmes. Les récits recueillis ont été étudiés avec pour trame de fond la question des éléments du rapport à la temporalité comme trame de fond. Ces derniers permettent de faire émerger au sein des thèmes des données explicatives du vécu de la maladie chez ces femmes en situation de précarité.

Thèmes	Sous-thèmes
Donner du sens	Un passé omniprésent
	Un présent en conséquence
	Direction l'avenir ?
Représentations et rapport au système de soin	Temporalité du malade
	Temporalité du médecin
	Temporalité de la maladie
	Temporalité sociale
Violences de la vie	Un passé de violences, terreau de la vulnérabilité
	Un présent instable : entre vents et marées, la vie au jour le jour
	Un avenir incertain
La place de femme	Un statut acquis de longue date
	Qui imprègne le présent
	Et conditionne l'avenir

Figure 1, Thèmes et sous-thèmes

II Caractéristiques de la population étudiée

Au total, cinq patientes, de 23 à 63 ans (moyenne d'âge 51 ans), ont été interrogées entre mai 2018 et février 2019, exclusivement dans les Bouches-du-Rhône (région PACA). Le recrutement des patientes a eu lieu au sein d'un cabinet de médecine générale pour 3 d'entre-elles, au sein d'une clinique de soins de suite et réadaptation pour les 2 autres. L'échantillon s'est construit progressivement : le critère d'inclusion principal était un score EPICES > 30 (seuil de précarité selon EPICES), avec des âges différents et un panel de pathologies dans le but d'obtenir un échantillon à variation maximale. Nous reviendrons sur la qualité de l'échantillon lors de l'analyse des forces de cette étude.

Tableau patientes

	Patiente 1	Patiente 2	Patiente 3	Patiente 4	Patiente 5
Age	61 ans	23 ans	54 ans	48 ans	69 ans
Statut marital	Divorcée	En couple	Divorcée	Célibataire	Mariée
Nombre d'enfants	4	0	3	0	0
Score EPICES	73,96	63,32	63,90	55,62	56,81
Suivi médecin traitant	oui	oui	oui	oui	oui
Maladies	<p>Lombalgies sur hernies discales</p> <p>Diabète type 2 non insulino-requérant</p> <p>HTA</p> <p>Anxio-dépression avec plusieurs épisodes dépressifs majeurs</p> <p>Arthrose diffuse</p> <p>Fibromyalgie</p> <p>Céphalées résiduelles sur commotions cérébrales multiples</p>	<p>Trouble bipolaire</p>	<p>Lombalgies sur hernies discales</p> <p>Arthrose diffuse</p> <p>Syndrome bilatéral du canal carpien non opéré</p>	<p>Trouble bipolaire</p> <p>Obésité</p>	<p>Cardiopathie hypertensive</p> <p>Gammopathie monoclonale</p> <p>ACFA permanente</p> <p>HTA</p> <p>Dyslipidémie</p> <p>Anxio-dépression</p> <p>Carcinome basocellulaire infiltrant temporal gauche</p> <p>Obésité</p> <p>Insuffisance respiratoire mixte oxygéo-dépendante</p> <p>SAOS appareillé</p> <p>Arthrose diffuse</p>

Figure 2, Caractéristiques des Patientes

III. Caractéristiques des entretiens

Les entretiens ont eu lieu, selon la volonté de la patiente, à leur domicile, ou organisé par la thésarde dans un lieu de soin. L'heure et la date du rendez-vous étaient fixées, si l'accord était maintenu, lors du rappel téléphonique, quelques jours après la première rencontre.

Avant le début de l'entretien, nous rappelions à la patiente « ses droits », ainsi que nos « devoirs éthiques » à son égard.

Enfin, nous lui faisons signer, en deux exemplaires une autorisation, après avoir lu à haute voix, ce document avec elle (document joint en annexe).

	Lieu	Durée
Patiente 1	Domicile de la patiente	2h45
Patiente 2	Domicile de la patiente	2h12
Patiente 3	Domicile de la patiente	2h13
Patiente 4	Bureau médical	3h05
Patiente 5	Chambre d'hôpital	3h20

Figure 3, Caractéristiques des entretiens

IV. Illustration des thèmes et sous-thèmes par les unités minimales de sens

IV.1. Donner du sens à la vie avec la maladie en situation de précarité

L'analyse des entretiens nous a permis de mettre en évidence que s'opérait très souvent un réaménagement symbolique des événements médicaux en lien avec les événements de vie.

Nous avons de plus constaté que donner du sens se faisait dans une direction temporellement marquée. Individuellement, les trois registres du temps, passé, présent, futur n'occupent pas le même espace au sein du discours de réaménagement symbolique. Le passé a une place prédominante, il peut même se montrer envahissant. C'est lui qui donne la direction et la tonalité au récit de vie. En effet, le présent, est souvent évoqué comme le résultat des événements passés, il ne possède que rarement une existence symbolique propre. Quant au futur, à l'égal de la maladie, il se conçoit comme appartenance au domaine de l'absurde dans la même acception existentialiste du terme : il ne posséderait pas de sens, il serait « asensé ».

IV.1.1. Un passé omniprésent

Au cours des entretiens menés, le passé était longuement évoqué. C'est dans ce registre temporel que s'écrivait la majorité du récit de ces patientes.

IV.1.1.1. Le passé comme refuge

Il est parfois vécu avec nostalgie, comme un lieu de refuge face à l'adversité du présent et/ou supposée du futur.

P5 « Alors qu'avant c'était pour moi une période heureuse, parce que je faisais ce que je voulais, je sortais au théâtre, je faisais du yoga, j'allais à la piscine, mon Dieu ! Parce que je suis une passionnée de théâtre, de cinéma de tout ça donc euh... C'était mon truc. Puis avec mon mari chanteur, bah c'est sûr que j'allais beaucoup à l'Opéra, on se déplaçait beaucoup... tout ça donc.... Ah ! Quand j'y pense ! »

Et s'il ne s'agissait pas du sentiment de liberté, la capacité économique pouvait aussi donner l'impression du bonheur

P1 « Après moi j'ai dit, j'ai vécu en Algérie, j'étais secrétaire de direction, j'avais une bonne paye, chaque année je venais en France en vacances, j'étais à St Tropez, je prenais des vêtements de vitrine, de collection, je m'habillais chic et tout et là quoi, j'allais me faire tuer pour deux sous ? »

Parfois la difficulté présente s'inscrit dans un collectif qui fut bienheureux et devenu plus douloureux (période passée heureuse et perdue)

P3 « Non, non, non, ça va à l'époque non, ça va. C'est maintenant que c'est difficile. Maintenant, enfin pour tout le monde c'est difficile pour tout le monde. Mais avant non. Avant à l'époque. Maintenant, euh... c'est très dur, surtout les gens qui ont des enfants. »

IV.1.1.2. Un passé qui tourne en boucle

Lorsque la ritournelle du passé vient meubler de façon obsédante un présent appauvri :

P2 « Moi j'me dis, enfermée là, comme ça, ça tourne, ça tourne, je psychote. Sur l'avant. Même si j'essaie de pas y penser hein, je radote, je radote »

P1 « Qu'est ce que je peux vous raconter ? C'est une histoire, je peux vous dire c'est vraiment l'histoire des milles et une nuits, je passe des jours et des jours à raconter c'est pas suffisant. »

Le rappel à ce conte du Moyen-Orient est en lien direct signifiant avec la personne rencontrée. Nous reviendrons sur l'apport de la psychanalyse, en particulier du concept de signifiant, qui peut éclairer l'interprétation que nous pouvons faire du symptôme.

« *Que sont mes amis devenus que j'avais de si près tenus* »⁸⁵, Rutebeuf nous dit toutes la misère de la solitude et la perte d'un passé perdu

P5 « Je suis pas dans le passé mais...tout mes morts me manquent. Que ça soit ma mère, mes sœurs, mes frères, mon père, mes neveux...mes amis que j'ai perdus, ils étaient tous tous tous là, tous tous tous. Et à eux, je pense souvent oui. Alors bon si, finalement, peut-être que je suis quand même dans le passé »

⁸⁵ Rutebeuf, La complainte de Rutebeuf, version en français moderne chantée par Léo Ferré

IV.1.1.3. Mise en relation d'événements de vie passés et d'événements médicaux

Les liens temporels entre événements de vie et événements médicaux permettent un réaménagement symbolique d'ordre causal.

La place de la famille est prépondérante.

P1 « je perds mon père dans un accident de voiture, que j'ai pas vu depuis 4 ans et demi. De là ça m'a déclenché le diabète. Le diabète et l'hypertension »

P4 « Ma mère est morte quand j'avais 11 ans. De mes 11 ans à mes 26 ans, je souffrais de psychorigidité et d'angoisse »

P4 « J'ai eu mal à l'estomac de mes 11 ans à mes 24 ans, jusqu'au jour où mon père a cessé de manger avec ma sœur et moi »

Ceci n'est pas sans rappeler le travail de J. Guir, psychanalyste lacanien, qui lie au père un certain nombre de phénomènes psychosomatiques dans une interpellation laconique (et éminemment « lacanique ») : « la maladie psychosomatique : une père-version ? »⁸⁶

P4 « J'ai eu trois aventures, en 1996, en 1997 et en 2012. La plus longue, 6 mois, elle m'a déclenché une dépression »

Lorsque ce n'est pas la famille, les amours, l'intimité des foyers c'est l'espace social qui prend le relais de la filiation symbolique entre l'événement et la maladie.

P5 « La première fois que je me suis sentie malade, bah ! C'est quand j'ai commencé à avoir des problèmes au travail »

P2 « c'est arrivé à l'armée que j'm'en suis vraiment rendue compte que j'étais malade. C'était infernal, c'était vraiment... tout était rassemblé pour que je pète un plomb... et j'ai littéralement, bah ! Pété un plomb... j'ai pété un plomb »

Là encore, le trait psychanalytique signifiant de la métaphore militaire internalisée est trop visible pour ne pas s'y arrêter.

⁸⁶ J. Guir sur les phénomènes psychosomatiques. Psychosomatique et cancer, Editions Eres, 1983, [en ligne], <https://www.editions-eres.com/nos-auteurs/49275/guir-jean>

IV.1.1.4. Des dates précises

Les patientes donnent des dates précises d'événements médicaux vécus comme constitutifs. Comme pour la question du père, celle de la date est essentielle dans l'approche psychanalytique lacanienne qui la repère comme un signifiant majeur.

- Ainsi le début de la maladie :

P1 « Ben j'ai commencé c'était en 1996 »

P1 « C'était un accident de voiture le 23 avril 96 »

P2 « Bah en mai de l'année dernière, et bah j'étais encore à l'armée, euh, j'montais les tentes, là pour la mission du 14 juillet, un mois plus tard je commençais la mission, 16 juin, ouais, le 16 juin j'pense on a démarré la mission. Y'a un an pile poil. »

P5 « J'ai commencé à me sentir malade, diminuée en 2012 »

P5 « 2012 bah ! C'est le début des cannes ».

- Ou pour des événements jugés graves :

P1 « Mais moi mon état il s'est empiré de pire en pire... la dépress... déjà avant le divorce, 2004... non 2002, je commençais à voir un psychiatre à Dreux. »

P5 « bon parce que j'avais fait une réa avant en 2010 pour un problème anaphylactique, puis deux fois en 2018 à quelques mois d'intervalle »

A l'inverse, les événements jugés comme non importants peuvent être bien plus flous dans leur esprit. Ici le lien signifiant est discutable, nous pourrions presque parler d'un insignifiant.

P3 « euh pour la sciatique, ça fait depuis 2015 j'crois, 2014...2015....ça commence début euh, fin 2014... »

IV.1.1.5. Avoir donné son temps

Ont été évoqués des moments de vie où du temps avait été consacré aux autres. Vécu comme un don, les rapports rétrospectifs entretenus à ce dernier étaient variables :

1. un moment d'accomplissement de soi, qui permettait de donner du sens

La confrontation à d'autres vies difficiles permet par une forme de diktat relativiste, un regard moins négatif sur sa propre situation et de s'exclure du groupe des plus défavorisés.

P2 « Mais après ça j'ai bossé hein, j'ai pas été direct à l'armée, j'ai pas fait direct DUT- armée, après j'ai bossé à la CAF, j'ai fait un service civique à la CAF, ça m'a fait du bien parce que là en fait c'était tellement là les gens les pauvres, les pauvres j'me disais y'a pire que moi en fait, c'était franchement...ohlala, c'était vraiment eux, avec des enfants, des nanas qui venaient qui pleuraient dans mon bureau, qui avaient besoin d'argent là maintenant, pour des enfants et compagnie, que du coup j'm'oubliais un p'tit peu et franchement ça m'a fait du bien, franchement ça m'a fait du bien... »

Nous reviendrons plus avant sur l'importance du rôle de mère, déjà évoqué ici comme source de sens.

P3 « C'est pas... surtout quelqu'un qui commence euh, l'âge...là oui il sent que...que les enfants ils grandissent, avant j'avais les petits, l'école, les activités, voilà toujours quand euh, c'est pas l'école c'est les activités, toujours je ramène mes enfants, quand y'en a une là et l'autre qu'elle fait ça, toujours je suis bien dedans.

Un même événement de vie peut être vécu par une même personne avec ambivalence en fonction de son ancrage temporel : son existence passée et son absence présente, entraîne à la fois bonheur et tristesse en y pensant. C'est la nostalgie.

P5 : « Et puis c'est vrai que je m'occupais de beaucoup de choses, bon de ma famille c'est une chose mais en plus je m'occupais de deux personnes, voire trois personnes handicapées...âgées... Mais je sais même pas quand j'y songe où je trouvais le temps de faire tout ça. Alors que maintenant je me sens d'une inutilité sans nom. Je comprends pas. »

2. A l'inverse, il est parfois vécu comme un temps sacrifié, gâché

P1 « *J'ai perdu beaucoup de temps de ma vie, j'ai donné beaucoup de temps de ma vie...mais j'ai rien reçu...ma vie c'était un calvaire* »

Même si au sein du même discours, paradoxalement, ne plus subir la contrainte de donner du temps pour l'autre est mal vécu

P1 « *[La vie une fois que les enfants ont grandi, elle est] plus dur, parce que on gère plus après, on arrive plus. Si vous voulez, on a les enfants qui grandissent, et ils commencent à avoir une certaine autorité. Et moi j'avais une autorité..* »

IV.1.2. Le présent, temps des conséquences

C'est dans les événements du passé que prend sens le présent.

IV.1.2.1. Des symptômes vécus au présent expliqués par le passé

Le présent de malade est vu comme une conséquence inéluctable des événements passés.

P1 « *Après le divorce ça s'est déclenché quand je suis ici arrivé, c'était le Docteur XX. C'est là qu'il m'a découvert que j'avais une inflammation très importante de l'estomac. J'avais les intestins, je sais pas qu'est ce qu'ils avaient. Sans tout ça j'aurais été moins malade, oui. Si j'avais été soutenue, oui. Parce que j'ai vu, si j'avais été soutenue, aidée, quand vous êtes malade au lit et que votre propre mari, quand tu lui dis, j'ai faim et que tu prends les anti-inflammatoires à vide, imaginez le résultat...je vomissais du sang* »

P2 « *Du coup c'est à force de jouer un jeu j crois que je suis tombée malade, c'est à force de mentir, de...de faire semblant, mentir pendant, allez !, 15-16-17 ans, forcément, je tombe malade* »

Arrêtons-nous sur l'expression « tomber malade », que nous dit cette chute ? C'est ce que nous rappelle C. Marin⁸⁷ « *La maladie : catastrophe intime* », est bien un basculement identitaire. D'ailleurs, un des symptômes de la dépression, dans le cadre d'un authentique trouble de l'humeur, peut devenir identité :

⁸⁷C. Marin, Op. Cit

P4 « J'ai eu peur de mon père jusqu'à mes 41 ans, du coup je pleurais tout le temps. Jusqu'à y'a pas longtemps, j'étais XX la pleureuse »

Avoir des parents malades eux-mêmes expliquera le fait de l'être soi-même par un mécanisme d'hérédité du malheur.

P2 « Ah bah oui, bah mon papa la maladie de Crohn euh, franchement le pauvre, non c'est une sale maladie hein, c'est traître, du coup, tout est relié hein, ventre, cerveau, cerveau, ventre ! il a mal au ventre, ça lui tape sur le système, ça lui tape sur les nerfs, du coup il va piquer des colères plus facilement, j'sais que, mon père c'est un gros stressé et j'suis sûre que là, bon lui il veut pas l'admettre mais moi j'suis sûre que oui, mais mon père c'est un mec très très stressé et ça n'a rien arrangé. Pour moi, enfin pour nous quoi, à la maison j'veux dire... »

P2 « Après moi dans ma famille, euh, j'ai, euh, j'suis pas la seule, j'ai ma cousine, très proche, la fille de mon oncle, qui elle aussi elle a des problèmes psychologiques, on sait pas trop ce qu'elle a, si j'écoute ma famille, elle est possédée, si j'écoute un psychiatre, elle est, elle est euh, schizophrène, elle a un an de moins que moi c'est...c'est...avec qui je suis très très proche..c'est..j'sais pas, j'pense pas que ça soit génétique mais, j'pense quand même que ça soit familial parce que quand même bizarrement quand je regarde, autour de moi, de mon âge, on a tous à peu près les mêmes problèmes... euh bizarrement.. »

La finalité de cette vie difficile, vécue comme « ratée » est symbolisée par une altération somatique :

P1 « J'ai tout raté dans ma vie. J'ai tout raté dans ma vie. Je peux plus marcher comme avant, je peux plus aller faire les courses comme avant, je prends un truc ou deux trucs, moi j'ai toujours été dynamique, je vais faire les courses, je vais faire ça, je vais faire ça, je fais mon ménage, maintenant pour faire mon ménage à chaque fois je pleure pour faire le ménage. »

Notons toutefois qu'un de nos entretiens se détache des autres : pour P3, les difficultés de la vie n'expliquent pas l'apparition de la maladie. A propos du cancer de sa mère, répondant à la question d'une éventuelle origine du mal :

P3 « Bah non non, je sais pas, non. Pourquoi, y'a des trucs qui ramènent le cancer ? »

Le modèle exogène/endogène de la maladie de F. Laplantine⁸⁸ se révélera un outil précieux pour appréhender ces résultats.

IV.1.2.2. Le présent : un lourd cadeau du passé

La situation présente est vécue comme la conséquence de choix passés. La main du destin se saisit inéluctablement d'une trajectoire dont il semble impossible de s'extraire. C'est ainsi que le futur subit la loi du conditionnel.

P2 « Moi en 3ème si on m'avait dit ça, si on m'avait dit qu'après j'allais être coincée à ce point, j'aurais jamais fait cette filière, j'aurais jamais fait ça, je me serais redirigée ailleurs, jamais de la vie j'aurais... »

Pour P5 et P1, le regret revisite les choix du passé comme mauvais. Il renvoie à une image d'insensée.

P5 « Moi, enfin nous avec mon mari, c'est vrai franchement on a profité. A ce niveau là, c'était une vie de patachon quoi ! Ah oui, c'était une période heureuse pour moi ! Dépenser, dépenser beaucoup, pas mettre de côté.... Jamais de problème d'argent puisque c'était crédit sur crédit ! On a trop profité peut-être, on aurait du faire plus attention, être plus prévoyant. Maintenant, bon, bah on en paie les conséquences »

La contrition est au rendez-vous dans une souffrance morale expiatoire au quotidien.

P1 « Y'a 2 ans, j'ai dit à ma mère : 'si je pouvais revenir en arrière maman, je serais jamais partie en France'. Elle a pleuré, elle m'a dit 'Mais c'était ton choix'. J'ai dit : 'oui maman, je regrette, je regrette et je regrette, je te demande pardon, pardon maman, pardon' »

⁸⁸F. Laplantine, *Anthropologie de la maladie*. Ed. Bibliothèque Scientifique Payot, 1998

IV.1.2.3. Le présent cet « asensé »

Du lieu où je te parle je n'y suis déjà plus. La célérité de l'instant est pour P1 une illustration du travail d'H. Rosa⁸⁹, elle crée l'impossible saisissement du temps présent pour n'en conserver que la trame du passé.

P1 « [Le présent], je sais pas, je sais pas qu'est ce que c'est... je suis là, on verra comme ça se passe. C'est minute minute, au jour le jour... C'est le passé qui n'arrête pas...c'est le passé tout le temps... »

IV.1.2.4. Passer le temps

Le quotidien difficile semble inciter à une forme de déni

P2 [Évoquant les démarches qu'elle doit réaliser auprès de Pôle Emploi] « Ouais ouais franchement. Ouais ça me paraît gros, ça me paraît insurmontable. Si je m'écoute après je fais rien du tout. Ouais...mais bon... »

P5 « « Là maintenant je fais du coloriage et des puzzles mais bon ça bouffe énormément la batterie [elle parle de son ordinateur]. Donc bon quand je suis plongée là-dedans, je pense à rien...je pense à rien... En fait faut surtout pas que je pense ! Si je me mets à penser c'est l'enfer. »

IV.1.3. Direction l'avenir ?

De toutes les allusions au futur, la plus marquante est certainement celle de l'absence totale de projection. Cependant, certains discours apportent des perspectives d'avenir plus optimistes. Toutefois, même quand il est perçu avec espoir, il reste fondamentalement incertain.

IV.1.3.1. Un futur inexistant

P1 « Il reste plus rien, plus rien... On m'a détruit..on m'a détruit. Là j'ai...c'est comme si j'avais une maladie incurable...si j'avais un cancer, le cancer à la rigueur on peut le traiter, je sais pas, je sais que j'ai tant d'années à vivre, que le reste des années et je partirais... mais là j'ai pas de..j'ai pas cette notion là. Pcq j'ai l'impression que je vis, mais je vis comme ça... »

⁸⁹H. Rosa, Op. Cit

La notion de facteurs extérieurs venant briser la trajectoire de vie se retrouve dans le travail de F. Laplantine lorsqu'il évoque la vision exogène de la maladie⁹⁰.

P2 « Bah à la vérité j'y pense pas hein, à la vérité j'y pense pas ! Franchement moins j'y pense et mieux je me porte hein..j'essaie de ne pas y penser..franchement j'y pense pas..j'pense même pas à des trucs concrets... non je pense à rien. »

P2 « Je pense à ce que je vais faire demain, cet après-midi... voilà... non l'avenir j'essaie même pas d'y penser... quand j'y réfléchis trop du coup ça me donne des envies suicidaires et compagnie... Non, j'me dis c'est encore trop instable pour que je puisse me poser et réfléchir à mon avenir... »

Nous retrouvons ici encore l'avenir comme un impensé.

IV.1.3.2. Un optimisme fragile

L'incertitude envahit aussi les minces perspectives d'avenir. Ils sont source de dévalorisation.

P4 « J'ai plein de projets pour que ça aille mieux. Mais bon, ça a déjà tellement souvent pas marché....je sais pas...j'ai envie et j'espère mais je sais pas...si je vais y arriver quoi... »

P2 « Après je sais que c'est dans ma tête, après je sais que si je suis capable, j'ai été à l'armée, j'me dis souvent ça voilà : si t'as été à l'armée, si t'as réussi à arriver 2ème du classement avec les mecs, les filles, les gens, c'est que je suis capable quand même, je peux le faire, mais après...en ce moment je suis plus dans le « j'ai pu le faire » que « je peux le faire » c'est ça le truc, c'est pour ça que c'est compliqué... »

IV.2. Représentations et rapport vis-à-vis du système de soins

Nous avons avancé en introduction, l'hypothèse d'un découpage possible de la relation soignante en quatre temporalités : la temporalité de la maladie, celle du malade, celle du médecin et la temporalité sociale. Nous avons constaté lors de l'analyse des récits de vie, sa pertinence. En effet, les éléments médicaux sont souvent évoqués de façon temporellement marquée. Les interférences mutuelles (concordantes ou discordantes) repérées entre ces différentes temporalités permettent de faire émerger la complexité du rapport au système de soin et les représentations qui y sont attachées.

⁹⁰ F. Laplantine, op. cit

IV.2.1. Temporalité du malade

IV.2.1.1. Embûches temporelles

Les patientes ont souvent évoqué les difficultés à trouver le juste temps du soin du fait de leurs conditions de vie

P2 « Moi j'suis d'accord que d'être précaire en vrai ça aide pas du tout euh, à se soigner, ni à..ni à.. ni à vivre avec [la maladie] parce que le fait d'être précaire ça veut dire que..là par exemple, là maintenant je sais que je vais être au chômage, à partir de la semaine prochaine je suis au chômage, ça veut dire qu'il va falloir que je démarre mes démarches, mais à côté de ça voilà, j'suis malade, j'suis pas bien, j'ai même pas envie euh...c'est un gros travail après quoi, deux fois plus que... »

P4 « Des fois je dois aller faire un examen, ou bien chez le médecin ou... et puis bah en fait, j'habite au 4ème étage sans ascenseur et des fois bah...je peux pas, je peux, c'est trop dur d'y aller »

Parfois le temps est consacré à autre chose

P1 « Je savais plus où mettre la tête, fallait que je gère les papiers, fallait que je gère les enfants, fallait que je gère les collègues, fallait que je gère les primaires, fallait que je trouve quelqu'un pour récupérer à 4h30... »

IV.2.1.2. Devenir malade

Les patientes notent un laps de temps, plus ou moins long, entre le début des symptômes et le sentiment d'être malade.

P2 « A ce moment là je suis partie à l'armée et c'est là que, c'est là que j'pense, j'ai été, euh, on va dire face à ma maladie, en tout cas euh, que j'ai découvert ma maladie, parce qu'avant ça, vu que j'étais constamment entourée, euh, dans un cadre entre guillemets euh, "rassurant", l'école et compagnie, j'm'en rendais pas trop compte »

P5 « Quand est-ce que je suis partie, 2002 hein à la retraite c'est ça ? Enfin à la retraite..2004 j'étais en invalidité. Mais c'est, 2012..là je me suis sentie malade pour de vrai »

IV.2.1.3. Un refus du temps et du discours médical

S'étant approprié les signes, les patientes peuvent refuser l'impératif du temps médical

P1 « Après l'opération du canal carpien, ils ont découvert que je faisais un peu d'hypertension et de diabète, mais moi j'ai pas fait attention j'ai dit c'est rien du tout »

P3 « Déjà parce que bon des fois les médecins ils exagèrent. Ils disent ils voient des choses comme ça, allez il faut l'opération, il faut ça, il faut ça, vite, tout de suite...bon moi en tout cas, j'ai le mot, qu'ils exagèrent. (rires). Alors j'ai dit non ! Et maintenant ça va je me sens bien, je suis bien ! »

P3 « C'est que maintenant que je sais ce que c'est je me dis que je vais me battre toute seule et y arriver toute seule. En plus j'ai aussi ma collègue qui m'a dit qu'elle aussi elle était comme ça mais qu'ensuite avec le temps et bah c'est parti tout seul ! »

IV.2.1.4. Le temps du suivi

La maladie est difficile à appréhender dans le futur

P2 « Bah franchement ma maladie dans le futur je sais pas j'y arrive pas à y penser pcq ça me fait peur en fait, ça me fait tellement peur en fait d'y penser que..je sais pas j'suis trop...j'arrive pas du tout à y penser...j'ai trop peur du futur, de ce que je vais faire plus tard...j'arrive pas non, j'ai trop peur. »

Les difficultés de poursuite des soins peuvent être liées à la dépendance au temps de l'autre

P1 « ...Sur Chartres, j'allais à Chartres faire les infiltrations. Après j'en avais marre, il m'emmenait : un coup il m'emmenait, un coup il m'emmenait pas... après donc j'ai arrêté. »

P1 « J'appelais des gens, quand ils me voyaient avec les deux béquilles dehors avec un gamin, aller emmener ma fille chez l'orthodontiste, je sais pas, pour n'importe quoi... les gens ils avaient pitié de moi, ils m'emmenaient, ils me déposaient. Ou bien j'avais une de mes belles-sœurs, de temps en temps elle venait à la maison, elle m'aidait, elle m'emmenait quelque part, mais sinon... »

Les ruptures au sein du parcours de vie peuvent engendrer des difficultés à mettre en place un suivi :

P4 « J'ai dû changer pas mal de psy, en rapport à ma vie. Bon et puis aussi des fois ça fonctionnait pas, ou plus. Et puis j'en ai un, mon psy, vraiment, bah il est malade aussi. Du coup, j'ai du mal à aller ailleurs... »

P2 « Bah l'année dernière j'étais censée me faire opérer, pour déviation de cloison nasale je sais pas trop quoi, et j'ai rien fait finalement parce que j'ai quitté l'armée et que euh...niveau de la mutuelle j'avais plus de mutuelle, j'avais plus rien du tout donc j'ai pas pu me faire soigner... et que euh...niveau de la mutuelle j'avais plus de mutuelle, j'avais plus rien du tout donc j'ai pas pu me faire soigner...- Et là maintenant, vous avez une mutuelle ? Euh, j'ai une mutuelle mais je viens de quitter mon boulot donc rebelote je vais plus avoir de mutuelle donc rebelote. »

P1 « On m'a dit, vers rue XXX, c'est une assistante sociale ou quoi, y'a un endroit qui s'occupe des gens qui n'ont pas les moyens, qui sont dépressifs, on m'a dit, c'est une sorte de psychiatre, psychologue, psychiatre, si vous voulez, c'était quand même beaucoup plus pour les SDF, la plupart que j'ai vu c'était des gens comme ça. Mais moi j'y allais parce que je connaissais pas de psychiatre, je connaissais personne ».

IV.2.2. Temporalité du médecin

IV.2.2.1. Relation médecin-malade, des tempi dissonants

Le tempo recommandé par le corps médical ne prend pas en compte les impératifs quotidiens en contexte de précarité

P1 « Et comme ils voyaient que ma santé se dégradait de plus en plus, et moi les médecins ils m'interdisaient de travailler, ils m'interdisaient de faire des trucs mais moi je le faisais, j'allais travailler, j'allais travailler chez des gens dans le noir, enfin au noir, je faisais les ménages, je portais des trucs lourds, pour ramener un peu de sous pour les enfants.»

P3 « Elle [son médecin traitant] m'a dit « il faut que tu arrêtes, que tu travailles pas » et moi j'ai dit, écoute, j'ai dit la vérité, si j'arrête le travail, qu'est ce que je touche ? Les ASSEDIC, euh... un an ou même pas et après je retourne au RSA et qu'est ce que je fais au RSA avec ma fille ? On touche 580 euros ! Qu'est ce que je fais avec 580 Euros ? Tout juste les...même pas les factures ! Ici je paye 275 euros de loyer de ma poche, j'ai 650 euros de loyer, j'ai l'APL de 377 euros, et le reste je le paye de ma poche. Donc j'ai les factures de téléphone, j'ai la box, j'ai l'électricité...euh...j'ai beaucoup de trucs à payer ! » Alors je lui ai dit à XXX que je pouvais pas rester sans travail. »

P4 « Bah ! Les médecins ils me disaient depuis longtemps hein, de faire ça, ça ou ça, que c'était important... Bon bah moi, je m'en rendais compte mais...je sais pas, c'était pas le moment »

P5 « On vous conseille 'médicalement' de faire telle ou telle chose... Bah quand on n'a pas un rond... ou bien quand on est à droite à gauche à régler des trucs, les problèmes... et qu'en plus on peut pas trop bien marcher, bon... »

IV.2.2.2. Une stature d'autorité moralisante

Le médecin présenterait le rythme qui lui semble juste comme le seul valable.

P1 [A propos des violences conjugales] « Il a dit que j'étais en tort, qu'il aurait fallu que je l'avertisse. Que j'aurais du faire les choses plus tôt. »

P4 « Moi des fois on m'a dit 'oui mais bon aussi, faut vous prendre en charge !'. Bah oui, c'est facile à dire hein, eux ils ont pas mes problèmes... »

Il peut induire un sentiment de régression temporelle en infantilisant la patiente

P2 « Après les médecins de l'armée, c'est euh, faut le voir pour le croire quoi c'est des...très peu d'empathie, des médecins qui... moi j'm'en souviens, c'était une femme, bah elle m'a fait une remarque sur mon soutien-gorge, en me disant que mon soutien-gorge il était trop petit pour moi et qu'à mon âge c'était quand même bizarre de porter des soutifs trop petits, bon bah d'accord mais... »

IV.2.2.3. Prendre du temps pour écouter

Le médecin est aussi vu comme un lieu de refuge face à l'adversité s'il prend le temps de l'écouter

P1 « C'était...mon sauveur. Parce que je parlais. Et je pouvais prendre rendez-vous n'importe quel moment, même que j'attendais longtemps dehors mais au moins je suis arrivé, je parlais un peu, et je parlais. Il était mon généraliste, mon psychiatre et j'avais l'impression que..et une fois j'ai fait pareil avec XXX, j'avais l'impression que..Dr XXX...pcq j'étais pas bien, j'ai pris rendez-vous, je suis partie et j'ai parlé, j'ai parlé, j'ai parlé, elle m'a dit est-ce que je voulais des médicaments, j'ai dit que non. »

Parfois, il est supposé comme tel, en termes projectifs, sans réalité efficiente

P2 « Pourtant j'suis sûre que ce médecin là, mon médecin, enfin le médecin de famille parce que d'ailleurs c'est plus mon médecin généraliste depuis que je suis venue à Marseille, j'ai changé mais bon, lui je suis sûre qu'il m'aurait écouté »

Mais cela arrive parfois trop tardivement

P2 « J'ai vu un médecin, quand je suis partie de l'armée, à la fin fin fin et je pense que c'est le seul qui s'est vraiment intéressé à ma santé psychique et compagnie... »

IV.2.3. Temporalité de la maladie

Si la maladie était un élément central en ce qui concerne le réaménagement symbolique dans les récits étudiés, elle n'était que très peu abordée sur le versant de son histoire naturelle.

IV.2.3.1. Inadéquation temporelle entre la maladie et la malade

Les conditions de vie difficiles font vieillir plus vite :

P1 « Ils m'ont dit, un début d'arthrose. Mais ils m'ont dit vous êtes trop jeune pour avoir ça ! »

P1 « Parce que bon je lui avais montré les analyses et tout et elle m'avait dit que c'est les analyses d'une personne de 80 ans ».

La maladie peut-être le symptôme d'une dissonance temporelle entre un corps souffrant et abîmé, et une vision de soi plus jeune :

P5 « A mon âge, franchement, être dans cet état !... Je suis quand même pas si vieille que ça... »

IV.2.3.2. Refus des contraintes temporelles liées aux traitements

La prise de traitement est vécue comme un effet délétère supplémentaire de la maladie :

P2 « Bah ! Voilà, parce que en fait j'prends pas mon traitement voilà, c'est ça le problème que j'ai... Je le prend mais je le prend mal mais c'est parce que c'est les effets indésirables du traitement, voilà j'suis désolée, les traitements pour les psychotiques en France c'est un truc de malade ! Moi perso j'ai 22 ans, j'ai ni envie de me retrouver obèse, ni envie de me retrouver avec des problèmes cardiaques, ni envie de me retrouver avec des boutons sur la gueule...les traitements pour les psychotiques c'est un truc de malade, ça fait

flipper...ni envie d'être chômeuse 24h/24 parce que j'peux pas me lever le matin parce que la veille au soir j'ai pris ma dose de XXX et que bah voilà après j'arrive pas à me réveiller, parce que ça assomme un cheval cette merde et qu'en plus c'est les doses minimum quoi ! »

IV.2.4. Temporalité sociale

La temporalité sociale, dans le contexte du soin, est celle de l'institution médico-sociale au sens large du terme. Mais il s'agit aussi de celle qui lie l'individu malade au reste du corps social.

IV.2.4.1. Être malade parmi les autres

Le fait d'être malade peut-être vu avec pitié et inciter autrui à prendre de son temps pour venir en aide.

P1 « J'appelais des gens, quand ils me voyaient avec les deux béquilles dehors avec un gamin, aller emmener ma fille chez l'orthodontiste, je sais pas, pour n'importe quoi... les gens ils avaient pitié de moi, ils m'emmenaient, ils me déposaient. Ou bien j'avais une de mes belles-sœurs, de temps en temps elle venait à la maison, elle m'aidait, elle m'emmenait quelque part, mais sinon... »

Cependant, le temps offert reste conditionné à la disponibilité de l'autre

P1 « Bah les amis si vous voulez, on aide une fois deux fois mais bon quand c'est continuel, quand c'est tout le temps... »

De plus, la patience à l'égard des symptômes est également limitée : ainsi, la maladie peut exclure du temps partagé

P2 « Je pense que c'est dur de se faire des copains et puis aussi parce que par rapport à ma maladie...euh...tout le monde ne le supporte pas quoi...même mes potes, les potes que j'avais qui sont venus à Marseille, je leur ai fait des phases tellement bizarre qu'ils ne reviennent plus quoi... ça nous isole, encore plus... »

P4 « Moi j'ai passé 15 ans sans aucun lien social. Parce que les gens comprenaient pas que des fois ça aille, des fois non, enfin ma maladie quoi, c'est pas...ça dépend des jours... »

P5 « Quand tout allait bien, c'est simple, ma maison était tout le temps pleine ! Et puis quand tu commences à plus pouvoir recevoir comme avant, à avoir des problèmes de santé, bah ça se vide »

L'autre peut aussi avoir un regard moralisateur sur la manière dont le temps a été vécu

P1 « Je suis allée voir le conseiller je l'ai supplié, je lui ai expliqué mon cas. Après il m'a dit je vous conseille d'ouvrir un compte LEP pour avoir un logement parce que il m'a dit partir comme ça, ça fait combien de temps, depuis 87 vous êtes chez nous, là ça va faire presque 20 ans vous avez rien fait de votre vie. »

IV.2.4.2. La temporalité des institutions

Le temps imposé par le système de soin est parfois inadapté aux situations particulières d'existence :

P1 « Après quand ils ont su avec la sage femme, [elle parle de violences conjugales] bon j'ai vu pour faire les démarches avec l'assistante sociale qu'elle puisse prendre les enfants mais qu'elle les donne, je veux pas qu'ils aillent dans un autre foyer mais je signe pour ma copine, 'c'est ma sœur, c'est pas ma copine je leur ai dit, c'est ma sœur'. Elle m'a dit 'on est samedi, y'a personne, à partir de lundi' Et quand ils ont su ça, ma belle-mère elle est partie direct voir son fils, le lendemain c'est le beau-père qui vient et c'est le mari qui vient »

Certaines institutions sont vécues comme rejetantes :

P2 « [A l'armée] c'était les pires, on peut pas faire pire, quelqu'un qui se met en arrêt pour dépression, c'était pire que tout, c'est le malade imaginaire, ça le malade imaginaire on me l'a sorti mais 100 fois, y'avait même des chansons, c'était 'le malade imaginaire na-na- na...malade imaginaire' »

Alors que d'autres deviennent protectrices et familières : elles ouvrent un autre rapport au temps

P1 « Après j'en avais ras le bol, j'en parlais, j'avais une assistante sociale, elle m'a dit « je peux pas être ton amie, parce que vu ma fonction, tout ce que tu me dis je peux pas le garder dans le secret » mais moi je lui parlais, je voulais qu'elle soit au courant de tout. Et je lui parlais. Cette dame c'était une dame... Après elle m'a conseillé de m'évader un peu, à la maison de quartier, je faisais un peu de sport, avec la maison de quartier je faisais un peu de couture ».

IV.3. La place de femme

L'approche genrée des problématiques de précarité et de maladie est pertinente car la condition de femme induit des spécificités dans ces situations.

IV.3.1. Apprendre à être femme

IV.3.1.1. Une éducation dominée par les hommes

La figure du père est centrale dans les discours. Il est le premier homme, celui par lequel on comprend que l'on est d'un autre genre.

P4 « Bah pour mon père, euh, ma sœur et moi, on était que des filles quoi ! »

P3 « Je suis née en Algérie, j'ai fait euh, pas trop les études parce qu'on a un père qui est vraiment, comment on dit... sérieux, il aime pas que la fille elle sorte, euh, toutes on s'est mariée 16 ans-17 ans, mes sœurs... »

Cette place de femme imposée par les hommes est vécue comme normale, car inter-générationnelle :

P3 « Il est pas méchant, il est très gentil, il est avec nous, c'est un papa, tout tout tout tout, mais il nous protège, de tout, on sort pas, on va pas au mariage, on va pas chez les gens, non. Ma mère, elle a l'autorisation de partir aux mariages par exemple, elle a l'autorisation pour 1 heure ou 2. Pour féliciter, elle ramène le cadeau ou je sais pas et voilà. »

P2 « Mon père c'est un homme colérique, c'est euh...ma mère euh j'ai des souvenirs euh ma mère elle faisait coiffeuse au black, elle invitait des femmes à venir se faire coiffer tard le soir parce que mon père il travaillait de nuit, j'me souviens de femmes qui venaient à 1h, 2h du matin euh et qui, quand ça toquait ça se cachait sous le canapé »

De fait, elle se poursuit à l'âge adulte : l'homme est le protecteur naturel de la femme

P1 « Alors qu'est ce que j'ai fait j'ai pris le téléphone j'ai appelé mon grand-frère, c'est lui qui avait pris la place de mon père »

Ou du moins il semble qu'il souhaiterait l'être :

P5 « Mon père, il m'en a voulu oui, d'avoir choisi le mari que j'ai choisi, il aurait voulu le choisir pour moi »

IV.3.1.2. Apprendre à rester à sa place de femme

La domination masculine peut être institutionnalisée, imposant de s'y soumettre :

P3 « Et après quand ma mère elle est décédée, j'ai ramenée mon fils ici, voilà..j'ai demandé à son père, parce que nous, avec l'autorisation du papa on peut pas bouger donc j'ai demandé l'autorisation de son père »

Elle peut s'être ancrée au travers de l'image maternelle :

P2 « Ma mère qui me demandait de mentir quand j'étais petite 'Ment, si papa il te demande tu dis pas, tu dis surtout pas ça', j'voyais ma mère se faire cogner... »

La violence masculine permet de garder de l'emprise sur la femme

P1 « Et à chaque fois que je devais passer mon permis, comme par hasard, de deux jours il ne boit pas, il est nickel, il me dit « vas-y fais tes heures de conduite », il m'emmène à mes heures de conduite tout ça et le matin où je dois aller à l'examen, quand il est venu me chercher le moniteur, lui il venait de rentrer, il est rentré 1h avant, il m'a battu à mort, il m'a battu à mort »

Pour être une bonne épouse et une bonne mère, il y aurait des codes à respecter :

P1 « Après il a commencé à se plaindre à sa mère, que j'étais pas une femme pour lui, euh, que je parlais, une grande gueule, que je répondais mal. »

P3 « Moi dès le début, je travaille, je m'occupe de mes enfants. Y'a pas de problème pour moi. Parce que pour moi c'est la routine, y'a pas quelque chose dur pour moi parce que dès le début j'suis... c'est moi qui prend la responsabilité de mes enfants et de moi. Y'a pas de problème. »

« De la souillon à la souillée »

P1 « Moi, j'étais sa femme de ménage, il me jetait tout, je lavais »

IV.3.2. Une vie de devoir

IV.3.2.1. Le rôle de mère, au centre de tout

Les occurrences aux enfants, lorsqu'elles en ont, sont très nombreuses. Ils sont présentés comme le centre de leur monde.

P1 « Non, je vivais au jour le jour. Le plus qui m'importait c'était mes enfants. »

P1 « Moi toujours, toujours, ma priorité c'était mes enfants. »

P3 « Oui mais j'aime bien mais euh...mais moi j'ai, franchement, moi j'dis, quand je suis à la maison, j'aime bien restée avec mes enfants. Voilà, moi j'donne tout à mes enfants. »

Ne pas être mère, est vécu comme un regret

P5 « Non des enfants, j'ai pas pu en avoir. Enfin je dis moi parce que...bon je voulais pas en parler mais mon mari, il en a eu ailleurs. Deux, avec une autre femme. Je pense qu'il en voulait tellement et moi je pouvais pas...ça marchait pas quoi... »

Ce rôle conditionne les autres facettes de la vie de femme

P1 « Bah je suis restée avec lui, toujours pour les enfants »

P3 « Et lui [son ex-mari, le père de ses enfants] il s'est marié. Et il est resté là-bas. Moi je suis restée avec mes enfants et c'est tout. »

La protection des enfants passe avant tout le reste :

P1 « Le déclic du divorce c'était une de ses sœurs qui commençait à agresser mes enfants. »

P1 « Avec ma belle-mère, c'était le conseil de ma belle-mère, pour les frais de notaire, elle m'a dit, je sais que tu es une femme d'intérieur, t'arriveras à mettre un peu de sous de côté, elle m'a dit même 100 francs, 200 francs tous les mois et tu mets de côté. Je me suis tracée un but, il me fallait un logement pour mes enfants. »

Même s'il est alors nécessaire de faire des sacrifices personnels

P1 « Une fois je prenais mes enfants et je partais, j'allais chez une voisine, c'était une copine de ma belle-sœur et après quand je vois que la nuit elle commence à tomber, je vois les petits qui commencent à pleurer, maman je veux dormir, maman je veux ça, maman je veux mon pyjama, manger ça... Après il m'avait enlevé les clés, je vais frapper,

je mets les enfants devant la porte, je me cache et il dit 'de toute façon je m'en doutais que tu reviendrais comme un chien, quand on a pas de famille hein, mais moi si je lève le doigt, toute ma famille elle va te bouffer' ».

P3 « Depuis ce jour là, moi j'avais trop peur. T'imagines, moi je travaille et la petite elle sort, elle va à l'école, moi, imagine ils prennent ma fille et elle disparaît comme toutes les filles qui disparaissent. Alors là j'ai dit non, j'ai dit non. Il fallait que je cherche un appartement et je suis partie tout de suite ici. Il est cher mais je suis tranquille. Je suis en sécurité avec ma fille. »

D'ailleurs, la communauté se mobilise quand des enfants sont en danger

P1 « Alors, ils [les voisins] m'ont tous fait des décharges comme quoi ma belle-sœur elle agressait mes enfants dehors, elle les tapait »

IV.3.2.2. Devoir familial

Perpétuer l'image d'une famille unie est important :

P1 « Parce que bon si vous voulez à un moment on avait plus de contact, on était là c'était juste pour euh, c'était une image quoi, lui il faisait sa vie, moi j'étais sa femme de ménage »

P1 « Parce que nous, quand on se marie c'est pour la vie. »

S'occuper de la maison, en plus de son travail, prend du temps :

P5 « J'adorais mon travail. Et puis c'est vrai que je m'occupais de beaucoup de choses, bon de ma famille c'est une chose mais en plus je m'occupais de deux personnes, voire trois personnes handicapées...âgées... Mais je sais même pas quand j'y songe où je trouvais le temps de faire tout ça »

IV.3.2.3. Corporéité

Le corps est objet de manipulation sociale. Ainsi, celui de la femme prend-il plusieurs visages, celui de la mère, de la femme, de la fille, de l'amante...voire de la putain et peut être objet de déshonneur :

P1 « Ta sœur c'est plus une femme propre – Quoi ?? il lui a dit – Elle lui a dit : les gens ils viennent la récupérer le soir et elle sort toute la nuit, on a des preuves qu'elle va avec les hommes, on a des photos, qu'elle vient que le matin avant le lever du soleil »

Le corps objet :

P1 « Alors si vous voulez après je me laissais faire, c'est comme si c'était un viol quoi, je me laissais faire et c'est comme ça que je suis tombée enceinte »

P1 « J'ai eu un bébé qui est mort à 4 mois dans mon ventre. Il me l'a toujours reproché, je crois c'est à partir de là il a été dire à tout le monde que je me suis faite avorter. Il m'en voulait parce que c'était un garçon. Il a pas compris que j'ai pris la pilule. »

P2 « Et c'est pour ça j'ai une copi...euh une cousine, j'veus disais, ma cousine qui est accro au Subutex, elle se prostitue pour avoir de l'argent, moi j'ai déjà fait euh, j'me suis jamais prostitué mais j'ai déjà fait euh des conneries pour avoir de l'argent quand j'étais étudiante, je regrette énormément, à tel point que mon cerveau là il a décidé de zapper ces étapes là de ma vie et pourtant c'était y'a deux ans et, y'a...et heureusement mon cerveau il choisit certains trucs ou non pq j'ai fait des trucs pour de l'argent et je regrette je regrette je regrette.... »

Le corps attaqué :

P1 [Rapportant les propos de son mari] « 'oh de toute façon t'es grosse', c'est vrai que j'étais grosse, j'avais pris beaucoup de poids, 120 kilo. 'oh de toute façon t'es grosse et handicapée, personne ne te regarde, je sais pas ce que je fous avec toi, que je peux avoir la plus belle des belles !' »

P2 « A l'armée c'est "on n'aime pas les femmes, ça fait chier qu'il y ait des femmes à l'armée, vous nous ralentissez, mais quand même c'est bien qu'il y ait des femmes, parce que quand même on a besoin de baiser et que..donc il faut des femmes pour se vider, donc tu veux pas niquer avec moi ?" »

IV.3.3. Un avenir genré

IV.3.3.1. Stéréotypes de genre

On met en évidence des éléments de discours perpétuant ces stéréotypes

P1 « Je lui ai dit de m'installer la moustiquaire ici, je lui ai dit de faire, rien que ça, le seul jour où elle travaille pas, elle aurait pu me faire un peu de ménage, quelque chose, que ça m'aurait un peu aidé... non. Pourtant c'est une fille. »

P1 « Pour dire que moi, j'étais pas une femme dépensière »

P1 « Femme économique »

P1 « Femme d'intérieur »

P3 « Ah oui, mon papa il était, ohlala ! Franchement euh, un homme, un vrai, qui est toujours debout, ah oui ! Franchement... jamais jamais jamais peur, jamais. »

P1 « J'étais une femme économique lui il partait boire de l'alcool et moi je m'occupais des enfants »

IV.3.3.2. La méfiance vis-à-vis de l'homme

L'autre est perçu comme genré : les hommes, différents d'elles, peut être perçus comme inquiétants

P2 « Maintenant je me méfie...mais plus des hommes que des femmes, ça maintenant c'est un fait, mais par rapport à tout ce que j'ai fait aussi, mais euh...j'sais pas euh.... »

P4 « Bah oui moi, maintenant, les hommes bon... bah vous par exemple, vous auriez été un homme, tout pareil mais un homme, bah euh...désolée hein de le dire mais j'aurais pas voulu vous parler...enfin comme là je veux dire »

P2 « Et après mon divorce j'ai mis ça, j'ai porté ça, le foulard. De façon que je voulais plus voir d'homme. Et j'ai commencé à m'habiller n'importe comment, à la clocharde, n'importe comment quand je suis arrivée à Marseille. »

Il faut cependant noter que cette position genrée connaît des exceptions

P3 « Non je ressemble à mon père ! »

Et que cette méfiance n'est pas toujours genrée

P2 « Non, ici je me méfie trop, je me méfie surtout ici à Marseille, je me méfie trop des gens j'ai du mal... C'est une ville j'ai du mal à m'y faire, à faire confiance aux gens. »

P5 « Moi j'ai du mal à faire confiance. Là par exemple, c'est pas parce que bon, on a passé un bon moment à discuter, que je vous ai raconté tout ça, que je vous fais confiance. »

P3 « Non, je vois les gens qui disent les gros-mots, les femmes qui ont pas bien élevé leurs enfants alors à Marseille, euh non... mais ça fait, ça fait 2 ans que j'habite ici, à l'appartement, dans cet appartement, je connais personne ici. Personne. Bon euh, l'immeuble il est vraiment trop bien. Il est calme, les gens, ils travaillent, ils rentrent chez eux, y'a pas de problème, mais jamais je croise quoi, bonjour / bonsoir, pas plus, j'aime pas. »

IV.3.3.3. Solidarité féminine ?

Face à l'adversité de certaines situations, d'autres femmes apportent un soutien réconfortant

P1 « Alors elle lui a dit 'Ah bon ? Je suis assistante sociale, je connais votre femme, mais je vous connais pas vous. Vous êtes pas digne de cette femme là', elle lui a dit ! »

En opposition à d'autres qui perpétuent le schéma de domination masculine

P1 « J'étais allé voir ma belle-mère. Après elle elle me disait, 'Je peux rien pour toi, lui il vient me voir il me dit que t'es une grande gueule, que t'es pas obéissante, que t'es pas une femme pour lui ta-ta-ta...', j'étais tout le mal, toute la cause c'était moi »

IV.3.3.4. L'orientation sexuelle comme problématique supplémentaire

Une des participantes était homosexuelle. Elle a partagé avec nous cette difficulté supplémentaire à laquelle elle devait faire face.

En famille :

« Je peux pas retourner chez mes parents, chez mes parents, je peux pas retourner vivre une vie qui n'est pas la mienne, j'suis gay, mes parents l'acceptent pas, j'peux pas leur faire accepter quelque chose qu'ils n'acceptent pas »

Mais également au sein de son environnement professionnel :

« [Propos de ses collègues] «ah ! Tu fais chier, tu dégoûtes »

La violence de ce rejet et de cette stigmatisation entraînait un repli sur soi et sur ses semblables qui amène du réconfort

« Des mecs débiles qui avaient du pouvoir en plus, de l'homophobie ambiante en plus, des 'on n'est pas des pédés', ouais, des 'pas de pédés chez nous', des 'attention, si y'a un pédé !' justement y'en avait un, un mec un petit peu efféminé et bah les gens lui faisaient la misère... Mais moi, mais moi j'suis gay moi-même, j'suis gay et moi c'était mort de chez mort, je tolérais pas de voir quelqu'un d'autre comme moi euh, parce que pour moi on est pareil, après c'est dans l'adversité que les liens les plus forts ils se créent et du coup bah moi avec ces gens là, les gays, et bah moi on était ensemble, on était ensemble et moi ça va, à ce moment là ça me rassurait, j'me disais 'ah bah ça va je peux encore servir à qqch, la preuve, j'arrive à remonter le moral d'un mec', on était entre nous, on était 'les cousines', on s'appelait comme ça... »

IV.4. Violences de la vie

La maladie, la précarité et la place de femme sont des facteurs de risque de violence : violence de la maladie, violence du parcours de vie, violence verbale, physique, psychologique, dans la vie personnelle ou en dehors, les exemples ne manquent pas dans les récits recueillis. Cause et conséquence de la situation sociologique, ils font partie intégrante de l'histoire de la personne et conditionnent son rapport à la vie.

IV.4.1. Un passé de violence...

Certains des récits de vie recueillis sont émaillés d'épisodes de violences subies : physiques, verbales, psychologiques, sexuelles...elles restent gravées dans les mémoires. Elles sont vécues comme événement causal constitutif.

IV.4.1.1. Les traumatismes de l'enfance

Les violences subies dans l'enfance restent gravées dans les mémoires. Elles sont vécues comme événements constitutifs.

P2 « Ma mère, j'sais qu'y a un truc qui m'a marqué, pourtant je sais qu'on dit que les souvenirs, on s'en souvient pas à partir de 6 ans ou j'sais pas trop quoi, mais moi j'sais que j'ai un souvenir très net de moi, petite mais petite au point de galérer à marcher et ma mère assise et qui m'a coursé pour me frapper, et elle s'assoit et elle me dit « viens, j'vais pas te taper » et j'lui dit « ah ouais tu vas vraiment pas me taper ? » et elle m'dit

« non, non, j’vais pas te taper » et là elle me met une raclée et j’m’en souviens encore, et ça m’a marqué. »

P4 « Oui, depuis le mort de ma mère en fait, je vivais avec la peur au ventre de mon père »

IV.4.1.2. Violences conjugales

Une des participantes de l’étude avait subi des violences conjugales. Aujourd’hui divorcée, son récit était envahi par ce passé violent. On y retrouve les différents types de violences conjugales.

Violences physiques :

« Il m’avait frappé, je me souviens il porte toujours des chaussures, avec des talons un peu compensés parce qu’il est pas grand de taille donc il se rajoute des semelles, et avec la chaussure dans le dos, dans la tête, dans le crâne, la bouche comme ça en sang, il m’a massacré »

Violences psychologiques :

« [A propos de son traitement antidépresseur] Je prends le téléphone et j’entends ma belle-mère qui parlait avec son fils, elle lui dit ‘je t’ai dit, il faut qu’on trouve les preuves qu’elle se drogue. Tu lui voles les ordonnances et les papiers comme quoi qu’elle se drogue...’

Violences verbales :

« [Alors qu’elle était alitée pour une lombosciatique hyperalgique] Une fois il m’a ramené une grappe de raisin, même pas lavée... ‘Mange pas beaucoup parce que t’es grosse, je vais m’esquinter le dos à te ramasser pour aller aux toilettes’ »

Violences administratives :

« [A propos d’argent qu’elle aurait réussi à épargner, lors d’un rendez-vous avec le banquier] Il [le banquier] lui a dit ‘monsieur c’est son argent’ et lui il a dit ‘non, elle a rien, elle est venue sans rien, c’est mes enfants et les allocations c’est l’argent de mes enfants, je prends tout’. Après derrière il m’a pincé, il m’a parlé en arabe comme quoi que si je signalais pas, ‘tu vas être morte ce soir’ »

Violences sexuelles :

« C’est comme si c’était un viol quoi, je me laissais faire »

Elle décrivait très bien au fil de son récit, comment le cycle de la violence s’était mis en place, insidieusement, dans le temps : après un « mariage d’amour », les violences auraient commencé à la naissance de son premier enfant.

IV.4.2. ...qui explique les maux et les mots du présent

IV.4.2.1. La violence en héritage

Les violences du passé sont vécues comme événement causal constitutif.

Une enfance vécue comme défaillante est perçue comme expliquant les problèmes arrivés plus tard :

P2 « Elle, elle a ça, euh, j'ai une autre cousine qui elle, elle, c'est pareil, la fille de mon oncle et bah elle a eu des carences affectives donc elle c'est plus dans l'argent, elle fait des vols, elle a été en prison au Maroc, ça l'a marqué, maintenant, elle a, ça c'était y'a pas longtemps, elle a été accro à l'héroïne, maintenant c'est au Subutex....c'est euh, j'ai l'impression qu'on a tellement tout réuni pour pas qu'on y arrive qu'au bout d'un moment, on est obligé de pas y arriver quoi... »

P4 « Mon père, ma sœur, enfin la famille quoi, c'était moqueries sur moqueries. Et quand je pleurais, c'était pire, tout le temps à se moquer, à m'humilier. Ça aide pas à prendre confiance en soi vous croyez pas ? »

P2 « Moi ma mère, euh, quand j'étais plus jeune en Algérie j'ai subi des attouchements de la part de mes grands cousins, au lieu de s'en prendre à eux, c'était moi qui m'était faite, j'm'en souviens, je m'étais faite massacrer quoi..euh, c'était euh..et pourtant c'était en flag quoi ! On nous a pris en flag quoi ! En flagrant délit quoi.. Du coup au bout d'un moment j'me dis que voilà quoi, quand tout est rassemblé comme ça quoi, c'est un tout quoi.. Ma maladie, pfff, évidemment quoi... »

En ce qui concerne la patiente victime de violences conjugales, elle fait également un lien entre ces événements et les maux dont elle souffre :

« Les coups de poing qu'il me donnait pas dans le ventre, comment il me tapait, moi j'avais tout le temps mal »

« Ce soir là il m'a battu à mort, dans un état ! Dans un état je suis partie, j'étais mouchetée comme ça ! J'ai pris le bus, j'avais un collègue, je partais avec lui, je suis arrivée à Évreux, et quand je suis arrivée là bas je suis tombée dans les pommes »

« Mon mari il est où ? Il dort dans la chambre, il est bourré, toute la nuit il rentre pas et quand il rentre, s'il entendait du bruit, les enfants ou quoi que ce soit, il me massacrait, c'est de là où j'ai commencé à avoir des douleurs partout, j'ai commencé par les hernies discales. »

IV.4.3. Vulnérabilité et violences au quotidien : et à l'avenir ?

Moins bruyante que les événements cités préalablement, la violence d'un quotidien précaire était également fréquemment mis en évidence dans les discours.

IV.4.3.1. Les problèmes d'argent

Le manque de moyens financiers est perçu comme source d'anxiété. Il constitue un point de convergence familial.

P2 « C'est la peur du manque, de pas avoir assez d'argent tout le temps, tout le temps, de pas avoir assez, de pas gagner assez... Vouloir toujours plus.. Et ça c'est typique de ma famille, ça du côté de mon père c'est l'argent c'est le nerf de la guerre vraiment et ça nous angoisse tous ! Moi mes cousines, mes cousins, j'sais qu'on est tous complexé à ce niveau là, là au niveau de l'argent on a tous un problème ! »

L'angoisse décrite devient tellement envahissante qu'elle devient maladie

P2 « Déjà j'aurais jamais pu demander de l'argent à mes parents quoi, c'était inconcevable, et quand bien même je leur aurais demandé, ils m'auraient pas donné de toute façon et donc j'ai du me débrouiller par mes moyens à moi, ceux que j'avais du moins pour me faire de l'argent... Et c'est ça qui crée la maladie après ! »

Les problèmes d'argent en entraînaient d'autre, inéluctablement

P5 « 'Les conditions de vie difficiles' comme vous dites, bah nous c'est arrivé quand on s'est retrouvé à sec. A devoir remboursé tout ce qu'on avait emprunté. Et bim, comme par hasard, là dessus tu tombes malade, sinon ça serait pas drôle ! »

P5 « Oui bah en plus quand t'es malade et que t'as besoin de trucs payant pour aller mieux bah...aller à la piscine parce que ça fait du bien au dos... Ou tiens, moi par exemple, j'ai besoin de couches. Bah celles qui me vont elles sont pas remboursées. Donc je les commande le moins cher possible sur internet mais c'est un budget... »

Ils peuvent aussi devenir la source d'un potentiel désastre quand ils sont envisagés à l'avenir :

P3 « [A propos d'un éventuel arrêt maladie si son état de santé s'aggravait] Oui, ça deviendrait... Le moral bien-sûr...Si la personne elle travaille, elle paie ses factures, le loyer, si ses enfants il leur manque rien... donc le moral toujours il est bien, il pense pas, parce qu'il est bien. Si tu travailles pas, tu penses à comment tu vas payer ton loyer, comment tu vas payer les factures, comment tu vas, tu vas...nourrir tes enfants.... Là le moral il est euh, ça y est hein !

IV.4.3.2. L'isolement

Les soutiens possibles sont faibles et sans eux, il semble difficile de rebondir : famille, car elle même dans ses propres problématiques, mais aussi corps social sont décrits comme non soutenant :

P2 « le problème c'est quand j'ai quitté l'armée, le problème c'est qu'on m'a pas donné les clés pour euh, pour gérer ça et pour m'en sortir et du coup, une fois que je suis sortie de l'armée, j crois que j'ai fait deux jours, une semaine, j'ai fait une semaine sans boulot, direct j'ai repris après, j pense que j'aurais pas du, j pense que j'aurais du me soigner et essayer de voir un petit peu, euh c que j veux vraiment faire, alors que j'ai pas fait ça du tout, j'ai fait c qu'il fallait faire, pq du coup, bah j'étais dans une situation, bah précaire du coup parce que euh, après l'armée j me retrouve sans boulot, bon mes parents j peux pas vivre chez eux parce que ils savent pas que je suis gay, ils connaissent rien de ma vie, ils sont homophobes mes parents, moi j'ai l'impression de vivre une vie qui n'est pas la mienne euh, puis mes parents de toute façon ils sont aussi dans une situation précaire, ma mère elle est femme de ménage, mon père il est à la retraite, on est 4 enfants, y'en a deux encore à la maison moi j peux pas..moi j pouvais pas rester chez moi, donc j suis partie. »

Rompre l'isolement redonne du sens

P4 « Des amis ? Bah j'en ai quelques uns. Mais ça fait pas longtemps que je les vois, longtemps j'ai vu personne. Maintenant on se retrouve un peu, on fait des trucs, ça change la vie »

IV.4.3.3. Le manque de loisir

Les loisirs, sont vécus comme des moments précieux, car ils font rupture avec le quotidien, permettent l'évasion le temps d'un moment :

P1 « Un petit moment, la petite période oui, on discutait, on rigolait mais quand on était à la couture, au bout d'un moment quelqu'un disait « il est 3h30 hein » et d'un seul coup tout revient, il faut que je rentre à la maison, il faut que j'affronte ça, que j'affronte ça. »

Ils peuvent être perçus comme salutaire pour l'avenir

P4 « Maintenant que je refais un peu des choses, ça va mieux mais sinon, quand tu fais rien de la journée... Bon parce que donc moi, je peux plus travailler, invalidité. Mais voilà, là maintenant je vais essayer de refaire du sport. J'espère avec plaisir »

IV.4.3.4. Le sentiment de vulnérabilité

Au cœur de la précarité, il représente la fragilité vis-à-vis d'une société qu'elles subissent

P2 « Être en précarité, bah c'est toujours être sur le fil, t'es pas encore tombé, mais à tout moment ça peut arriver »

P2 « Si ma copine me quitte et bah j'ai plus rien. J'suis comme ça, à la rue. »

P5 « J'essaie de pas y penser mais si on m'accorde pas la renégociation de prêt... je sais pas comment on va s'en sortir... »

DISCUSSION

Les axes de la question de recherche : la dimension symbolique de la maladie, le temps et la temporalité, la précarité et la spécificité des femmes en contexte de précarité, constitueront l'architecture de notre discussion. Toutefois il nous a semblé nécessaire de ne pas y consacrer des paragraphes séparés, tant l'interaction entre ces notions est permanente. De ce fait nous les appréhenderons selon la dynamique suivante : ce que nous avons appris ce que nous pouvons en dire (interprétation) avec les outils dont on dispose, ce que nous pouvons en faire. Ce processus réflexif se fera en confrontation avec la littérature. La discussion devrait y trouver sa cohérence par rapport à l'objectif de ce travail, à savoir analyser le rapport au temps entretenu par des femmes malade en situation de précarité pour évaluer sa pertinence comme élément compréhensif de leurs représentations, d'elle-même et de leur maladie.

I. Validité interne de l'étude

1.1. Forces de l'étude

Cette étude qualitative, explorant le vécu de la maladie chez des femmes en situation de précarité est, à notre connaissance, la première étude médicale, l'abordant sur le versant de la temporalité avec une perspective sociologique et à ce titre il s'agit d'une approche originale pertinente. A travers l'étude du réaménagement symbolique et de ses *loci* temporeux, nous avons pu obtenir des informations essentielles pour comprendre les représentations des patientes sur elle-même et sur leur maladie.

La méthode par recueil de récit de vie et l'analyse phénoménologique ont permis d'obtenir des informations larges et variées. La mise en évidence de la force du réaménagement symbolique, la place centrale qu'il occupe dans le récit, pourrait permettre aux soignants de s'interroger sur la place qu'il donne à ce phénomène au sein de leur pratique.

N'ayant pas pour but d'être reproductible, la recherche qualitative doit répondre à des critères de validation qui lui sont propres, pour atteindre les qualités de fiabilité, et de richesse des connaissances établies. Ces critères dépendent essentiellement de la rigueur de la méthode. Nous avons tenté d'appliquer au mieux les règles de bonne pratique de ce type d'étude qui suppose une interprétation continue à mesure du codage du matériau.

Le choix d'entretiens individuels narratifs de type récit de vie nous est apparu comme le plus adapté sur le fond du sujet, — étudier les phénomènes temporeux en laissant dire les faits passés, présents et futurs dans une chronologie et un rythme propres à chaque locuteur —, et sur la forme puisqu'il s'agit d'une étude exploratoire. Encore que ce terme soit impropre car il suppose un inachevé et une prééminence de l'approche quantitative. De fait il serait plus juste de penser des prolongements à ce travail inaugural.

La réflexion laissée aux patientes quant à leur volonté ou non de participer à l'étude a également permis de leur donner du temps pour envisager ce qu'elles auraient envie de confier, et de se remémorer en amont des événements jugés comme marquants. Cependant, la grande liberté d'expression laissée aux patientes, l'absence de grille trop stricte pour mener les entretiens et le fait de ne pas avoir insisté sur l'aspect de la spécificité de l'analyse temporelle, permettait de garantir la spontanéité de l'interviewée. Le cadre de l'entretien, le tête à tête entre l'enquêtrice et la patiente, dans un lieu non public, les a amené à une liberté de parole qu'elles n'auraient probablement pas eu en entretien collectif. De plus, dans le cadre d'un travail de thèse de médecine, on peut y voir, comme nous l'avons expliqué longuement précédemment, un miroir du colloque singulier s'instaurant dans un bureau de consultation : ceci renforce l'apport de ce travail à la discipline car cela permet, aux soignants-lecteurs de se projeter plus facilement dans une dynamique approchante.

Une autre force de ce travail a été l'analyse de tous les entretiens menée par l'investigatrice et son directeur de thèse, de manière individuelle. Cette triangulation des données a permis d'augmenter la validité de l'étude.

Ce travail a permis aux patientes interrogées de s'exprimer. Outre le fait d'avoir passé un bon moment, ce qui témoigne de la confiance acquise lors des entretiens, les patientes confient avoir réalisé des choses et se sont senties valorisées de pouvoir aider à la réalisation d'un travail scientifique, visant à aider d'autres patients à travers l'impact qu'il pourrait avoir sur les soignants.

1.2. Faiblesses de l'étude

- Taille de l'échantillon : si elle est réduite, la durée des entretiens compense le nombre. Par ailleurs, dans le doute de la saturation des données nous nous sommes référée au *concept de suffisance* qui permet une analyse des résultats compte tenu de la richesse du matériau. Si le recrutement a permis de varier l'âge des participantes, il aurait été préférable d'obtenir plus de diversité dans les pathologies mais aussi de prendre en compte le statut familial (l'âge des enfants, emploi ou non, vie matrimoniale ou non). De plus, toutes les patientes interrogées vivent en ville. Cependant, concernant ce dernier point, même s'il n'a pas été exploré comme il aurait pu l'être, il s'agissait initialement d'un choix puisque nous envisageons d'exercer en milieu urbain et que nous nous intéressions aux problématiques de cette réalité sociogéographique. Le mode de recrutement aurait aussi pu varier les cabinets de médecine générale. Mais nous avons expliqué précédemment les difficultés rencontrées à cet égard.

- Biais de désirabilité : il s'agit d'exprimer ce que l'on pense que l'interviewer est venu chercher. D'autant plus qu'il s'agissait d'un futur médecin (figure potentielle d'autorité). Cependant, la longueur de l'entretien, les modalités de mise en place et, nous l'espérons, l'attitude de l'enquêtrice, ont probablement permis une parole libérée. De plus, la vie sociale est un théâtre dans laquelle les acteurs jouent le rôle qui leur est donné et nous avons à donner aux autres une certaine représentation de nous-mêmes. Ce processus peut être implicite ou conscient et peut constituer une limite à l'analyse du matériau.

- Expérience méthodologique : les entretiens ont été réalisés par une interne de médecine générale qui expérimentait pour la première fois la recherche qualitative. Ils ont donc vraisemblablement pâti de cette inexpérience. Certains d'entre eux ont manqué d'approfondissement des propos à cause des difficultés à la relance appropriée. Trouver le juste milieu entre le laisser dire et le faire dire est un exercice compliqué ! Cependant, nous pensons avoir partiellement corrigé au fur et à mesure des entretiens l'erreur principale du premier qui consistait à apporter dans ses relances des éléments d'ordre interprétatifs. Les remarques du directeur de thèse nous y ont beaucoup aidé.

- Neutralité du chercheur : si la neutralité du chercheur est un idéal inaccessible (mais est-elle réellement souhaitable ? Nous avons abordé ce point lors de la phase de déconstruction des *a priori*), acceptons également que le chercheur n'est jamais totalement en position supérieure à son sujet mais au cœur de celui-ci. Par ailleurs, le choix des sujets n'est jamais neutre : l'intérêt initial et les *a priori*, malgré le travail préalable de déconstruction ne peuvent disparaître

complètement. On ne peut donc exclure une subjectivité trop importante qui a pu influencer le cours des entretiens.

- Biais d'interprétation : malgré la triangulation des données et la cadrage sociologique apporté par notre directeur de thèse, il existe un biais d'interprétation car les chercheurs sont médecins et il n'est pas possible de mettre complètement à distance leur point de vue médical, sous-tendu par leur expérience professionnelle. Cependant, cela ne nous semble pas particulièrement souhaitable car nous ne cherchions pas à réaliser une étude de sociologie de la santé mais bien un travail de médecine : comme nous nous le sommes déjà demandée, n'est ce pas précisément une spécificité de la recherche médicale que de lier la pratique soignante à la question des valeurs ?

II. Validité externe de l'étude

II.1. Direction et signification : le sens à la lumière du rapport au temps en situation de précarité.

Sur les traces de P. Le Coz, nous avons, dès l'introduction, défendu que la question du sens de l'existence est consubstantielle de l'humanité car « *survivre n'est pas une préoccupation à hauteur d'homme. (...) Les hommes, à la différence des autres animaux qui sont seulement attachés à la conservation de leur être, veulent trouver les raisons de se maintenir en vie. Le suicide en est une tragique illustration* »⁹¹. Nous avons de plus expliqué que cette mise en sens de l'existence ne peut se faire en dehors de tout rapport au temps : il est à la fois la mesure de l'existence humaine qui se découpe en passé, présent et futur, dimensions au sein desquelles se répartissent les événements de vie, sujets au réaménagement symbolique ; il est également la condition nécessaire à l'élaboration du sens de l'existence car « *vivre, au sens authentiquement humain du terme, c'est développer des possibilités, actualiser des virtualités. Cela suppose une existence qui s'écoule dans la durée, avec ses étapes, ses défis, ses mises à l'épreuve de soi.* »⁹² Enfin, sous-tendu par l'idée que le temps était un marqueur fort d'appartenance sociale, nous avons développé l'hypothèse que le phénomène d'accélération temporelle lié à la post-modernité était un modèle fort à propos, pour aborder les spécificités du rapport au temps en situation de précarité. En effet, si l'on considère la précarité comme l'impact de phénomènes matériels sur les possibilités de l'individu de donner du sens à son existence, alors l'inscription précaire dans la post-modernité, caractérisée par l'anomie et l'instantanéité, est pertinente.

⁹¹P. Le Coz, Op. Cit

⁹²P. Le Coz, Op. Cit

II.1.1. Sens et avenir

La littérature nous apprend que « *les rapports entre les dimensions d'instabilité et d'incertitude liées aux situations de précarité et le rapport à l'avenir ont été souligné dans un certains nombres de travaux*⁹³ *qui ont petit à petit imposé ce rapport subjectif comme dimension essentielle dans la définition de ces situations* »⁹⁴. Ainsi, un trait commun des situations de précarité serait que le vécu instable d'aujourd'hui (et d'hier, nous y reviendrons), rendrai(en)t l'avenir incertain voire même, inenvisageable. Pourquoi ? Le psychologue américain A. Maslow envisage les besoins humains en cinq grandes catégories. Les besoins physiologiques sont ceux nécessaires à la survie. Les quatre autres catégories, plus proprement humaines, sont : le besoin de sécurité ; le besoin d'appartenance sociale ; le besoin d'estime de soi ; le besoin de se réaliser. Ces besoins s'organiseraient selon un schéma pyramidal de dépendance ascendante.



Figure 4, La pyramide des besoins de Maslow

L'approche de A. Maslow selon laquelle les besoins les plus élevés dépendent des besoins les moins élevés, est intéressante pour comprendre comment s'articulent les différents éléments constitutifs de la précarité. Ainsi, nous considérons qu'elle démarre par l'altération du deuxième besoin, celui de la sécurité (les besoins premiers, physiologiques étant dans cette situation envisagés sous le spectre du manque potentiel, ce qui entraînerait la chute dans la

⁹³On peut citer à titre d'exemple les travaux de : Bourdieu (1998) ou Cingolani (2005)

⁹⁴N. Fioulaine, op. Cit p 85

pauvreté) qui impacte, nous l'avons déjà vu, les besoins sociaux (liens amicaux, familiaux, de couple...). Mais ce que A. Maslow nous invite à penser va plus loin : en miroir à la réalisation de soi, dont elle serait l'image inversée, la précarité serait un cheminement⁹⁵ en-soi soumis aux contraintes du temps. Les processus de précarisation s'expliqueraient par des parcours n'ayant pas permis la mise en place ou la persistance des sécurités élémentaires. En découlerait l'impossibilité d'envisager l'avenir et donc l'accès à l'estime de soi et à l'accomplissement personnel. Car, comme le signale P. Bourdieu, même si le rapport au temps est défini par la structure sociale, la capacité projective n'en reste pas moins pourvoyeuse de liberté et d'une relative autonomie symbolique⁹⁶. C'est en envisageant l'avenir que l'existence prend une direction. Ensuite, ce modèle met en lumière l'importance de l'expérience de l'altérité dans l'acquisition de l'estime de soi et dans l'accomplissement personnel⁹⁷. Pour P. Le Coz : « *La temporalité et l'altérité, comme l'a bien montré Hegel, sont les deux coordonnées existentielles majeures de l'existence humaine (Hegel, 1941). Nous nous acheminons patiemment vers nous-mêmes en passant par les autres. Ce sont à eux que nous devons d'éprouver la vitalité du temps, au rebours de l'animal qui est « rivé au piquet de l'instant », selon la belle expression de Nietzsche (Nietzsche, 1977).* »⁹⁸

Dans notre étude, nous avons mis en évidence, à la fois le sentiment prégnant d'insécurité, l'isolement dont souffraient les patientes et leurs difficultés de projection dans l'avenir. Le futur est soit inenvisagé, soit source d'angoisse à laquelle on préfère ne pas penser ; il n'est que rarement source de projets. Et lorsqu'ils existent, ils sont eux aussi soumis à l'incertitude quant à la possibilité de leur réalisation, du fait de phénomènes extrinsèques : les conditions seront-elles finalement réunies pour que...? ou intrinsèques : vais-je être capable de mener à bien ce projet...?

Parvenir à s'envisager dans le futur, est une condition nécessaire à la mise en place d'actions censées permettre de se rapprocher d'un moi fantasmé. Sur ce point G. Reach considère qu'il peut être rendu difficile pour une personne de prendre soin de soi par amour de l'être qu'il sera

⁹⁵Nous préférons ici envisager ce processus évolutif dans une dynamique linéaire symbolisée par un chemin et non ascensionnelle, comme l'indique la pyramide, trop attachée, selon nous à la dichotomie succès/échec.

⁹⁶P. Bourdieu, *L'être social le temps et l'existence*, in *Méditations pascaliennes*, Ed Seuil. p 247-288, 1997

⁹⁷Pour A. Maslow c'est donc l'absence d'estime de soi qui entraîne la possibilité d'accomplissement Pour S. Paugam, l'incapacité de projection dans l'avenir entraînerait une dévalorisation de soi. Le lien de causalité serait donc réversible dans un schéma dit de cercle vicieux. En liant l'intuition de A. Maslow à celle de S. Paugam, nous

⁹⁸P. Le Coz, Op. Cit

dans une ou plusieurs décennies et dont il ignore tout⁹⁹. Nous pouvons comprendre que la brutalité de l'instant rend encore plus difficile ce processus et que, par mécanisme inverse, l'absence de projection impacte les mécaniques d'action du présent : la difficulté à envisager « *l'avenir sous l'angle de la durée transforme le rapport au travail, au couple, à la famille, au logement, aux institutions...* »¹⁰⁰ et nous rajoutons, à la santé. Ainsi la 'prise en charge' d'une maladie chronique impose t-elle un rapport à la durée (les rendez-vous et examens de suivi) et à l'avenir : se soigner aujourd'hui pour se préparer un avenir en meilleure santé ne se conçoit pas dès lors qu'il n'y a pas de projection dans le futur. A nouveau, les travaux de G. Réach¹⁰¹ sur l'observance hérités de la philosophie de l'action de D. Davidson¹⁰² qui sépare l'intentionnalité de l'action elle-même¹⁰³, font figure d'outils majeurs de compréhension des difficultés liées au suivi de la maladie chronique à travers notamment des cas d'*akrasia*¹⁰⁴, dans lesquels le sujet agirait à l'encontre de son meilleur jugement. Or, nous proposons de rajouter qu'en situation de précarité, les actions liées au champs de la santé comme toutes les autres, ne relèvent pas d'un choix mais bien d'un non choix lié à l'impossibilité de la projection.

Enfin, si le rapport incertain à l'avenir et l'incapacité projective, sont des éléments essentiels de l'inscription précaire, ils participent aussi à l'enkystement en son sein. Le lien de cause à effet proposé par A. Maslow entre l'estime de soi et l'accomplissement personnel, envisagé comme la possibilité de se préparer au moins mentalement un avenir est inverse selon S. Paugam¹⁰⁵ pour qui c'est de l'incapacité à se projeter dans l'avenir que surviendrait le sentiment de dévalorisation. Nous proposons de considérer ce lien comme bidirectionnel, les deux mécanismes s'auto-entretenant et participant aux difficultés, déjà évoquées, de sortir de la précarité : « *survivre en situation de précarité requiert de compter 'au jour le jour', de s'ajuster au plus près de ce dont on dispose, de s'adapter aux conditions qui vous sont imposées, de restreindre l'horizon temporel de ses engagements, alors que sortir du cercle de la précarité requiert simultanément de s'arracher au quotidien et de régler ses actions routinières sur un projet de vie dont l'issue elle-même est aventurée.* »¹⁰⁶

⁹⁹ G. Réach, *Pourquoi se soigne t-on ?*, éd Le bord de l'eau, 2005

¹⁰⁰N. Fieulaine, Op. Cit p 86

¹⁰¹G. Réach, Op. cit

¹⁰²D. Davidson, *Actions et événements*, éd Epiméthée, 1993

¹⁰³Par exemple : L'individu allume une cigarette pour autant cela n'éteint pas son intention de cesser de fumer.

¹⁰⁴P. Engel, *Le philosophoïre, Action, émotion, motivation : fondements psychologiques du raisonnement pratique*. Ed. Association Le Lisible et l'Ilisible, N°29, p 63-69, 2007

¹⁰⁵S. Paugam, *Le salarié de la précarité*, éd. PUF, 2000

¹⁰⁶M. Leclerc-Olive, S. Engrand, *Sortir de la précarité de l'emploi : entre routine et projet*. In I. Billiard, D. Debordeaux, M. Lurol, *Vivre la précarité, trajectoires et projets de vie*, pp 37-60, éd de l'Aube, 2000, p58

II.1.2. Passé composé

L'impossibilité à voir se dessiner l'avenir serait donc liée à l'irrégularité des parcours et à la fragilisation qu'impliquent les ruptures et discontinuités des histoires de vie. Ceci entraînerait « *la déconstruction des temporalités biographiques* »¹⁰⁷. Ainsi la possibilité de se représenter son histoire comme sensée et cohérente serait plus compliquée et participerait grandement au sentiment d'anomie existentielle. « *La possibilité de construire des récits de vie qui 'se tiennent' s'amenuise[raient]* » selon DeConinck¹⁰⁸. Si nos résultats concordent avec ceux démontrant les difficultés d'envisager l'avenir nous n'avons pas vérifié cette autre hypothèse.

Nous avons défini plus avant, à la suite de D. Bertaux, le récit de vie comme la mise sous forme narrative d'un fragment de l'expérience vécue. De plus, si comme le pense P. Ricoeur, le récit est une synthèse d'éléments épars et hétérogènes en un tout temporellement cohérent, alors il n'est pas possible de dire que les entretiens recueillis ne sont pas des récits, a fortiori de vie. La cohérence des histoires de vie se retrouve dans le lien entre passé et présent, marqué par un arrangement chronologique conséquentialiste interprétatif des événements. La mise en sens de l'existence s'entend ici comme une explication d'ordre causale teintée de réaménagement symbolique.

N. Fieulaine relie le rapport au passé en situation de précarité au registre de la rétention selon Husserl¹⁰⁹ où « *le passé appartient au présent et le domine* »¹¹⁰. Nous avons retrouvé cette tendance forte dans les discours recueillis. Quand le passé est un heureux souvenir, il sert de refuge face à l'adversité du présent avec lequel il est en rupture. Un événement charnière vient expliquer le basculement vers la précarité. Il pouvait s'agir de dettes accumulées qu'il faut un jour commencer à rembourser, d'un mariage malheureux marqué par la violence, d'un divorce ou encore de l'arrivée de la maladie. Lorsque le passé était évoqué sous la forme de difficultés de parcours, d'instabilité et d'isolement social, il donnait également du sens aux événements du présent, vécus avec fatalisme comme un héritage malheureux. Il expliquait aussi l'incapacité à envisager l'avenir. Nous avons préalablement distingué à l'intérieur du terme sens deux acceptions : la signification ou interprétation et la direction ou projection. Nous postulons donc que dans le registre de la rétention, en situation de précarité, l'absence de linéarité du parcours empêche de donner sens à (et vers) l'avenir mais pas de trouver de la cohérence et donc une

¹⁰⁷N. Fieulaine, Op. Cit p 88

¹⁰⁸F. DeConinck, Une mise en intrigue instable de temporalités hétérogènes, *Temporalistes n°44*, 2002

¹⁰⁹E. Husserl, Leçons sur la conscience intime du temps, Ed. PUF, Paris, 1928

¹¹⁰N. Fieulaine, Op. Cit p 319

signification d'ordre causale entre les événements passés et entre eux et le présent. Ou pour le dire autrement, l'absence de direction n'implique pas nécessairement l'absence de signification.

Mais, cette distinction étymologique est-elle pertinente lorsqu'il s'agit de 'donner du sens à son existence' ? Peut-on parler de sens s'il n'est qu'explication ? S'il ne permet pas à l'humain de « *réaliser ses possibilités physiques, intellectuelles et morales dont il est porteur* » dans un avenir envisagé ? Pour rendre compte du sens de l'existence dans toute la densité et la profondeur de ce qu'il implique, il faut que la mise en sens ou signification possède une composante performative.

Le sens de l'existence ainsi définit, on comprend que le rapport au temps en situation de précarité est un élément compréhensif majeur de la spécificité de cette situation sociale. L'interprétation symbolique ne permet pas la construction projective d'une identité réaménagée et choisie. Le rapport causal des événements présents et futurs au passé ne permet pas à ces deux temporalités d'exister en tant que temps des possibles. L'avenir n'existe que lorsqu'il devient présent. Et le présent ne possède pas de sens propre. Nous comprenons désormais en quoi le rapport aux temporalités biographiques en situation de précarité participe au sentiment d'anomie existentielle.

II.1.3. Le présent

Le présent, temps de la quotidienneté, subit de plein fouet le phénomène d'accélération temporelle. La vie au jour le jour et sa dimension asensée se complexifie d'autant plus du fait de l'urgentification dont parle J. Furtos : « *Depuis quelques temps, il faut toujours faire les choses dans l'urgence. Quel que soit le métier, et même sans métier, nous sommes toujours dans l'urgence. Dans la grande précarité, il faut se débrouiller, se dépêcher de fournir des papiers, de suivre des procédures, etc. Il faut toujours résoudre les problèmes dans l'immédiat* ». ¹¹¹

Les notions d'instabilité et de vulnérabilité au centre de l'idée de précarité prennent toute leur dimension dans le quotidien. Nos résultats nous montrent en effet que la peur du manque et de la perte sont au cœur des préoccupations des patientes. Comme le verbalise une des patientes (P2) : « *Être en précarité, bah c'est toujours être sur le fil, t'es pas encore tombé, mais à tout moment ça peut arriver* ». Liées à des conditions socio-économiques en premier lieu, elles

¹¹¹J. Furtos, Op. Cit, p14-15

envahissent peu à peu tous les champs de l'existence et se transforment en angoisse permanente. A l'insécurité quotidienne, se rajoute souvent l'insécurité liée aux rapports sociaux complexifiés par ces conditions de vie. Ainsi, la vie sociale se raréfie, le repli sur soi est fréquent. Les rapports familiaux se tendent, voire s'effondrent dans la violence. Cause et conséquence de la situation de précarité, ces difficultés humaines entraînent un cercle vicieux dont il semble difficile de se sortir.

J. Furtos pense que « *nous sommes dans un monde où il y a une souffrance psychique d'origine sociale* »³⁵. La précarité vue comme une maladie ? Nous avons déjà évoqué les liens possibles entre la vision de C. Marin d'une maladie entraînant une réduction du champ des possibles d'avec la précarité. Les liens entre précarité et moins bon état de santé ne sont plus à démontrer, qu'il s'agisse de la santé psychique ou somatique, des comportements liés à la thérapeutique ou à la prévention : la précarité est-elle à envisager comme une comorbidité ? L'apport de l'analyse sous l'angle du rapport au temps, permet d'appréhender la précarité, non pas seulement comme une situation sociale qui expliquerait de fait l'état de santé dégradé mais comme un système subjectif de vision du monde et de l'existence, ayant entre autre pour conséquence les inégalités sociales de santé. Ainsi, la connaissance de ce phénomène, dans sa densité et profondeur socio-philosophico-sociale apparaît comme un outil précieux du soignant pour appréhender le rapport au monde des personnes en situation de précarité.

II.2. Rapport au temps en situation de précarité : quel impact sur la santé ?

II.2.1. Approche conséquentialiste

La vision conséquentialiste des événements de vie se retrouve dans le rapport entretenu à la maladie. Ceci n'est pas sans rappeler les modèles étiologiques de la maladie de F. Laplantine. Nous proposons d'en exposer certains pour en montrer la pertinence au vu de nos résultats.

- Dans le modèle exogène/endogène, la maladie est soit le résultat d'une intervention extérieure, soit celui d'éléments internes.

Dans nos entretiens nous avons vu la prédominance du modèle exogène. Les violences subies au cours de la vie qu'elles soient conjugales (P1), institutionnelles (P1-P2-P4), parentales (P2-P4), physiques (P1-P2) ou psychologiques (P1-P2-P4), expliquent l'apparition de pathologies somatiques (P1), ou psychiatriques (P2-P4). Les conditions de vie expliquent à elles-seules les difficultés à être en bonne santé (P5). Ce ressenti concorde avec les nombreux travaux sur les inégalités sociales de santé mettant en

évidence le lien entre précarité et plus mauvais état de santé. A titre d'exemple citons les travaux de l'IRDES (Institut de recherche et documentation en économie de la santé) sur la construction des inégalités de santé au cours du cycle de vie¹¹² montrant qu'« être issu d'un milieu défavorisé, avoir connu des épisodes de précarité, avoir des parents de niveau scolaire peu élevé, adoptant des comportements à risque ou en mauvaise santé, sont autant de facteurs explicatifs des inégalités de santé à l'âge adulte. »¹¹³

Pour autant, la distinction n'est pas toujours aussi dichotomique et il apparaît des nuances au sein du 'tout exogène'. Ainsi P1, dont le discours liait clairement son état de santé à ses conditions de vie difficiles finissait par exprimer que sans cela, elle aurait certainement aussi été malade, mais différemment.

La place des facteurs familiaux dans le schéma exogène/endogène interroge, notamment lorsqu'il semble y avoir un caractère, sinon héréditaire, au moins familial (P2-P4). Il apparaît une ambiguïté étiologique. La représentation peut-être exogène : la maladie est transmise par une famille vécue comme entité extérieure, qui ne se rendrait pas compte qu'elle sème le germe de la maladie. Lorsqu'à l'inverse l'individu se considère comme faisant parti du grand tout familial, le modèle est endogène : je porte en moi la maladie qui nous lie comme le sang coulant dans nos veines. Mais dans les deux cas, elle est vécue comme une fatalité sur laquelle la patiente n'a pas de prise. Ceci n'est pas sans rappeler l'œuvre de F. Zorn, *Mars*, publiée pour la première fois en 1977. Le narrateur y relate, à la première personne son expérience et plus précisément encore ce qu'il pense être les raisons de son statut de malade du cancer : son éducation et sa famille. Il écrit que « (...) le mal causé par une éducation erronée est parfois tellement grand qu'il peut aussi se manifester, sous ses formes extrêmes (comme cela paraît bien être mon cas), dans des maladies consécutives à une névrose, par exemple le cancer. Survivrai-je à cette maladie ? Aujourd'hui je n'en sais rien. Au cas où j'en mourrais, on pourra dire de moi que j'ai été éduqué à mort »¹¹⁴. L'approche conséquentialiste empreinte de réaménagement symbolique y est également clairement illustrée : « Ces quelques petits souvenirs d'enfance peuvent sans doute paraître insignifiants et ridicules, et je reconnais volontiers qu'en eux-mêmes ils ne signifient pas grand-chose. Mais je suis convaincu que

¹¹² Programme Drees-Mire, Inserm, DGS, InVS, INCa, RSI sur les inégalités sociales de santé, 2005 ; Enquête Santé et Protection sociale, Irdes, 2006

¹¹³D. Bricard, F. Jusot, S. Tubeuf, Op. Cit

¹¹⁴F. Zorn, *Mars*, Ed. Folio, p 61, réédition de 2016.

de petites anecdotes de ce genre contiennent en germe la catastrophe qui devait plus tard s'abattre sur moi. Je veux parler ici de la violence faite à ma faible personnalité d'alors, ou plutôt à ma personnalité déjà affaiblie (...). »¹¹⁵

Un entretien, celui de P3, dénote toutefois de ce rapport exogène ou mixte à la maladie. On pourrait donc penser qu'elle a une représentation endogène nette, mais en réalité, il est encore autre et ce modèle ne permet pas d'en rendre compte. Nous proposons du Cette dernière n'est pas la conséquence d'événements de vie, mais plus largement, elle est asensée. Un autre modèle de F. Laplantine permet de nous éclairer à ce propos.

- Dans le modèle ontologique/relationnel ou fonctionnel, s'opposent une vision centrée sur la maladie à celle centrée sur le malade. L'approche ontologique considère la maladie comme une altération d'organe alors que pour le modèle relationnel, il s'agit d'un déséquilibre de la personne avec son environnement ou son histoire. Pour P3, sa propre maladie, mais aussi le cancer de sa mère n'ont pas de lien avec le reste de la vie. On pourrait donc dire qu'elle n'en fait pas récit : il n'y a pas de cohérence avec les événements de vie, pas de réaménagement symbolique, éventuellement un lien causal lorsqu'elle évoque son travail de femme de ménage comme potentiellement responsable de ses lombalgies...mais pas de mise en sens. Cette approche ontologique est singulière au sein des récits recueillis. Elle s'inscrit toutefois dans la tendance majoritaire actuellement de la médecine d'organe, issue de plusieurs courants dont le pasteurisme¹¹⁶. Le modèle relationnel est quant à lui souvent associé à des médecines dites alternatives telles l'homéopathie ou les tradimédecines. Sur ce point le Conseil National de l'Ordre des médecins a rappelé récemment (2018) qu'il n'accordait pas la qualité de médecine à ces pratiques pour lui préférer celui de thérapeutiques alternatives. De cette tension entre une médecine organo-centrée et une approche fonctionnelle ne peut-il naître une vision holistique qui parviendrait à considérer la maladie non seulement comme une atteinte tissulaire mais aussi humaine ? Ainsi, soigner serait de se confronter à l'atteinte organique (le *cure* anglo-saxon), mais aussi de porter son intérêt sur l'impact global de la maladie sur le patient (le *care*) et à l'accompagner dans le cheminement de sens qui est le sien. Face à la maladie le réaménagement de soi est, comme nous l'avons déjà vu, un impératif

¹¹⁵F. Zorn, Op. Cit, p 44

¹¹⁶L'émergence de la médecine comme science à la fin du 19^{ème} siècle a favorisé le fondement d'une médecine française fondée sur l'organe malade. Depuis elle n'en est pas sortie. Pour s'en convaincre il convient de se référer au cloisonnement des services hospitaliers par organe ou appareil. Les services de médecine polyvalente ont disparu des CHU, et la médecine interne s'est spécialisée pour devenir des centres de référence.

de reconstruction identitaire qui permet une cohérence du sujet dans ses interactions symboliques avec son entourage. Ce processus permet à nouveau l'existence de « l'être pour soi » dont parle JP. Sartre dans « *l'Être et le néant* »¹¹⁷, une mise à distance de soi qui favorise, par le recouvrement d'une aptitude critique, une réouverture du champ des possibles (forme de projection, fut-elle limitée, de soi malade et précaire).

II.2.2. Précarité et auto-exclusion

L'isolement social inhérent aux situations de précarité et les souffrances qui y sont liées ont été mises en avant au cours des entretiens. L'anomie, la perte de sens en situation de précarité ont été liées à une accélération temporelle responsable de la perte de sécurités élémentaires, de repères moraux, dans un contexte historique et socio-économique précis : la post-modernité. Ces constatations d'ordre sociologiques ont été analysées par le psychiatre J. Furtos sur le versant clinique pour faire émerger un concept qu'il nomme l'auto-exclusion : « *Durkheim a en effet parlé d'anomie : a+nomos, sortir de l'assignation. Ensuite, Robert Castel a parlé de désaffiliation. Quand nous naissons, nous avons une assignation. (...) Ce que Durkheim, au stade du premier capitalisme, et Robert Castel, au stade du deuxième capitalisme, utilisent comme mécanismes, ce sont des signifiants négatifs qui indiquent que l'on sort du fait d'avoir une place quelque part. En tant que psychiatre, je me borne à dire que je constate cette absence de place, cliniquement, dans ma pratique et dans celles des autres, et je l'appelle auto-exclusion. Mais cela aurait pu être auto-désaffiliation, cela aurait pu être auto-anomie.* »¹¹⁸

Le phénomène d'auto-exclusion conceptualise l'idée qu'une personne plongée dans un environnement auquel elle ne se sent pas appartenir, est susceptible de mettre en place un mécanisme de défense sensé la protéger de cette souffrance. Il s'agirait d'une « *sorte de grève de la subjectivité avec soi-même et avec autrui, qui arrête le mouvement du temps dans une forme de disparition du sujet* »¹¹⁹. J. Furtos décrit des formes extrêmes d'auto-exclusion et d'anesthésie affective pouvant aller jusqu'à mimer d'authentiques clivages psychotiques. Mais plus généralement, cette notion permet d'appréhender les difficultés 'à faire' en situation de précarité. Nous avons déjà liée ceci au rapport particulier entretenu à la temporalité. J. Furtos,

¹¹⁷JP. Sartre, *L'Être et le Néant*, Ed. Gallimard, Paris, 1943

¹¹⁸J. Furtos, op. Cit, p 51

¹¹⁹J. Furtos, Op. Cit, 4ème de couverture

lui, parle du « grand temps », celui qui permet de relier chaque individu au reste de l'humanité dont l'accélération temporelle serait responsable de la disparition :

« Quant à la vitesse, dans l'approche que j'en ai aujourd'hui, elle est en rapport avec la sortie hors du grand temps. Il est impossible d'être bien dans sa peau si l'on est pas dans le grand temps, c'est-à-dire si on n'est pas relié à ceux qui nous ont précédé et, par anticipation, à ceux qui viendront après nous : héritage, transmission, discontinuité, culture. Cette atomisation de l'individu fait que nous nous retrouvons seuls, que nous n'avons plus d'objectifs dans le temps long, que nous sommes obligés d'avoir des objectifs marqués par le 'court-termisme'. Nous sommes dans le court terme parce qu'il n'y a plus d'axe organisateur du goût de vivre, plus de temps long vectorisé par le désir »¹²⁰.

Ce « grand temps » s'opposerait donc dieu chronos, qui dévore ses enfants. Ce phénomène, s'inscrit dans une époque donnée et trouve sa quintessence dans les situations de précarité. Cependant, J. Furtos en élargit l'horizon en rappelant qu'en Novembre 2007, un sondage commandé par l'association Emmaüs révélait que 47 % des français interrogés pensait qu'ils pouvaient un jour devenir sans-abris. Après vérification, nous avons constaté que les réponses positives à cette même question posée de nouveau en 2009, était passé à 56 %. Si nous avons dressé un cadre définissant la précarité qui dépasse la seule peur du manque, on comprend cependant bien qu'elle s'inscrit dans une dynamique globale d'une société actuelle teintée d'angoisse et d'incertitude.

Ainsi, au-delà de la prévalence importante de personnes en situation de précarité 'réelle', que les médecins retrouve au sein de leur patientèle, s'interroger sur la précarité permet d'appréhender plus globalement notre monde.

Un autre aspect de notre travail a été de mettre en évidence au sein des discours recueillis, les spécificités liées à la condition de femme en situation de précarité. Ceci se rapproche plus largement de préoccupations liées aux inégalités de genre, particulièrement en santé.

¹²⁰J. Furtos, Op. Cit, p 42

II.3. Violence, féminité, précarité... et santé

Les inégalités de genre, sujet brûlant d'actualité, ont aussi leur place en santé. Dans leur ouvrage très instructif intitulé, *Femmes et santé, encore une affaire d'hommes ?*¹²¹, M. Salle et C. Vidal, les auteures mettent en évidence que contrairement aux idées reçues selon lesquelles, puisque les femmes vivent plus longtemps que les hommes, elles seraient favorisées sur le plan de la santé. Ainsi, « *si elles vivent plus longtemps que les hommes, elles passent aussi plus d'années qu'eux en mauvaise santé et présentent des taux de morbidité bien différents de ceux des hommes aux différents stades de la vie et pour nombre de pathologies* »¹²² Les auteures insistent sur le fait que certaines plaintes de femmes sont moins bien prises au sérieux que les mêmes plaintes émanant des hommes. Ainsi s'explique le sous-diagnostic de pathologies cardio-vasculaires chez les femmes alors qu'il s'agit de la première cause de mortalité des femmes dans le monde : « *Une patiente qui se plaint d'oppression dans la poitrine se verra prescrire des anxiolytiques, alors qu'un homme sera orienté vers un cardiologue* »¹²³. Ceci s'expliquerait pas la persistance de stéréotypes de genre y compris au sein du corps médical.

L'idée répandue que les métiers qualifiés de durs sont majoritairement masculins est également déconstruite par cet ouvrage :

*« En 2016, 67 % des femmes âgées de 20 à 64 ans ayant achevé leur formation initiale travaillaient contre 76 % des hommes. Contrairement à l'idée répandue, on ne les retrouve pas dans les métiers faciles. Elles sont ainsi particulièrement touchées par les troubles musculo-squelettiques (TMS), notamment au niveau des membres supérieurs. Elles occupent souvent des postes de travail qui exigent rapidité et précision, mouvements répétitifs et position assise prolongée (postes d'hôtesse de caisse par exemple). La pénibilité de ces emplois est souvent sous-estimée et difficile à faire reconnaître pour les femmes. Les critères de reconnaissance des maladies professionnelles sont fondés sur le travail masculin. On admet moins difficilement le préjudice subi par un salarié du bâtiment qui a passé sa vie professionnelle à porter des charges lourdes que celui d'une salariée ayant fait des ménages toute sa vie. »*¹²⁴

¹²¹M. Salle, C. Vidal, Femmes en santé, encore une affaire d'hommes ?, éd Belin, 2017

¹²²M. Salle, C. Vidal, Op. Cit, p 6

¹²³M. Salle, C. Vidal, Op. Cit, p 37

¹²⁴M. Salle, C. Vidal, Op. Cit, p 16-17

A ceci s'ajoute le fait que la précarité touche majoritairement les femmes : « *Entre 1975 et 2008, les deux tiers des emplois créés l'ont été à temps partiel et ils ont concerné majoritairement les femmes (près de 70%). D'autre part, l'emploi non-qualifié est de plus en plus féminisé* ». ¹²⁵

A ces contraintes liées à l'emploi, s'ajoutent celles du travail domestique. Nous avons vu dans les discours recueillis, une parfaite illustration de ce qu'on nomme aujourd'hui communément la 'charge mentale'. Définie pour la première fois en 1984 par M. Haicault¹²⁶, elle occupe une place centrale dans les revendications d'égalité de genre. De façon générale, il s'agit de devoir penser simultanément à des choses appartenant à deux mondes séparés physiquement. Elle s'applique particulièrement bien aux femmes puisque bien souvent encore, ce sont elles qui gèrent le quotidien de la famille en plus de leurs occupations professionnelles. Elles toucheraient toutes les classes sociales mais il est vrai qu'en contexte précaire, la spirale est encore plus dramatique. Dans les situations présentées lors de notre travail, s'occuper des enfants est un rôle de femme. Le soutien masculin est très peu évoqué.

Enfin, un dernier point concernant les violences : « *Dans l'espace privé, les violences conjugales s'inscrivent bien souvent dans une spirale de précarité : précarité physique, mentale, sociale et économique. Et si la violence conjugale s'exerce dans toutes les classes sociales, une femme en situation d'insécurité sociale se retrouve enfermée dans un cadre où il est difficile de sortir car elle n'a ni les moyens économiques ni les ressorts psychologiques pour quitter le domicile.* » ¹²⁷

¹²⁵T. Benoit, *Vies de femmes, vies précaires*, éd Belin, 2016, p 12

¹²⁶M. Haicault. *La gestion ordinaire de la vie en deux*. Sociologie du Travail, Elsevier Masson, 1984, 26, Travail des femmes et famille (3), pp.268-277.

¹²⁷T. Benoit, *op. Cit*, p15

III. Ce que nous pouvons en faire

Nous avons déjà soutenue que le but de la recherche qualitative en santé ne consistait pas seulement à proposer des modèles d'interprétation d'une réalité par le biais du discours mais bien de se les approprier pour les réinvestir dans la pratique clinique.

III.1. Un apport à la médecine centrée sur la personne

III.1.1. Du paternalisme à l'autonomie

Nous avons dès l'introduction inscrit ce travail dans la lignée de ceux menés pour développer une médecine centrée sur la personne.

La loi du 4 mars 2002 sur les droits des personnes malades et la qualité du système de santé souhaitait concrétiser une demande sociétale en rééquilibrant la relation médecin-malade, notamment en donnant aux patients une place plus importante dans la décision médicale. Auparavant, dominait un modèle paternaliste, où le médecin, engageait sa responsabilité en prenant pour le patient une 'bonne' décision, « *en référence à la raison et à la prudence, au sens aristotélicien du terme* »¹²⁸ du fait de son savoir scientifique, mais aussi de sa position de non-malade. En effet, un des fondements de cette vision du soin est que le patient, diminué par sa maladie et ignorant de la médecine, ne pourrait avoir une opinion claire de ce qui est le mieux pour lui. Ce modèle longtemps hégémonique d'un médecin tout puissant a commencé à être remis en cause par le corps social, alors même qu'un certain nombre d'affaires (sang contaminé, infections nosocomiales, épidémie de sida...) éclataient au grand jour. De plus, il était reproché à la médecine moderne, techniciste, de s'intéresser plus à la maladie qu'au malade et de ne pas délivrer clairement aux patients, les informations concernant leur santé. Les réticences initiales (et toujours d'actualité ?) du corps médical à l'égard de ces revendications d'autonomie, doivent se comprendre plus largement comme un changement total de paradigme dans l'éthique du médecin. En effet, le paternalisme médical « *a fondé jusqu'ici (...) une part importante de l'éthique déontologique du médecin* »¹²⁹, dans laquelle ce dernier « *a tous les devoirs envers son patient* »¹³⁰, ce que L. Benaroyo appelle « *l'éthique de la responsabilité* »¹³¹. La crainte à l'égard du modèle autonomiste se comprend donc, non (seulement) comme liée la perte d'une

¹²⁸G. Dabouis, V. Fournier, L'évolution de la relation médecin-malade : de la décision à la co-décision, in *Médecine et sciences humaines, Manuel pour les études médicales*, dir. JM. Mouillie, C. Lefève, L. Visier, éd Les Belles Lettres, Paris, 2007, p 274

¹²⁹V. Fournier, S. Trarieux, Les directives anticipées en France, in *Médecine et Droit*, n° 74-75, 2005, p 146-148

¹³⁰G. Dabouis, V. Fournier, op. Cit, p 275

¹³¹L. Benaroyo, *Éthique et responsabilité en médecine*, Ed. Médecine et Hygiène, Genève, 2006

supposée toute puissance, mais aussi (et surtout?), comme la peur de voir les patients prendre de ‘mauvaises’ décisions et d’être abandonnés à eux-mêmes face à la maladie. D’ailleurs, si les critiques concernant le modèle paternaliste étaient fondées, les craintes à l’égard d’un modèle autonomiste maximaliste l’étaient tout autant. Car, le modèle « *du patient-décideur, transpose à la relation médicale le modèle du contrat de prestation de service. (...) Ce modèle entend donner au patient une souveraineté pleine et entière en matière de décision. (...) Le médecin doit présenter le diagnostic, bien le faire comprendre, mais il n’a pas à exprimer de choix de traitements ou de préférences personnelles. (...) Le principe de ce modèle réside dans l’aptitude qu’aurait le patient à mettre en relation ses propres valeurs et les propositions thérapeutiques, avec leurs avantages et leurs inconvénients. D’une part, puisqu’il s’agit de sa vie et qu’il est le premier concerné, il serait légitime qu’il décide ; d’autre part, étant le seul à bien connaître ses préférences de vie, son contexte personnel et social, il serait le seul à pouvoir bien appréhender les retentissements des traitements dans sa vie quotidienne* »¹³². On comprend intuitivement les limites de ce modèle : si certaines maladies sont vécues comme des « catastrophes intimes » ébranlant l’individu dans ses fondations, comment penser la relation médecin-malade comme réduite à celle d’une relation clientéliste ? De plus, est-ce vraiment répondre aux aspirations sociétales qui demandaient à la médecine de se concentrer davantage sur l’homme que sur la maladie, dans une vision plus relationnelle qu’ontologique pour reprendre un des modèles étiologiques de F. Laplantine ? Ce n’est d’ailleurs pas ce que propose la loi du 4 mars 2002 qui dit que « *toute personne prend, avec le professionnel de santé et compte tenu des informations et des préconisations qu’il lui fournit, les décisions concernant sa santé* »¹³³. Elle semble encourager à l’ouverture vers une troisième voie où se met en place, « *un partenariat souple, où s’intègrent la compétence médicale du médecin et la compétence du patient dans l’expression de ses préférences au vu de sa situation de vie* »¹³⁴.

C’est au sein de ce changement de paradigme que s’est développée, ce qu’il est courant désormais d’appeler, l’approche centrée-patient, définie par la Haute Autorité de Santé comme suit¹³⁵ :

¹³²A. Brémond, J. Goffette, N. Moumjid- Ferdjaoui, La relation médecin-malade : entre obéir, consentir et s’accorder, in *Médecine et sciences humaines, Manuel pour les études médicales*, dir. JM. Mouillie, C. Lefève, L. Visier, éd Les Belles Lettres, Paris, 2007, p 279

¹³³Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, aussi appelée loi Kouchner

¹³⁴A. Brémond, J. Goffette, N. Moumjid-Ferdjaoui, Op. Cit, p 282

¹³⁵ Extrait du document : *Mise au point... Organisation des parcours, Démarche centrée sur le patient, Information, conseil, éducation thérapeutique, suivi*, publié par l’HAS en mai 2015.

« La démarche centrée sur le patient s'appuie sur une relation de partenariat avec le patient, ses proches, et le professionnel de santé ou une équipe pluriprofessionnelle pour aboutir à la construction ensemble d'une option de soins, au suivi de sa mise en œuvre et à son ajustement dans le temps. Elle considère qu'il existe une complémentarité entre l'expertise des professionnels et l'expérience du patient acquise au fur et à mesure de la vie avec ses problèmes de santé ou psychosociaux, la maladie et ses répercussions sur sa vie personnelle et celle de ses proches.

Elle se fonde sur :

- Une personnalisation des soins : écoute du patient et compréhension de ce qui est important pour lui ; accès par un dialogue structuré aux connaissances, aux représentations, au du patient, à ses besoins, attentes et préférences ; réponses évolutives dans le temps en fonction des besoins individuels et des circonstances ;
- Le développement et le renforcement des compétences du patient à partager des décisions avec les soignants et à s'engager dans ses soins, dans la gestion de sa vie avec la maladie grâce au partage d'informations, à la délivrance de conseils et de précautions à prendre, à une éducation thérapeutique ;
- Une continuité des soins dans le temps en apportant un suivi et un soutien au patient par une même équipe pluriprofessionnelle et si besoin pluridisciplinaire. »

III.1.2. Médecine centrée sur le patient...ou centrée sur la personne ?

Nous souhaitons apporter une distinction entre cette approche centrée-patient et ce que nous appelons, médecine centrée sur la personne.

Tout d'abord, le choix des mots est important : étymologiquement, le patient est celui qui endure. Ceci indique donc une attitude passive contraire à l'espoir de l'autonomisation dans la maladie chronique.

De plus, se centrer sur le patient, c'est se centrer sur la personne...malade. Or, prenons garde à ne pas 'essentialiser' la maladie, au risque de créer un nouveau modèle qui se voudrait relationnel pour finalement rester ontologique. Il ne s'agit pas d'une futile querelle langagière mais bien d'un véritable positionnement éthique. Considérer la personne « dans sa globalité et sa singularité en interaction dynamique avec son environnement », reconnaître « l'expérience

subjective comme source non substituable du savoir », accorder de l'importance « à l'histoire personnelle, au récit de vie et aux remaniement subjectifs bien au-delà de l'épreuve de la maladie »¹³⁶, voilà ce que nous entendons par médecine centrée sur la personne.

La démarche n'est pas seulement humaniste, elle présente un intérêt indéniable en pratique clinique quotidienne. Comprendre la place que la maladie a dans la vie de tel patient mais aussi appréhender son système de représentations, c'est gagner en efficacité de soin. De plus, de nombreux travaux se multiplient sur le *burn-out* des soignants, « syndrome qui marque une altération profonde de l'idéal du soin »¹³⁷, lié à un système de santé qui globalement pousserait à toujours aller plus vite, pour soigner plus à défaut de soigner mieux, ou juste bien. Ainsi, le besoin est fort de renouer avec le soin dans sa dimension humaniste puisqu'il s'agit d'une demande émanant des patients, comme des soignants.

Nous avons préalablement comparé la maladie à la précarité, dans leur dimension commune d'effondrement d'un rapport serein et projectif au monde et à la vie. Comme d'autres auteurs, J. Furtos considère l'insécurité comme élément clé de la précarité, nous l'avons déjà vu. Mais il soumet l'idée d'une précarité universelle dont l'expérience prendrait fin par la découverte de l'altérité. Ceci nous semble pertinent pour rapprocher de nouveau la maladie et la précarité, nous allons l'expliquer.

« La précarité ordinaire, incontournable, qui se définit comme suit : je suis précaire parce que seul, je ne peux pas vivre. (...) Le comble de la précarité, c'est le petit bébé qui vient de naître, c'est-à-dire qu'il meurt si on ne s'occupe pas de lui, si on ne s'occupe pas de lui avec respect. (...) Au fond, l'intérêt de cette précarité du bébé, c'est que ce petit être qui ne peut manger seul, ne peut se changer, ne peut marcher, peut demander, et le fait qu'il demande et qu'il y ait des personnes tutélaires qui entendent sa demande va créer les premières relations sociales. Les relations surgissent en effet à partir de la précarité, à partir même de la détresse, ce qui produit de la confiance quand cela se passe suffisamment bien. (...) La précarité ordinaire, normale, donne confiance en soi, confiance en autrui, confiance dans l'avenir. »¹³⁸

¹³⁶A. Plagnol, B. Pachoud, B. Granger, Introduction, in Les nouveaux modèles de soins, Une Clinique au service de la personne, Ed. Doin, Coll. La personne en médecine, 2018

¹³⁷A. Plagnol, B. Pachoud, B. Granger, Op. Cit, p XV

¹³⁸J. Furtos, Op. Cit, p 12-13

Il semble de nouveau pertinent de considérer un rapprochement entre expérience de la maladie et expérience de la précarité y compris dans cette nouvelle acception du terme, si l'on s'en réfère à l'herméneutique d'E. Levinas. La souffrance liée à la maladie est « *l'impossibilité de fuir et de reculer, (...) une absence de tout refuge* »¹³⁹. Or, si la maladie est un non-sens, « *pour un patient, sa propre aventure de la souffrance peut aussi prendre un sens dans le face à face avec autrui* »¹⁴⁰, ce qui permettrait de donner, un horizon libérateur puisque « *la relation avec l'avenir, c'est la relation même avec l'autre* »¹⁴¹. Mais cette expérience est bilatérale puisqu'elle fonderait la raison même du soin : « *ainsi, dans la souffrance, le visage de l'autre homme me révèle en tant que médecin, l'injonction à aborder la situation autrement qu'à travers la démarche habituelle des sciences cliniques. La souffrance nous dit Levinas, est « une plainte, un cri, un gémissement ou un soupir, appel originel à l'aide, au secours curatif, au secours de l'autre moi dont l'altérité, dont l'extériorité permettent le salut* ». ¹⁴² »¹⁴³

Ainsi pensée, la précarité permet d'appréhender la maladie, non plus seulement comme l'expérience initiale du 'tomber malade' mais plus largement comme une expérience de communion humaine universelle. Elle redonne aussi tout son sens à la fonction soignante envisager comme centrée sur la personne et non seulement sur le patient.

Nombreux sont les nouveaux modèles de soins permettant d'envisager une médecine centrée sur la personne. Nous pensons que l'approche narrative pourrait y participer.

¹³⁹E. Levinas, *Le Temps et l'Autre*, Ed. PUF, pp 55-58, 1985

¹⁴⁰L. Benaroyo, L'appel de l'autre souffrant, in *Emmanuel Levinas*, Philosophie Magazine, Hors-Série n° 40, 2019, p 36

¹⁴¹E. Levinas, Op. Cit, p 64

¹⁴²E. Levinas, *La souffrance inutile*, in *Entre Nous. Essai sur le penser à l'autre*, Grasset, 1991, p110

¹⁴³L. Benaroyo, L'appel de l'autre souffrant, in *Emmanuel Levinas*, Philosophie Magazine, Hors-Série n° 40, 2019, p 37

III.2. De l'intérêt du récit de vie...

Nous avons défendu l'idée que la maladie était en elle-même une absurdité à laquelle le récit permettait de donner cohérence temporelle signifiante pour la personne, ce que P. Ricoeur a nommé « l'identité narrative ». Or, la médecine narrative, développée initialement par R. Charon, postule que la construction de ce récit est au cœur de toute relation médecin malade.

Nous soutenons que le temps d'écoute médicale ne se réduit pas à une forme d'accueil bienveillant d'un discours. Le récit comme construction duale a en soi une valeur performative. L'arrangement de la narration permet, en dehors des informations délivrées, un réaménagement du sens pour le patient. Parfois une rupture s'opère entre une attente médicale fondée sur la chronologie et un récit articulé autour des associations faites par le patient. Le récit de vie, en tant qu'expression symbolique, participe du soin et de fait est un outil précieux dans la double dimension du *cure* et du *care*.

CONCLUSION

Cette étude portant sur le sens de la maladie chez les femmes en situation de précarité, à l'aune de leur rapport au temps, a été imaginée comme une tentative d'appréhension de cette situation sociale particulière.

Pas toujours bien comprise par les médecins dans sa multiplicité factorielle et dans sa spécificité catégorielle, la précarité n'est pas un phénomène de marge. Réalité sociologique spécifique du monde moderne, elle semble être là pour durer.

Les discriminations de genre sont une réalité sociale bien connue dans de nombreux domaines tel l'emploi. Leur existence en santé est un problème dont les soignants doivent s'emparer si l'on souhaite pouvoir réduire les inégalités sociales de santé de façon plus large. Mais d'une manière plus globale, être une femme aujourd'hui, reste un facteur de vulnérabilité.

L'approche centrée sur la personne pourrait permettre de participer à la réduction de ses inégalités de santé : en prenant en compte les spécificités individuelles de chaque patient, en considérant le recueil de données sociales comme un exercice quotidien de la pratique médicale (sans toutefois tomber dans la stigmatisation sociologique), en laissant de la place au discours et au réarrangement symbolique, en respectant le rythme et le tempo des individus, le prendre soin devient un acte militant. Il redonne toutes ses lettres de noblesse à une médecine souvent dévoyée par le fantasme de la seule puissance du savoir. La place fondamentale du soin primaire et les compétences spécifiques du médecin généraliste se situent là, dans cette vision du patient comme un individu. Pratiquer la médecine peut et doit se penser comme politique au sens où elle participe au bon fonctionnement du corps social.

Le rapport au temps, comme valeur essentielle de l'existence humaine est un angle intéressant pour appréhender cette médecine fondée sur les valeurs. De plus, dans cette société qui va toujours plus vite, les patients réclament du temps et de l'écoute. Les contraintes imposées au système de santé actuel ne semblent pas permettre d'aller dans le sens d'un ralentissement de la cadence (de soin, de flux...) saisie dans une permanence de l'urgence du temps. Mais il conviendrait pourtant d'y réfléchir, par souci d'une médecine plus humaine mais aussi, et peut-être même surtout, dans une perspective d'efficacité notamment en ce qui concerne la pathologie chronique... et donc peut-être même de réduction, *in fine*, des coûts de santé.

BIBLIOGRAPHIE

- JC. Albric L'étude expérimentale des représentations sociales. In: Les représentations sociales. Presses universitaires de France; 1989. p. 187- 203.
- L. Benaroyo, *Éthique et responsabilité en médecine*, Ed. Médecine et Hygiène, Genève, 2006
- L. Benaroyo, L'appel de l'autre souffrant, in *Emmanuel Levinas*, Philosophie Magazine, Hors-Série n° 40, 2019, p35 -37
- T. Benoit, *Vies de femmes, vies précaires*, éd Belin, 2016, p 12
- D. Bertaux B *Le récit de vie*. Coll. 128 tout le savoir, éd. Armand Colin, 4^{ème} édition, 2016
- L. Boltanski & E. Chiapello, *Le nouvel esprit du capitalisme*, Ed Gallimard, Paris 1999
- P. Bourdieu, *L'être social le temps et l'existence*, in *Méditations pascaliennes*, Ed Seuil. P 247-288, 1997
- A. Brémond, J. Goffette, N. Moumjid- Ferdjaoui, La relation médecin-malade : entre obéir, consentir et s'accorder, in *Médecine et sciences humaines, Manuel pour les études médicales*, dir. JM. Mouillie, C. Lefève, L. Visier, éd Les Belles Lettres, Paris, 2007
- M. Bresson, *Sociologie de la précarité*, éd Armand Colin, 2015
- D. Bricard, F. Jusot, S. Tubeuf, Les modes de vie : un canal de transmission des inégalités de santé ?, *Questions d'économie de la santé*, IRDES, Mai 2010, n° 154
- G. Canguilhem in « Thérapeutique, expérimentation, responsabilité », *Études d'histoire et de philosophie des sciences*, 1968
- P. Cornet & al. *Concordance des temps, une grammaire de la temporalité en médecine générale*, 2019, à paraître.
- L. Cote L, J. Turgeon. *Comment lire de façon critique les articles de recherche qualitative en médecine*. *Pédagogie médicale*. 2002 ; 3(2):81-90. DESPRES Caroline – *La Santé de l'homme* n° 422 – octobre-novembre 2012 – INPES
- G. Dabouis, V. Fournier, L'évolution de la relation médecin-malade : de la décision à la co-décision, in *Médecine et sciences humaines, Manuel pour les études médicales*, dir. JM. Mouillie, C. Lefève, L. Visier, éd Les Belles Lettres, Paris, 2007
- D. Davidson, *Actions et événements*, éd Epiméthée, 1993
- F. DeConinck, Une mise en intrigue instable de temporalités hétérogènes, *Temporalistes* n°44, 2002
- MF. Dispaux, « La neutralité à l'épreuve de la clinique au quotidien », *Revue française de psychanalyse*, vol. vol. 71, no. 3, 2007, pp. 669-685.

- P. Engel, *Le philosophe, Action, émotion, motivation : fondements psychologiques du raisonnement pratique*. Ed. Association Le Lisible et l'Illisible, N°29, p 63-69, 2007
- N. Fieulaine *Perspective Temporelle, Situations de Précarité et Santé : Une Approche Psychosociale du Temps*. [Thèse de Doctorat d'Université, Psychologie sociale - Sciences de l'Homme et Société]. Université de Provence - Aix-Marseille I, 2006
- C. Flye Sainte Marie, et al. « Difficultés des médecins généralistes dans la prise en charge de leurs patients précaires », *Santé Publique*, vol. vol. 27, no. 5, 2015, pp. 679-690.
- V. Fournier, S. Trarieux, Les directives anticipées en France, in *Médecine et Droit*, n° 74-75, 2005
- J. Freyssinet, *Le Temps de travail en miettes : vingt ans de politique de l'emploi et de négociation collective*, Éditions de l'Atelier, Paris, 1997
- J. Furtos, *De la précarité à l'auto-exclusion*, Ed Rue d'Ulm/Presses de l'École normale supérieure, 2009
- A. Gélinas, A-S Ruest-Paquette, A. Lilia, S. Forte, M. Cotnam-Kappel, C. Fallu, L. Bartosova. (2012) La réflexivité : exercice pédagogique et outil d'accompagnement aux cycles supérieurs, dans *Revue internationale de pédagogie de l'enseignement supérieur*, 28-2.
- J. Guir sur les phénomènes psychosomatiques. *Psychosomatique et cancer*, Editions Eres, 1983, [en ligne], <https://www.editions-eres.com/nos-auteurs/49275/guir-jean>
- M. Haicault. La gestion ordinaire de la vie en deux . *Sociologie du Travail*, Elsevier Masson, 1984, 26, *Travail des femmes et famille* (3), pp.268-277.
- E. Husserl, *Leçons sur la conscience intime du temps*, Ed. PUF, Paris, 1928
- D. Jodelet, *Les représentations sociales*. Coll. *Sociologie d'aujourd'hui*, éd. PUF, Paris, 2009
- JC. Kaufmann. *L'entretien compréhensif*. Coll. 128, éd. Armand Colin, 4ème édition, 2016
- J. Kivits, F. Balard, C. Fournier, M. Winance (dir), *Les recherches qualitatives en santé*, Coll U, éd. Armand Colin, 2016
- P. Le Coz, Approche philosophique du concept de précarité, in Pierre-Henri Bréchat et al., *Innover contre les inégalités de santé*, Presses de l'EHESP | « Hors collection », 2012 | pages 431 à 440.
- D. Le Breton, *L'interactionnisme symbolique*. Coll. *Quadrige*, éd. PUF, 2016, p.70
- M. Leclerc-Olive, S. Engrand, *Sortir de la précarité de l'emploi : entre routine et projet*. In I. Billiard, D. Debordeaux, M. Lurol, *Vivre la précarité, trajectoires et projets de vie*, pp 37-60, éd de l'Aube, 2000

M. Lemoine, La médecine est-elle une science ?, in Médecine et sciences humaines, Manuel pour les études médicales, dir. JM. Mouillie, C. Lefève, L. Visier, éd Les Belles Lettres, Paris, 2007, p 50

E. Levinas, La souffrance inutile, in Entre Nous. Essai sur le penser à l'autre, Grasset, 1991

E. Levinas, Le Temps et l'Autre, Ed. PUF, pp 55-58, 1985

C. Marin, La maladie, catastrophe intime, Ed PUF, 2015

C. Papinot. Erreurs, biais, perturbations de l'observateur et autres « mauvais génies » des sciences sociales. SociologieS (en ligne), dossiers, Pourquoi parle-t-on de sérendipité aujourd'hui ? Mise en ligne le 19 novembre 2013, consulté le 6 avril 2017. URL : <http://sociologies.revues.org/4534>

S. Paugam, Le salarié de la précarité, éd. PUF, 2000

C. Pelisson, *Ecoute empathique et formation médicale initiale : l'expérience d'un stage ultracourt au sein de SOS amitié par les étudiants en deuxième année de l'université Pierre et Marie Curie permet-elle une meilleure capacité d'écoute des futurs médecins ?* [Thèse de Doctorat de médecine] Université Pierre et Marie Curie, Paris 6, 2016.

A. Plagnol, B. Pachoud, B. Granger, Introduction, in Les nouveaux modèles de soins, Une Clinique au service de la personne, Ed. Doin, Coll. La personne en médecine, 2018

G. Réach, *Pourquoi se soigne t-on ?*, éd Le bord de l'eau, 2005

P. Ricoeur, *Temps et Récit*, ed. Seuil, 1991

H. Rosa, *Accélération, une critique sociale du temps*, éd. La Découverte, 2013

Rutebeuf, La complainte de Rutebeuf, version en français moderne chantée par Léo Ferré

Saint Augustin, Les Confessions, livre XI, chapitre 14

A. Salazar-Orvig, M. Grossen, *Le dialogisme dans l'entretien clinique*, Langage et société 2008/1 (n° 123), p. 37-52. DOI 10.3917/l.s.123.0037

M. Salle, C. Vidal, Femmes en santé, encore une affaire d'hommes ?, éd Belin, 2017

JP. Sartre, *L'Être et le Néant*, Ed. Gallimard, Paris, 1943

L. Sifer-Rivière. « Enquêter par entretiens : se saisir du discours et de l'expérience des personnes », in *Les recherches qualitatives en santé*. Dir, J. Kivits, F. Balard, C. Fournier, M. Winance, Coll U, éd. Armand Colin, 2016, pp 85-100

J. Wresinski, Rapport sur la grande pauvreté et précarité économique et sociale, Conseil économique et sociale, 10-11 février 1987.

N. Zaccai-Reyners, C. Marin & al. Souffrance et douleur. Autour de Paul Ricoeur. PUF, janvier 2013

F. Zorn, *Mars*, Ed. Folio, réédition de 2016.

Définition du dictionnaire Larousse, [en ligne]
<https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/entretien/30081>

Groupe de travail collectif sous l'égide du Collège National des Généralistes Enseignants, Pourquoi et comment enregistrer la situation sociale d'un patient adulte en médecine générale ?, 2014

HAS, *Mise au point...Organisation des parcours, Démarche centrée sur le patient, Information, conseil, éducation thérapeutique, suivi*, mai 2015.

Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, aussi appelée loi Kouchner

Observatoire des Inégalités, (page consultée le 07/07/2018), 3,4 millions de salariés précaires en France, [en ligne] <https://www.inegalites.fr/3-4-millions-de-salaries-precaires-en-France>

Rapport du Défenseur des Droits publié en 2017 intitulé *Des pratiques médicales et dentaires, entre différenciation et discrimination, Une analyse du discours de médecins et dentistes*

ANNEXES

Calcul du score EPICES

N°	Questions	Oui	Non
1	Rencontrez-vous parfois un travailleur social ?	10,06	0
2	Bénéficiez-vous d'une assurance maladie complémentaire ?	-11,83	0
3	Vivez-vous en couple ?	-8,28	0
4	Etes-vous propriétaire de votre logement ?	-8,28	0
5	Y-a-t-il des périodes dans le mois où vous rencontrez de réelles difficultés financières à faire face à vos besoins (alimentation, loyer, EDF...) ?	14,80	0
6	Vous est-il arrivé de faire du sport au cours des 12 derniers mois ?	-6,51	0
7	Etes-vous allé au spectacle au cours des 12 derniers mois ?	-7,10	0
8	Etes-vous parti en vacances au cours des 12 derniers mois ?	-7,10	0
9	Au cours des 6 derniers mois, avez-vous eu des contacts avec des membres de votre famille autres que vos parents ou vos enfants	-9,47	0
10	En cas de difficultés, y-a-t-il dans votre entourage des personnes sur qui vous puissiez compter pour vous héberger quelques jours en cas de besoin?	-9,47	0
11	En cas de difficultés, y-a-t-il dans votre entourage des personnes sur qui vous puissiez compter pour vous apporter une aide matérielle ?	-7,10	0
	constante	75,14	

Calcul du score : **Il faut impérativement que toutes les questions soient renseignées**

Chaque coefficient est ajouté à la constante si la réponse à la question est oui.

Exemple : Pour une personne qui a répondu oui aux questions 1, 2 et 3, et non aux autres questions

$$\text{EPICES} = 75,14 + 10,06 - 11,83 - 8,28 = 65,09$$

Madame, Monsieur,

Actuellement interne en médecine générale à l'Université d'Aix-Marseille, je me permets par le présent mail, de solliciter votre aide pour le recrutement de patients dans le cadre de ma thèse.

Vous trouverez dans la suite de ce mail la présentation de mon travail.

Présentation de mon projet de thèse

Mon étude s'intitule : *Temporalité et sens de la maladie chez les femmes en situation de précarité. De l'intérêt des récits de vie dans une approche centrée- sur la personne en médecine générale.*

La question de recherche est formulée ainsi : En quoi l'analyse des éléments de temporalité dans les récits de vie de patientes en situation de précarité permet-elle de mieux comprendre la représentation qu'elles ont d'elle-même et de leur maladie ?

La direction scientifique de mon travail est assurée par le Professeur Cornet PU-PH de médecine générale et docteur en sociologie.

Il s'agit d'une étude qualitative de type phénoménologique, par récits de vie.

Il s'agit donc de proposer à des patientes vivant en situation de précarité et présentant une maladie chronique, de participer à mon étude.

La chronicité est impérative puisqu'il s'agit d'étudier le phénomène "temporalité" au travers du récit qu'elles me feront de leur maladie. Celle-ci doit donc s'inscrire dans le temps et nécessiter par son essence même, un suivi médical (de médecine générale notamment) et un investissement de la patiente dans son quotidien (règles hygiéno-diététiques, prise de médicaments, adaptation de son mode de vie par contrainte de la maladie...) **même si cela n'est pas fait de façon optimal par la patiente.** Je pense par exemple à un diabète insulino-requérant, à une insuffisance cardiaque, à une BPCO, à une néphropathie, à une pathologie auto-immune, aux séquelles d'un accident ou d'un AVC...entre autres ! Elles peuvent par ailleurs cumuler plusieurs maladies.

Les patientes doivent par ailleurs parler français et être âgées d'au moins 18 ans.

Pour ce qui est de la précarité, j'ai décidé d'utiliser le score EPICES, comme critère de recrutement.

L'objectif de ce travail est d'appréhender la notion de temporalité (projection dans l'avenir, vécu du présent, vécu de l'accélération temporelle...) en situation de précarité dans l'idée de compléter (modestement !) les connaissances de l'approche centrée-patient/médecine fondée sur les valeurs du patient...dans un objectif d'amélioration de la prise en charge, de l'observance et tout simplement de la compréhension des réalités existentielles des patients.

De plus, à titre personnel, je suis sensible aux problématiques sociales en santé. J'ai l'année dernière, validé un DU à la faculté de Montpellier intitulé Santé, Solidarité, Précarité, organisé en partie par Médecins du Monde, et qui m'a beaucoup enrichi. C'est pour cette raison que j'ai souhaité travailler pour ma thèse sur la précarité, au sens de vulnérabilité sociale.

Comment se passe le recrutement ?

Je rencontre les patientes en deux temps.

1) Lors de la première rencontre, initiée par le médecin généraliste, en direct ou par téléphone, je leur explique mon travail puis, s'ils sont d'accord pour y participer, je remplis avec elles le score EPICES pour que je sache si je peux ou non les inclure.

J'ai préparé un document explicatif que je leur remettrai, par mail ou directement, voire par courrier s'ils n'ont pas d'accès facile à internet (il peut aussi être envisageable que le médecin généraliste m'aidant pour le

recrutement leur remette pour moi) et leur laisserai le temps de réfléchir pour savoir si elles ont toujours envie de participer.

2) Après quelques jours, je les recontacterai par téléphone pour convenir avec elles, d'un deuxième rendez-vous, pour l'entretien à proprement parlé. Celui-ci dure entre 1 et 3 heures.

Pour des raisons de méthodologie, lorsque le médecin généraliste qui m'introduit auprès des patientes leur explique ce que je fais, il faut leur dire qu'il s'agit d'une étude sur leur vie avec la maladie, en situation de vie compliquée/difficiles/précaires, chez les femmes. En effet, je ne souhaite pas introduire la notion de temporalité dans la présentation de mon travail pour ne pas biaiser la manière dont elles me parleront de leur vie. J'analyserai cette dimension de leur discours mais je ne veux pas forcer le discours en ce sens.

Je vous remercie par avance d'avoir pris le temps de lire ce long mail et s'il vous semble possible de m'aider, je suis à votre entière disposition pour répondre à toutes les questions que vous auriez à me poser !

Je vous laisse ici mon numéro de portable : 06 80 74 70 05.

En espérant que vous pourrez répondre favorablement à ma demande, je vous prie de croire Madame, Monsieur, en l'expression de mes sentiments les plus respectueux.

Marie Eeckhout, interne médecine générale, Université Aix-Marseille

A Marseille, le

Madame,

Vous avez acceptée, et je vous en remercie, de participer à la recherche que je réalise dans le cadre de ma thèse en médecine générale.

Le but de cette étude est de participer à **aider les médecins à mieux comprendre le vécu et le ressenti des patientes en situation de précarité face à leur maladie.**

Pour vous, il s'agira de :

1) Remplir avec moi, aujourd'hui, **un questionnaire** permettant d'évaluer la précarité (il s'agit du score EPICES).

En effet, les patientes qui peuvent participer à cette étude doivent obligatoirement correspondre à la définition de la précarité selon ce questionnaire. Si je vous propose de participer à l'étape n°2), c'est que vous pouvez participer.

2) Participer à **un entretien d'1 à 2h environ**, avec moi, durant lequel nous parlerons de votre vie avec la maladie.

Cet entretien sera enregistré pour que je puisse le réécouter afin de poursuivre mon travail.

Quelques points importants à préciser :

1) *Les données recueillies lors de cette recherche (questionnaire et entretien) demeureront strictement anonymes et confidentielles. Seul votre médecin généraliste, qui nous a présenté, saura que vous participez à cette étude. Il est lui-même tenu à la confidentialité.*

2) *A la fin du travail de recherche, l'ensemble de l'enregistrement sera détruit.*

3) *Vous pouvez refuser de participer à cette étude sans aucune conséquence pour vous.*

4) *Vous pouvez retirer votre consentement à tout moment, avant et en cours d'étude, sans avoir à vous justifier et sans conséquence pour vous.*

5) *Les coordonnées que vous voudrez bien me communiquer ne seront utilisées que par moi-même et dans le cadre de cette étude.*

Dans quelques jours, je vous recontacterai pour convenir d'un rendez-vous pour réaliser l'entretien, au mois de, si vous êtes toujours d'accord.

Je vous remercie encore d'accepter de participer à cette étude et d'aider ainsi, à mieux comprendre les patientes.

Marie Eeckhout, doctorante,
Université d'Aix-Marseille.

Formulaire du recueil de consentement

Temporalité et sens de la maladie en situation de précarité.

De l'intérêt des récits de vie dans une approche centrée-patient en médecine générale

Eeckhout, Marie, de la faculté de médecine de l'Université d'Aix-Marseille, investigateur principal m'a proposé de participer à la recherche intitulée : Temporalité et sens de la maladie chez les femmes en situation de précarité, De l'intérêt des récits de vie dans une approche centrée sur la personne en médecine générale.

J'ai pris connaissance de la note d'information m'expliquant le protocole de recherche mentionné ci-dessus. J'ai pu poser toutes les questions que je voulais, j'ai reçu des réponses adaptées.

J'ai noté que les données recueillies lors de cette recherche demeureront strictement confidentielles. A la fin du travail de recherche, l'ensemble des enregistrements seront détruits.

J'accepte le traitement informatisé des données nominatives qui me concernent en conformité avec les dispositions de la loi n°2004-801 du 6 août 2004 relative à la protection des personnes et modifiant la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés. J'ai noté que je pourrai exercer mon droit d'accès et de rectification garanti par les articles 39 et 40 de cette loi en m'adressant auprès de Marie Eeckhout.

J'ai compris que je pouvais refuser de participer à cette étude sans conséquence pour moi, et que je pourrai retirer mon consentement à tout moment, avant et en cours d'étude, sans avoir à me justifier et sans conséquence pour moi.

Compte tenu des informations qui m'ont été transmises, j'accepte librement et volontairement de participer à la recherche intitulée : « Temporalité et sens de la maladie en situation de précarité, De l'intérêt des récits de vie dans une approche centrée-patient en médecine générale. ».

Paraphe :

Mon consentement ne décharge pas l'investigateur de sa responsabilité à mon égard.

Fait à _____, le _____
En deux exemplaires originaux

Participant à la recherche

Nom Prénom

Signature :
(Précédée de la mention : Lu, compris et approuvé)

Investigateur principal

Nom Prénom

Signature :

SERMENT D'HIPPOCRATE

Au moment d'être admis(e) à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité.

Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans **aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions**. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas **usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité**.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences.

Je ne tromperai **jamais leur confiance** et **n'exploiterai pas le pouvoir hérité** des circonstances pour forcer les consciences.

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admis(e) dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. **Reçu(e) à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers** et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonoré(e) et méprisé(e) si j'y manque.

RÉSUMÉ

Contexte : La précarité, réalité sociologique multidimensionnelle au centre de laquelle se trouve l'incertitude et la vulnérabilité, entraîne des spécificités dans le rapport au temps. Les femmes sont les plus touchées et la condition féminine en situation de précarité comporte des spécificités de genre. Liée à l'émergence de la post-modernité dans les années 1980, elle en subit de plein fouet les mécanismes d'accélération temporelle. Or, si le rapport au temps est une composante essentielle du fonctionnement humain, à la fois comme rapport personnel au monde et comme marqueur d'appartenance à un groupe social, on peut penser qu'il conditionne les représentations de soi-même et, de la maladie. Cette étude s'inscrit dans l'approche de la médecine centrée sur la personne.

Objectif : Montrer que l'analyse des éléments de temporalité dans les récits de vie de femmes malades en situation de précarité permet de mieux comprendre leur représentation d'elle-même et de leur maladie.

Méthode : Étude qualitative phénoménologique inductive réalisée à partir de 5 entretiens narratifs de type récit de vie de patientes en situation de précarité (score EPICES > 30) dans les Bouches-du-Rhône. L'analyse des verbatim a été réalisée par deux investigateurs différents.

Résultats : Il existe un réaménagement symbolique des événements de vie en rapport avec la maladie : le présent est lié au passé par une cohérence d'ordre causale. On constate en revanche, une difficulté à se projeter dans l'avenir, ce qui complique l'optimisation du soin. Mais ce qui empêche également de donner du sens à son existence si on accepte de dire qu'il convient pour cela de réécrire son passé et de vivre son présent en s'envisageant dans le futur. L'insécurité liée à la précarité, permet de la rapprocher de la maladie si on envisage cette dernière comme une catastrophe intime, déstabilisant l'individu. Les violences de la vie deviennent des maux et permettent d'envisager la précarité comme une comorbidité.

Conclusion : Le récit de vie permet aux patientes de s'approprier des événements épars de leur vie pour donner y donner une cohérence temporelle et symbolique. La médecine narrative pourrait être un bon outil pour soutenir les patientes en situation de précarité dans leur parcours de vie avec la maladie.

Mots-clés : femme et précarité, sens de la maladie, temporalité, récit de vie, médecine centrée sur la personne, représentations.

Jury :

Président : Monsieur le Professeur Fabrice Bartolomei

Membres : Monsieur le Professeur Patrick Gerbeaux ; Monsieur le Professeur Philippe Cornet ;

Monsieur le Professeur Pierre Le Coz ; Monsieur le Docteur Ludovic Casanova