



L'exclusion de la santé : Comment le processus se construit-il et quels facteurs y contribuent-ils ?

**D. DOUMONT
I. AUJOLAT
A. DECCACHE**

**DECEMBRE 2000
Réf. : 00-10**

Série de dossiers documentaires

avec le soutien de la Communauté française de Belgique



Table des matières

Introduction

1° Définitions de l'exclusion sociale et de santé

- a) l'exclusion par rapport à son contraire
- b) l'exclusion par rapport à un système social
- c) définition multifactorielle de l'exclusion
- d) l'exclusion se rapportant directement au concept de santé

2° Exclusion et état de santé

3° Suivant quel processus l'exclusion de la santé se construit-elle ?

4° Quels sont les facteurs (modifiables ou non) qui influencent le processus d'exclusion de la santé ?

- a) les représentations
- b) autres facteurs influençant le processus d'exclusion

5° Quelles actions peut-on mettre en place pour lutter contre l'exclusion ?

6° Conclusions

7° Bibliographie

Dominique DOUMONT, Isabelle AUJOULAT, Alain DECCACHE¹.
Unité RESO, Education pour la santé, Faculté de Médecine, Université Catholique de Louvain.

L'exclusion de la santé : Comment le processus se construit-il et quels facteurs y contribuent-ils ?

Introduction

Ce dossier a été réalisé dans le cadre d'un projet de recherche fondamentale sur les processus d'exclusion. Il vise à faire le point sur les points de vues disciplinaires sur le sujet et comprendre les différentes interprétations existantes du processus d'exclusion, notamment dans le champ de la santé biopsychosociale.

1° Définitions de l'exclusion sociale et de santé

Vouloir définir l'exclusion pose d'emblée un problème conceptuel. En effet, certains auteurs utilisent les termes de pauvreté, de précarité, d'exclusion, de populations fragilisées et/ou défavorisées pour décrire parfois indifféremment des réalités qui se complètent ou se recoupent. Une certaine confusion existe quant à l'utilisation de ces termes.

Devant ces difficultés de terminologie et dans un souci de clarté, il a été choisi de définir l'exclusion à partir de l'ensemble de ces termes et de regrouper les différentes notions en quatre grandes catégories.

- a) définition de l'exclusion par rapport à son contraire
- b) définition de l'exclusion par rapport à un système social
- c) définition multifactorielle de l'exclusion
- d) définition de l'exclusion se rapportant directement au concept de santé

a) L'exclusion par rapport à son contraire

Compte-tenu de la complexité du concept que désigne le terme d'exclusion, certains auteurs, comme Fabre (2), choisissent d'appréhender l'exclusion par la définition de son contraire et ont recours à des termes tels que l'intégration, l'insertion, ou encore la réinsertion.

¹ L'analyse des publications a été réalisée par I. Aujoulat, V. Barholere, A. Deccache, D. Doumont, Fr. Libion, Ph. Meremans et Fr. Renard.
H/users/fixe/rech/dossierdd/exclutext.

Pour Helardot V. (3), l'exclusion, la pauvreté, la désinsertion, la désaffiliation, la marginalité,... ont tous en commun un manque, un défaut d'intégration. On parle d'exclusion (ou de précarité, ...) s'il y a un manque partiel ou total d'accès à l'emploi ou s'il y a affaiblissement de liens sociaux ou relationnels.

L'exclusion (tout comme l'intégration, son contraire) se définit donc comme un processus multidimensionnel se déclinant à la fois dans le domaine professionnel et dans le domaine relationnel, et elle peut également toucher d'autres aspects des conditions de vie tels que le logement, l'accessibilité aux soins, ...

L'auteur fait toutefois remarquer le danger de parler d'exclusion (et d'exclus), car le concept recouvre des réalités très diversifiées : le chômeur ne sera pas mis en situation d'exclusion de la même façon qu'une mère célibataire

Helardot préfère parler de précarisation ou de désaffiliation pour évoquer ce phénomène.

Il note également que l'exclusion totale et l'intégration sociale complète peuvent être vues comme deux pôles d'un continuum théorique mais que ces concepts n'existent pas en tant que tels dans la réalité quotidienne.

b) L'exclusion par rapport à un système social

L'exclusion est plus souvent pensée et définie par rapport au système social que par rapport à la santé. Ainsi, Siegrist (5) évoque une approche plus socio-psychologique de l'exclusion.

Elle est d'abord définie comme une limitation des rôles sociaux (professionnels, sociaux, familiaux), qui peut conduire à des problèmes de santé et à une morbidité spécifique.

Selon ATD quart monde (9), « ... il y a précarité quand il y a absence d'une ou de plusieurs des sécurités qui permettent aux personnes ou aux familles d'assumer leurs responsabilités élémentaires, et de jouir de leurs droits fondamentaux . »

« ... quand la précarité affecte plusieurs domaines de l'existence, lorsqu'elle tend à se prolonger et devient persistante, elle engendre la grande pauvreté. Elle compromet alors gravement les chances de reconquérir ses droits et de réassumer ses responsabilités par soi-même dans un avenir prévisible ».

Pour Grawitz, (cité par Arene M. et al) (12), l'exclusion est un terme paradoxal qui évoque non seulement le rejet de l'individu d'un groupe auquel il appartenait (du latin « ex ») mais également l'interdiction et le rejet de personnes que ne font pas partie de ce groupe (du latin « cludere »). On peut donc assimiler à l'exclusion aussi bien les personnes rejetées d'un système que celles qui n'y ont jamais eu accès parce que ne « remplissant pas les conditions », telles que les personnes handicapées, immigrées, ...

Pour Soumia, (cité par Arene M. et al) (12), la pauvreté est perçue comme « l'état d'une personne ou d'un groupe qui dispose de peu de ressources ». « La notion de pauvreté est relative, et le seuil de pauvreté est apprécié de façon variable selon l'histoire, les cultures, le niveau de vie moyen du groupe observé, et selon l'observateur ».

Aïache ⁽¹⁸⁾ reprend les définitions apportées par Soumia (cfr supra) pour définir la précarité et celle définie par l'Insee pour définir la notion de pauvreté : « *On ne peut approcher la pauvreté qu'en utilisant divers indicateurs de type monétaire (salaire, revenu) . Pris isolément, ils sont vivement contestés, mais croisés avec d'autres indicateurs (logement, emploi, santé, ...), ils donnent une idée précise des caractéristiques des familles touchées par un cumul de facteurs de pauvreté* ».

Ravaud et Stiker ⁽²¹⁾ définissent l'exclusion et l'inclusion suivant un type de société. Ils se réfèrent à Durkheim qui distingue le fait d'être « *exclu DE la société* » du fait d'être « *exclu DANS la société* ». Durkheim fait référence à deux types de société : l'une traditionnelle, l'autre moderne.

Pour lui, les sociétés traditionnelles ou anciennes « *...sont fortement intégrées mais ne peuvent admettre les corps étrangers* ». Quand elles « *excluent* », c'est de façon radicale. Ces sociétés sont souvent incapables d'assimiler du neuf. Quant aux sociétés modernes, « *elles ont une capacité d'inclusion très large, mais en revanche sont en danger de constituer de poches de mise à part à l'intérieur d'elles-mêmes* ».

Afin d'illustrer un peu mieux ces propos, l'auteur évoque la place du nain dans la société. Autrefois, le nain était intégré dans la société à condition de ne pas prétendre sortir de sa condition, fixée une fois pour toute (nain « *joujou* » de l'ancien régime) . Rien n'était prévu socialement pour aider à l'émancipation de celui-ci. Les personnes de petite taille aujourd'hui subissent le poids des représentations dévalorisantes, mais on leur accorde le droit et vivre et travailler comme tout un chacun.

Dans les sociétés anciennes : l'intégration signifie avoir une place fixe, stable dans un ensemble qui n'entend pas se modifier. « *Celui qui n'a pas une place de ce type ne fait pas partie de la société* ». Il n'existe pas de véritable processus permettant « *d'être compris dans* ». Ce type de société où il faut être « *un semblable* », « *un proche* », et où les places et les statuts sont prédéterminés, ne tolère pas « *l'étranger* » qui est alors exclu de la société.

Les sociétés modernes quant à elles, doivent construire leur propre solidarité et leur mode d'intégration. « *Elles ne peuvent pas se reposer sur une place donnée par la tradition et la culture* ». L'exigence d'offrir une place évolutive à l'individu s'impose dans ce mode de société occidentale, nécessitant ainsi une idée de processus d'intégration. L'intégration est menacée si, d'une part, il n'y a plus de dispositions communes pour maintenir le lien social (appelé par Durkheim « *anomie* ») et si, d'autre part, il n'y a plus assez de représentations partagées pour que ces processus soient entretenus (Durkheim parle de « *cohésion sociale* »). Les risques de marginalisation sociale, d'abandon et d'exclusion sont d'autant plus importants dans ce type de sociétés, qu'elles sont poussées par la nécessité d'établir par elles-mêmes les conditions de l'inclusion pour faire vivre la cohésion et réduire les inégalités.

Aujourd'hui, les deux types d'exclusion coexistent dans nos sociétés qui incluent la société traditionnelle et la société moderne en même temps.

c) Définition multifactorielle de l'exclusion

Nombreux sont les auteurs qui s'intéressent à l'exclusion à partir des facteurs qui la définissent ou la favorisent. Comme nous l'avons vu plus haut, ces facteurs, nombreux, sont à l'origine d'une terminologie diversifiée, qui définit la plupart du temps une même réalité complexe et multiforme.

Renion G. ⁽¹⁾ définit l'exclusion par rapport à un ou des groupes sociaux « normaux » répondant ainsi à une norme apparemment implicite, non définie. Il évoque les populations de réfugiés, de clandestins, d'immigrés, les personnes âgées, les personnes isolées, ...

L'auteur signale également que la précarité est un préalable à la pauvreté et à l'exclusion. Elle est le résultat de la survenue d'un accident qui fragilise l'équilibre existant.

Fabre C. ⁽²⁾ propose une tentative de « catégorisation » pour distinguer la pauvreté, la précarité et l'exclusion :

Pour lui, la pauvreté est évaluée selon le niveau de ressources financières. C'est l'état de quelqu'un qui vit avec des ressources financières inférieures au seuil fixé par des institutions sociales .

La précarité est un équilibre momentanément préservé mais qui reste fragile. Cette définition s'oppose à d'autres définitions de précarité où justement l'équilibre est rompu à cause d'un incident.

Enfin, selon le même auteur, le concept d'exclusion recoupe en partie les deux autres (pauvreté et précarité) et est fortement dépendant des normes sociales mises en valeur.

Toutefois, même si cet effort de catégorisation est intéressant d'un point de vue théorique, il ne nous renseigne que peu en pratique sur le concept d'exclusion. Même si ces termes recouvrent, selon l'auteur, des concepts différents, ils ont en commun de se caractériser par la présence concomitante d'au moins 2 à 5 critères/facteurs comme l'isolement, la précarité d'un logement voire son absence, le faible niveau d'instruction, la précarité professionnelle voire l'absence d'emploi et le degré de protection sociale. Le fait de conjuguer plusieurs de ces facteurs fait entrer l'individu dans la classe de population dite défavorisée.

Wresinski, (cité par Arene M. et al) ⁽¹²⁾, définit la précarité comme l'absence d'une ou de plusieurs sécurités qui ne permet dès lors pas à l'individu d'assurer toutes ses responsabilités, ni d'accéder à ses droits les plus fondamentaux . La précarité conduit à une extrême pauvreté quand elle est multifactorielle, qu'elle se prolonge pour devenir permanente décimant ainsi toutes chances de reconquête d'un état d'autonomie.

Certaines populations sont jugées plus à risque que d'autres de par leur état sanitaire (handicap, alcool,), leur situation familiale (famille monoparentale, ...), leur condition de vie (logement insalubre,), etc

Aïache ⁽¹⁸⁾ détermine différents niveaux de paupérisation allant du sentiment d'insécurité lié à la perte d'un emploi, la perte d'un logement , entraînant une marginalisation pour finalement entrer dans la spirale de l'exclusion sociale et sanitaire. Ces personnes ont « ...en commun d'être sans emploi ou dans des

dispositifs précaires, sans logement ou mal logées, ont des revenus suffisants mais avec un ou plusieurs handicaps, ont une ou plusieurs dépendances, présentent une ou des carences, une ou des affections chroniques invalidantes, ..., ou un peu de tout cela en même temps, pour les mêmes personnes et c'est là tout le problème ». L'auteur remarque qu'il s'agit d'une population de plus en plus jeune et faisant partie des couches moyennes de population.

Compte tenu de la pluralité des facteurs et des formes que peut prendre l'exclusion, les réponses de la société à ce problème sont multiples. Ainsi, Ravaud et Stiker (22), dans le cadre d'un article sur les personnes handicapées, déterminent **6 types possibles d'exclusion**

-le régime de l'élimination qui correspond à la forme la plus extrême d'exclusion : privation de soins pour les personnes handicapées, interruption thérapeutique de grossesse, débats éthiques autour de l'euthanasie ou de l'aide au suicide

-le régime de l'abandon : abandon d'enfants nés malformés, l'abandon de personnes âgées devenues impotentes,...

-le régime de la ségrégation, qui concerne l'ensemble des pratiques de mise à part

-le régime de l'assistance : il s'agit là d'une forme d'exclusion de type plutôt économique qui concerne toute la question sociale et ce depuis la fin du Moyen Age. Pour les auteurs, l'assistance serait une forme « de protection rapprochée » et concerne les personnes qui ne peuvent subvenir à leurs besoins parce que les personnes sont jugées inaptes au travail. Cette exclusion économique définit « des inutiles au monde ». On entre dans une logique de « déresponsabilisation » des personnes.

-le régime de la marginalisation, qui est selon les auteurs un « processus de mise sur le côté par refus ou impossibilité d'accepter les règles de fonctionnement admises et courantes ». Les marginaux sont perçus comme des personnes contestataires, qui transgressent, refusent les normes...

-le régime de la discrimination, qui correspond plutôt à un type d'exclusion « culturelle » ou « juridique » qui « distingue », « met de côté » un groupe social et ainsi en restreint ses droits. Pour Ravaud et Stiker, vouloir définir la discrimination « *comme le fait de traiter inégalement des individus égaux* » montre à quel point ce concept est lié à la société moderne qui met l'égalité au centre de ses valeurs. Ils évoquent toutefois un côté positif à la discrimination : celui de vouloir restaurer l'égalité.

d) L'exclusion se rapportant directement au concept de santé

Certains auteurs développent le concept d'exclusion en rapport avec la santé. Ce concept sera plus largement abordé dans la seconde partie de ce dossier.

Pour MSF Belgique (8), être exclu de la santé signifie avoir des difficultés d'accès au système de santé, mais aussi conjuguer un certain nombre de conditions qui compromettent l'accès à la santé : niveau de connaissances insuffisant, développement de comportements défavorables à la santé, absence de logement salubre et d'un environnement affectif stable.

Ainsi, être exclu de la santé signifie bien plus qu'être privé de soins.

En 1993, les participants d'un colloque de l'OMS à Bruxelles, signalent que « *la santé, ce n'est pas seulement les soins. Vivre dans la pauvreté, c'est vivre dans les soucis. Quand tout manque, les parents se sentent humiliés. De plus, la pauvreté attaque la santé : le bruit, la pollution, les mauvais logements, l'humidité, l'inquiétude, tout cela au long des années, ça use le corps et l'esprit* » (in Arene M., et al)⁽¹²⁾.

A la question de savoir s'il existe des maladies de la précarité, ces mêmes participants répondent qu'il n'y a pas de maladies « spécifiques » liées à la pauvreté en dehors de celles répertoriées jusqu'ici mais évoquent plutôt la notion de « cumul et d'intrication des symptômes, des maladies et des facteurs de risques » que l'on retrouve, au même moment, auprès des personnes dites « fragilisées ».

Cette affirmation contredit toutefois quelque peu les informations recueillies par d'autres auteurs (Heremans P. et al) qui démontrent que certains problèmes de santé sont bien plus présents auprès des populations en situation précaire⁽²⁴⁾.

Les difficultés persistent donc ... S'accorder sur une définition consensuelle pose problème et cette revue de littérature le met en évidence Heremans P. et al⁽²⁴⁾, évoquaient aussi les difficultés rencontrées quant au choix d'une définition à adopter pour désigner l'exclusion.

Dans la suite du présent dossier, par facilité (vu le mélange de concepts), et pour ne pas perdre de richesse et de diversité de ce qui existe, nous utiliserons le terme « d'exclusion » pour désigner indifféremment des situations décrites dans certaines études s'intéressant aux personnes précarisées, fragilisées, vulnérables, en difficulté, ...

Enfin, il semblerait que toute exclusion de santé soit intimement liée au(x) phénomène(s) de l'exclusion sociale. Lorsque l'on évoque l'exclusion en tant que telle, cette terminologie recouvre bien entendu l'exclusion sociale avec des concepts comme la pauvreté, la précarité, les difficultés, ..., mais aussi l'exclusion de santé, avec in fine des concepts d'accessibilité aux soins, de non prévention, de maladies spécifiques,

2° Exclusion et état de santé

Pour Fabre⁽²⁾, l'exclusion ne se manifeste pas par la présence de **pathologies spécifiques** mais bien par le cumul de « problèmes intriqués », d'ordre physique et psychologique, ayant des conséquences sociales. Heremans P. et al⁽²⁴⁾ montrent que la prévalence de certaines affections est plus importante dans les situations d'exclusions.

Hoffman⁽¹⁴⁾ évoque les manifestations de l'exclusion en termes

- de **sélection sociale** (marginalisation),
- de **reproduction des inégalités**,
- d'**espérance de vie diminuée**,
- de **vieillesse prématurée**,
- de **consommation de soins plus élevée et différente**

(élevée : en Belgique, le quart le plus aisé de la population dépense 4,1 % de son budget en soins de santé ; le quart le moins aisé de la population dépense 5,3 % de son budget), (différentes : les personnes dites défavorisées ont surtout recours aux médecins généralistes et aux soins hospitaliers, les personnes plus aisées font appel aux médecins spécialistes, aux soins infirmiers à domicile, à la kinésithérapie, aux soins de dentisterie).

Différentes études concernant **l'état de santé des personnes précarisées** ⁽¹⁶⁾ ont conclu à une absence de pathologie bien spécifique mais relatent l'existence du cumul de difficultés psychologiques mais aussi biologiques ; problèmes souvent exacerbés par une situation de fragilité et de précarité sociale.

Bertolotto ⁽¹⁶⁾ attire l'attention sur des « signes de régression sanitaire » qui d'un point de vue épidémiologique évoquent une incidence (mal contrôlée) de pathologies comme le virus HIV, les hépatites, la tuberculose, ou des problèmes plus endémiques comme les problèmes dentaires ou ophtalmologiques et l'apparition de plus en plus fréquente de pathologies « mentales ».

Joubert ⁽¹⁷⁾ décrit **l'accès aux soins de santé** des populations précarisées et la grande diversité des conditions d'accès de recours aux soins.

Il distingue :

- la reproduction d'un circuit ayant fait ses preuves (consultation du médecin et du pharmacien de quartier qui peut aider les personnes en facilitant certaines démarches, ...)
- l'utilisation des entrées à bas seuil : consultations dites ordinaires dans les services d'urgences hospitalières ou dans des consultations gratuites (services de consultations mobiles, souvent « humanitaires »).
- la hiérarchisation dans les soins : une échelle est établie en fonction de la priorité sanitaire et les consultations de spécialistes ou les soins dentaires sont souvent postposées.
- l'auto-médication est fréquemment citée, sollicitée soit par les réseaux de personnes proches qui apportent conseils et remèdes, soit parce que culturellement fort ancrée dans les traditions.

Ces différentes voies empruntées par les personnes précarisées pour accéder aux soins rendent laborieuses la mise sur pied et l'intégration d'actions préventives, mais également la prise en charge et le suivi de telles personnes (analyses, examens complémentaires ou de contrôle, avis multidisciplinaire , ...) ⁽¹⁷⁾.

3° Suivant quel processus l'exclusion de la santé se construit-elle ?

La plupart des auteurs parlent de l'exclusion comme d'un processus, d'autres comme le résultat de ce processus.

Bertolotto et Joubert ⁽⁴⁾ observent que le processus d'exclusion de la santé intervient au croisement de 3 dynamiques différentes.

Il existe d'une part un phénomène de **décompensation** (qu'elle soit biologique, psychologique et/ou sociale) et d'autre part, le **cumul des « traumatismes »** (perte d'emploi, ruptures affectives, insécurité sur le plan des droits, ...).

Enfin, les auteurs font état de l'histoire naturelle de l'individu (violences subies, rejet social, déracinement, ...) qui peut être un facteur renforçant de l'exclusion.

Rappelons (déjà cité plus haut dans le cadre des définitions) que le phénomène d'exclusion implique pour Fabre (2) le **cumul progressif de cinq facteurs** qui passent par l'isolement, la précarité du logement voire son absence, le faible niveau d'instruction, la précarité professionnelle voire l'absence d'emploi et enfin l'octroi de prestations sociales (aide du centre public d'aide sociale, ...aide médicale, ...).

Siegrist (5) fait état d'un processus à la fois psychologique et social sans autre précision sur ce processus.

Autès (7) affine quelque peu le concept d'exclusion qu'il désigne comme un processus de « **dés-intégration** » comportant 3 phases :

- fragilisation, précarisation ou vulnérabilité
- assistance et prise en charge par les institutions
- marginalisation hors-normes, exclusion en dehors de toute forme et de tout lien social

Bertolotto (16) évoque une « **fracture sociale** », « ... *produisant de profonds bouleversements dans les conditions et modes de vie...* » qui serait à l'origine de véritables dynamiques de régression tant au niveau social que politique et culturel et qui « s'exprimerait » ainsi dans le champ de la santé.

Pour Brixi (18), « *Souvent, pour des raisons de perte d'emploi, leur famille s'est désunie. Ils se retrouvent sans travail, sans logement, avec très peu de ressources, hors des grilles administratives qui fixent les critères d'aide prioritaire. Complètement découragés, ils ne font pas toujours revalider leurs droits sociaux et glissent rapidement dans l'exclusion, l'alcoolisme, la toxicomanie et le nomadisme* ».

Ravaud (21) pense que « ...*l'exclusion résulte de **dysfonctionnements d'une société dont les normes écartent de l'intégration des populations qui n'y correspondent pas ou qui n'y correspondent plus suffisamment*** ».

L'instabilité économique et la fragilité des relations vont croissantes (Castel, 1995), La perte d'un revenu jusqu'à ne plus rien posséder, cumulée à la dégradation de ses relations (lien social) jusqu'à rentrer dans l'isolement le plus total émane d'un processus qui par définition peut régresser. Si les politiques publiques parviennent tant bien que mal à garder un certain nombre de ces personnes dans « l'inclusion sociale », il arrive toutefois que la précarité s'installe pour certains d'entre eux .

Le problème de l'exclusion serait donc bien plus un problème de lien social (fortement dégradé , voire absent) qu'un problème de pauvreté au départ. « *La dégradation du lien social fait échec, pour un pourcentage important de la population des sociétés dites avancées, au travail de l'inclusion pourtant inscrit dans la démocratisation qui les caractérise* » (21).

Helardot (3), quant à elle, définit l'exclusion comme « ... l'aboutissement d'un processus, ou la manifestation extrême de différents processus de fragilisation des liens sociaux et de dégradation des conditions de vie. »

Selon l'auteur, il est essentiel de raisonner en termes de « processus », de « dynamique » et de ne pas considérer les situations comme des « états stables ».

4° Quels sont les facteurs (modifiables ou non) qui influencent le processus d'exclusion de la santé ?

A) les représentations

Le terme représentation désigne ici l'exclusion observée(pour les professionnels) et l'exclusion ressentie (pour la population).

Heremans P. et al ⁽²⁴⁾ insistent sur la nécessité de tenir compte des représentations des personnes concernées, en vue d'adopter une démarche de soins ou d'éducation qui soit adaptée à leurs besoins. Or, cette revue de littérature montre que si l'on dispose d'informations relativement abondantes sur les représentations des professionnels, c'est-à-dire sur l'exclusion observée, on manque encore considérablement d'informations concernant l'exclusion ressentie, c'est à dire les représentations que les personnes exclues ont de leur propre exclusion.

En 1995, dans le cadre d'un séminaire organisé sur « Santé et publics démunis en Europe » ⁽¹⁹⁾, les expériences rapportées par les participants montraient que les représentations peuvent être sources d'exclusion. Il s'avère bien souvent que les représentations qu'ont les soignants ne correspondent pas aux représentations qu'ont les personnes dites fragiles ... ; ce qui dès lors peut freiner toute tentative d'accès et de recours aux soins. *« ... Nos représentations et nos dénis agissent sur nos pratiques et orientent nos réponses et la façon dont on s'interroge ou non dans notre compréhension de nos problèmes et de nos attitudes. Si la dénégation des professionnels se traduit dans l'impossibilité de voir l'autre tel qu'il est , la difficulté d'entendre la personne sans anticiper son désir, la difficulté d'entendre le désespoir d'une personne pour ne pas le confondre avec une maladie mentale, que peut-on faire quand on sait que le changement des représentations ne se décrète pas et qu'il est difficile d'évoluer ? ».*

En outre, les participants à ce séminaire soulignent l'importance d'identifier les représentations que l'on peut se faire des structures d'accueil et de soins : identification des compétences, importance et qualité de l'accueil, perception des informations médicales reçues.

Remion ⁽¹⁾ observe que pour les professionnels, le phénomène d'exclusion suppose que les exclus

- manifestent des problèmes de santé liés aux modes et conditions de vie
- gèrent autant que faire se peut les conséquences liées à ces problèmes
- soient dans un état « d'alerte » permanent
- soient « coincés » entre le peu d'effet des politiques de prévention mises en œuvre et leur difficulté d'être relayés et entendus socialement et culturellement.
- soient en parfaite incapacité d'agir, de comprendre, de fonctionner socialement, parce que présentant un niveau d'instruction faible
- connaissent mal leur corps et en aient également parfois des images fausses.

Dans le cadre bien précis du recours aux urgences hospitalières comme mode d'accès aux soins des populations dites fragilisées, Fabre ⁽²⁾ décrit les exclus comme des personnes au statut social précaire, manifestant un besoin développé de

reconnaissance affective et sociale. Le statut de malade serait une forme que prendrait ce besoin de reconnaissance... A l'extrême, l'hospitalisation renforcerait encore ce statut de malade...

Les professionnels de soins pensent également que les exclus conçoivent l'hôpital comme une structure de soin polyvalente et de premier secours.

Il soutient également que les difficultés financières et l'isolement (affectif) vont souvent de pair avec un état de santé précaire et un faible recours aux soins.

Sous le vocable d'exclus, Collin et al (9) décrivent des notions de méfiance, de rejet et de jugement. Les personnes dites « exclues » privilégient les compétences « socio-humaines » des soignants plutôt que leur compétence professionnelle. Ainsi, elles apprécient que les professionnels instaurent un climat de confiance dans le respect des valeurs de chacun, fassent preuve d'empathie, de sensibilité, de flexibilité mais et aussi d'engagement. Ces qualités sont à prendre en considération dans l'accompagnement et le suivi de personnes exclues .

Pour Chiffe (11), parler des représentations des personnes en état de précarité, « *c'est tout d'abord les nommer, donc les distancier, alors que tout est mis en œuvre pour être au plus près d'elles, ..., c'est ensuite les qualifier, ce qui impose un champ de référents, ..., et celui-ci n'est pas neutre.* » : représentation d'un mal-être et d'angoisse qui inhibent toute forme de prévention, représentation de symptômes qui sont intimement liés aux facteurs sociaux, représentation d'un corps, d'une santé que l'on ne considère guère ...

Toujours selon Chiffe (11), des sentiments de manque, d'inadéquation, d'échec émergent dans toute tentative de rapprochement des professionnels de soins et des personnes exclues.

L'empathie, parfois fort prégnante des professionnels de santé lors de rencontres avec des personnes en situation de précarité, mais aussi les tentatives de compréhension, conduisent parfois très rapidement à un sentiment de gêne et ainsi creusent encore un peu plus l'écart entre ces deux type de « population » Ce mode de fonctionnement déconcerte les soignants qui voient alors très vite une dépréciation et une dévalorisation du travail presté.

Pour Brixi (18), « *La spécificité des tableaux de souffrance liée à la précarité relève à la fois de l'intrication de pathologies, de l'intrication du social et du pathologique, le tout dans un vécu, c'est-à-dire une subjectivité avec une double détérioration : celle du regard des autres et le pire, le regard de soi-même.* »

L'auteur souligne que de multiples termes sont utilisés pour désigner les personnes en difficulté : personnes démunies, défavorisées, marginales, pauvres, précaires, sans domicile fixe, étrangères, malades du sida, toxicomanes, vieilles, ...

Pour les participants du séminaire sur « Santé et publics démunis en Europe » (19), les représentations de ces personnes démunies tournent davantage autour de la notion de maladie que de la santé globale comme facteur de bien-être. Si la mauvaise santé est vécue comme obstacle à des conditions déjà fort difficiles, elle n'est cependant pas vécue comme une ressource potentielle, ne serait-ce que dans le cadre d'un processus de réinsertion.

Les représentations de la santé conduisent à des processus de banalisation ou de normalisation de certaines pathologies. Les personnes démunies manifestent un seuil de tolérance plus élevé à la souffrance que la population en général.

Si, pour certains individus, le fait d'être malade permet d'accéder à un statut (identitaire), pour beaucoup d'autres, la santé n'apparaît pas comme prioritaire. Les trop nombreux freins rencontrés pour accéder aux soins justifient peut-être cette « nonchalance sanitaire ».

Les représentations semblent donc influencer la manière dont on recourt aux soins mais elles ne sont pas le seul facteur influençant le processus d'exclusion.

B) autres facteurs influençant le processus d'exclusion

Dans un souci de clarification, différentes catégories de facteurs ont été répertoriées : facteurs psychologiques, facteurs culturels, facteurs économiques et administratifs, facteurs sociaux et facteurs divers.

Les facteurs repris ci-dessous sont identifiés par les auteurs comme facteurs d'exclusion et/ou de précarité. Toutefois, il apparaît que certains pourraient être considérés comme des conséquences, ou encore à la fois comme facteurs et comme conséquence. Il y a manifestement une dynamique circulaire cause \Rightarrow effet \Rightarrow cause etc... qui peut expliquer la difficulté d'intervention.

Le comportement des individus est bien souvent lié au **cumul et à l'entretien de plusieurs de ces facteurs**, qui entrent aussi en ligne de compte dans la construction des représentations.

1° Facteurs psychologiques

Pour Remion (1), d'un point de vue psychologique et personnel, les personnes exclues sont incapables de se tenir à des règles mais aussi de vivre dans le temps et de se projeter dans le futur ; en effet, ces personnes vivent au jour le jour. Elles ont aussi peur du contrôle social et des conséquences qu'il pourrait avoir sur leur famille (placement d'enfants, ...)

Siegrist (5) met l'accent sur plusieurs types de facteurs psychologiques :

1° les **agents psychosociaux de stress** (qui sont les facteurs principaux) :

- absence ou manque de revenus, de logement, de travail
- réduction de la mobilité sociale et de la liberté
- menace pour la sécurité personnelle
- isolement social (solitude) et exclusion

2° les **aspects psychologiques** liés à des émotions comme la colère, la déception, le désespoir et le sentiment d'abandon.

3° **autres facteurs psychologiques** : les deux principaux sont le contrôle et la gratification.

- capacité à contrôler/maîtriser des événements stressants ou menaçants : facteurs liés au sentiment de maîtrise (locus of control) et d'autodétermination.

- Absence de gratification sociale perçue, c'est à dire de reconnaissance et de valorisation sociale et psychologique (notamment en cas d'évolution et de succès professionnel, etc.) et sentiment d'échec familial ou social, « *de n'aller nulle part malgré les efforts personnels, ...* ».

MSF ⁽⁸⁾ décrit **les exclus psychologiques** par le cumul de pertes d'origine diverse, entraînant un retrait affectif et une indifférence aux événements matériels mais aussi le refus de toute approche d'aide.

Enfin d'Ivernois ⁽¹⁵⁾ évoque des **obstacles psycho-sociaux** liés à une certaine conception de la santé comme par exemple la honte de montrer son corps au médecin, la honte d'avoir certaines maladies (l'alcoolisme, la malnutrition, ...) ; le manque d'attention portée à son corps (indifférence, mauvaise hygiène corporelle et dentaire, les déformations du corps liés aux marques d'un vieillissement précoce) ; une perception différente de la maladie qui peut être vécue comme une ennemie, une punition mais aussi comme une sorte de répit (permet d'obtenir un statut et de l'attention, ...).

2° Facteurs culturels

Comme nous l'avons évoqué plus haut à propos des représentations, il existe pour Remion ⁽¹⁾, un fossé entre le monde socio-médical et la réalité vécue pour les plus démunis. Les professionnels estiment que « *ces gens ne comprennent pas ce qu'on leur explique ou qu'ils ne sont pas en mesure de comprendre* ». L'adéquation des messages et leur pertinence est rarement remise en cause par les professionnels; c'est le récepteur qui est en « faute » : Ces personnes démunies seraient incapables de gérer et d'assumer les démarches, même les plus simples.

MSF Belgique ⁽⁸⁾ distingue les exclus culturels belges et étrangers ; pour les Belges, ils évoquent la peur du corps médical, de la lourdeur administrative, la honte d'être assisté, le problème de toxicomanie ; pour les étrangers, c'est la difficulté de la langue, de la religion, l'existence d'une filière de soins différente, la difficulté d'intégration.

D'Ivernois ⁽¹⁵⁾ cite des **obstacles culturels** comme le niveau d'instruction faible, la tendance à se tenir en dehors du système de soins, ne pas être capable de reconnaître quand ni qui consulter, etc

3° Facteurs économiques et administratifs

D'un point de vue financier, pour Remion ⁽¹⁾, la santé ne figure pas parmi les priorités des personnes démunies qui font passer nourriture et logement avant les soins de santé, la médecine restant une discipline onéreuse ...

D'un point de vue administratif, les personnes exclues sont souvent en situation irrégulière et/ou bloquée, n'accèdent plus à certains droits. De plus, elles sont

souvent bien démunies lorsqu'il s'agit d'effectuer la moindre démarche de régularisation et réinsertion.

Bertolotto ⁽⁴⁾ évoque des **facteurs d'accessibilité**, accessibilité en termes de distance économique (coût, priorité d'affectation des ressources, ...), de complexité de système (procédures, démarches, découragement à faire valoir ses droits

Dans les différents groupes d'exclus décrits par l'équipe de MSF ⁽⁸⁾, plusieurs facteurs sont mis en évidence :

- pour **les exclus d'assurance**, le facteur principal est l'accès aux droits : les démarches administratives longues, parfois la nécessité de l'intervention d'un tiers ; les méconnaissances (avantages proposés, des démarches à faire) ; la lassitude, l'incapacité d'affronter le carcan administratif, le refus de réintégrer la société.
- pour **les exclus financiers**, le manque d'argent associé à l'arrivée d'une maladie grave et brutale fait basculer un équilibre déjà fragilisé.
- Pour les exclus psychologiques, comme nous l'avons vu plus haut, il s'agit d'un cumul de pertes entraînant un retrait affectif et le refus d'être aidé.

D'Ivernois ⁽¹⁵⁾ évoque des **obstacles matériels**, par exemple au niveau économique (pas de bénéfice de la médecine préventive), ou encore au niveau du système de sécurité sociale : difficulté d'avancer de l'argent ; difficultés de déplacement,...

4° Facteurs sociaux et psychosociaux

Helardot ⁽³⁾ décrit les facteurs d'exclusion suivant deux niveaux : d'une part, au niveau des **facteurs individuels (et psychosociaux)**, comme l'histoire familiale, le réseau social, le niveau de qualification ; d'autre part, au niveau des **facteurs contextuels et macrosociaux** comme les restructurations industrielles, les transformations de l'activité de production .

Siegrist ⁽⁵⁾ cite l'**absence** ou la **limitation d'accès aux échanges sociaux** , au **statut social** et aux **rôles sociaux** (professionnel, familial et marital). Cette limitation ou absence affaiblit une importante fonction personnelle et sociale : l'autorégulation (selfregulation).

L'autorégulation agit par le biais de l'évolution des sentiments d'efficacité personnelle (auto-efficacité selon Bandura), d'estime de soi, et d'appartenance (ou d'intégration) à un groupe social.

5° Facteurs structurels ou d'accessibilité

Fabre ⁽²⁾ cite des **facteurs d'isolement, de précarité ou d'absence de logement, de faible niveau d'instruction, de précarité ou d'absence professionnelle, d'attribution de prestations sociales.**

Bertolotto ⁽⁴⁾ évoque des facteurs de **capacité d'écoute** et de **citoyenneté** : la capacité d'écoute en termes d'insuffisance , le problème de langue et de communication (langage des professionnels adapté, clair et simple) et de compétence d'écoute. ; enfin la citoyenneté fait état de droits à la santé, en regard de la régularité de la situation (sans papier, etc ...) et de la capacité des professionnels à prendre ses droits en compte et de les respecter.

Joubert ⁽¹⁷⁾ cite une circulaire du 21 mars 1995 relative à l'accès aux soins des plus démunis émanant du gouvernement français pour identifier certains « **facteurs obstacles** », comme le fait de faire passer sa santé au second plan, la difficulté de certaines personnes de s'exprimer, la complexité de certaines situations qui nécessitent une attention toute particulière, la méconnaissance du milieu des jeunes , ...

Attali in Brixi ⁽¹⁸⁾ affirme que : « *la précarité entraîne des comportements de rupture vis à vis de la médecine et fait que les gens consultent moins et très irrégulièrement* ».

La précarité est retenue ici comme facteur d'exclusion.

D'autres facteurs ⁽¹⁹⁾ peuvent également intervenir ; ils concernent l'éducation, le temps et l'accessibilité géographique, les relations entre les professionnels de soins et les démunis, les obstacles psychologiques, les obstacles financiers, les « volontés » politiques, ...

5° Quelles actions peut-on mettre en place pour lutter contre l'exclusion ?

Pour Rémion ⁽¹⁾, l'exclusion étant multi-causale, il est nécessaire de **travailler en « réseaux »**, et il n'est donc pas rare, en consultation médicale, de devoir résoudre également des problèmes sociaux et administratifs .

Par ailleurs, il faut être en mesure « d'assurer » la santé ; c'est à dire s'assurer de la couverture des frais, s'assurer qu'un suivi est possible de manière à aller jusqu'au bout d'un traitement, accompagner l'individu et le diriger vers d'autres spécialistes si cela se révèle nécessaire, offrir une meilleure écoute aux patients, avoir une connaissance assez large du vécu des individus, « aller sur place » pour voir dans quelles conditions les patients évoluent, mais veiller également à coordonner (avec souplesse) les actions en évitant tout « contrôle social ».

Fabre ⁽²⁾ s'intéresse aux urgences hospitalières et propose que les **services hospitaliers d'urgence** soient **réorientés** officiellement vers une médecine sociale, d'aide, de premier secours (rôle qu'ils remplissent de fait).

Bertolotto ⁽⁴⁾ propose que les soignants travaillent sur différents niveaux

- un travail sur la compréhension et l'accessibilité du système de soins
- une action sur les tendances au développement de conduites anti-préventives qui renforcent les vulnérabilités.

- la prévention des conduites à risque (automédication, alcoolisme, tabagisme ,toxicomanie, ...) et de leurs effets (perte de repères culturels, disparition des soutiens sociaux, ...).

L'auteur propose également de créer des actions de soutien, d'information, de parole, afin de reconstituer les capacités des sujets, et de créer les conditions nécessaires à leur expression au regard d'un environnement producteur d'effets pathogènes.

D'autres formes d'action sont également envisageables, telles que :

- « aider les aidants » en construisant des réseaux d'aides diverses au niveau social, au niveau juridique, au niveau sanitaire , là où les structures et les intervenants sont isolés et, bien entendu, en facilitant les échanges entre ces différentes structures.
- augmenter les possibilités et compétences d'écoute et de parole pour que les professionnels soient capables d'écouter les individus mais aussi de favoriser la parole et l'expression des personnes précarisées. Pour cela, il recommande de créer des lieux de parole de groupe, des lieux de rencontre...
- améliorer l'accès aux soins de santé, améliorer la connaissance et le respect des droits, augmenter les accès aux soins (disponibilité, accessibilité géographique et administrative), faciliter l'accès aux individus « sous-consommateurs » de soins , éviter les ruptures d'accès aux soins, ...

Toutefois, Bertolotto met en garde contre « l'ethnopsychiatrie systématique», tendance qu'ont certaines structures ou intervenants à référer les migrants à des structures d'exception, à nier leur histoire, à anéantir leurs droits.

MSF ⁽⁸⁾ suggère différentes pistes au regard des groupes d'appartenance.

Pour les exclus d'assurance, il propose un accompagnement de type plus social, qui permettrait de simplifier les procédures et les démarches administratives parfois fort lourdes, rendant ainsi in fine une plus grande accessibilité aux individus à la protection sociale et une meilleure utilisation de l'aide médicale (urgente).

Quant aux exclus financiers, ils mettent prioritairement l'accès à un logement ou à de la nourriture et ne favorisent en rien les dépenses liées aux soins préventifs. Il serait donc utile d'essayer de les initier à des mesures d'hygiène simple mais aussi à des modalités de prévention rudimentaire.

Parmi les exclus culturels, les populations étrangères pourraient bénéficier des services de médiation culturelle (traducteur + accompagnement).

Selon MSF, les exclus psychologiques pourraient faire appel à des services spécifiques qui permettent de créer un contact, voire des liens. L'individu pourrait ainsi peut-être se réconcilier avec lui-même et « ...récupérer une certaine dignité sociale ... ».

Toutefois, l'équipe MSF ne fournit aucune indication quant à la manière de prendre contact avec ces différents services

Colin ⁽⁹⁾ préconise une « intervention communautaire », c'est à dire un mouvement de soutien des communautés locales vis-à-vis des plus démunis. Au Québec , ces mouvements ont pour but de répondre aux besoins élémentaires de la vie quotidienne et favoriser l'intégration sociale (alphabétisation, coopérative de logements, entraide intergénérationnelle, banque alimentaire,...).

Quant au système socio-sanitaire, il n'apparaît pas comme étant la variable la plus importante dans la réduction des inégalités sociales mais il doit toutefois contribuer à la diminution de ces inégalités.

Pour essayer de réduire ces inégalités, la politique de santé au Québec offre une large place à la prévention et à la promotion de la santé ; elle reconnaît également l'importance des déterminants socio-économiques dans l'évolution de l'état de santé et de bien-être de la population.

Bertolotto ⁽¹⁶⁾ propose des démarches d'éducation pour la santé. Toutefois, les « observateurs de terrain » témoignent du fait que « cela ne va pas de soi », les conditions nécessaires à la réussite de toute action sont souvent difficiles à réunir. Pour l'auteur, « *l'éducation à la santé dans une réalité aussi complexe que celle des personnes en situation de précarité, exige à priori un degré de construction conceptuel, stratégique et organisationnel d'une grande qualité et cohérence* ».

Différents niveaux de difficultés émergent

- capacités de l'éducateur : absence de connaissance et de maîtrise de la problématique dans toutes ses dimensions ; faible position dans le champ de l'action sanitaire et sociale ; existence d'un cadre d'intervention précaire.
- Validité des schémas théoriques dominants en éducation pour la santé : ces schémas ont bien souvent montré leur limite et deviennent alors inopérants.
- Nécessité d'une réflexion critique par rapport aux politiques (de santé) mises sur pied.

Les participants du séminaire « Santé et Publics démunis en Europe » ⁽¹⁹⁾ suggèrent de travailler sur les représentations de la santé que les professionnels ont des publics démunis comme préalable à toute démarche d'éducation pour la santé, en proposant des formations destinées aux professionnels de soins. Ces formations se proposeraient de travailler non seulement les représentations des professionnels de soins mais également sur leurs pratiques

Ils soulignent l'importance du sentiment d'appartenance communautaire, qui facilite la mise en place d'actions communautaires. Ils mentionnent également l'importance d'utiliser des techniques de revalorisation du rôle social. Les participants citent : « *On peut dire des populations démunies de tout, qu'elles ne sont pas démunies d'imagination, de grandeur d'âme, on peut leur faire confiance...* ».

« *L'amélioration et l'adéquation des réponses passent par une meilleure connaissance des problématiques de santé chez les personnes démunies : d'une façon générale, le professionnel se doit de faire trois choses : il faut qu'il évalue, qu'il oriente et qu'il accompagne* ».

Ravaud et Stiker ⁽²¹⁾ proposent des outils d'intégration comme le processus de normalisation et le modèle d'assimilation. Pour eux, le processus d'intégration figure parmi l'un des procédés majeurs d'intégration. « *Il s'agit de définir des moyennes, de comparer les écarts par rapport à ces moyennes et de tenter de diminuer les écarts pour rapprocher les moyennes. ... Par conséquent, la référence qui permet une conformité minimale et une cohésion sociale de base devient la moyenne.* »

Quant au modèle de l'assimilation, fort de valeurs et d'objectifs communs dont il faut se rapprocher : « *Le travail consiste à tout faire pour rejoindre cet ensemble, consensuel et uniformisant... Nous sommes dans ce modèle sur la voie d'une forte intégration : chaque élément doit être assez conforme pour entrer dans le bon ordre de l'ensemble* ».

6° Conclusions

- a) Tout au long de cette revue de littérature, il a été observé que **l'exclusion** est un **processus** qui se construit rarement à partir d'une cause unique.
- b) Différents auteurs évoquent sa **multifactorialité**, sa **multidimensionalité**, etc ...
- c) Le cumul de plusieurs facteurs/causes entraînent l'individu dans la **spirale de l'exclusion** qui trop souvent le conduit alors vers un état de santé précaire (la santé précaire contribue à exclusion = cercle vicieux !).
Cette **dynamique circulaire** peut expliquer les difficultés d'intervention et d'action.
- d) De nombreuses structures existent et tentent d'aider au mieux les populations en difficulté (assistance sociale, maisons médicales, structures d'aides et d'accueils, ...) Mais encore trop souvent chacune travaille dans son secteur, en toute individualité et donc de façon partielle. Le **problème** est **intersectoriel**, et les **solutions** également.
- e) L'éducation pour la santé dans sa dimension la plus large peut-elle contribuer à lutter contre ces situations d'exclusion ? Si oui , comment ?
Une piste de recherche (et de compréhension ?) serait de s'intéresser, d'une part, aux **représentations** que les **personnes exclues** ont de leur propre exclusion, et d'autre part, aux **représentations** que les **professionnels** ont des « exclus » et qui contribuent à l'exclusion !

7° Bibliographie

1. Rémion G.,(1996-1997), Santé et pauvreté : quelques points de repère pour comprendre, in L'Observatoire, n°11-12, 1996-1997, pp 25-30.
2. Fabre C., (1995), Le recours aux urgences hospitalières : un mode d'accès aux soins spécifiques des populations défavorisées, Revue Prévenir, n° 28, 1995, pp 129-135.
3. Hélaridot V., (2000) ; Exclusion, pauvreté, précarité...Approche socio-historique de l'intégration sociale, La santé de l'homme, n° 348, juillet-août 2000, pp 12-14.
4. Bertolotto F. , Joubert M., (1997), L'approche des cumuls de fragilités (sanitaires, sociales, juridiques et institutionnelles). Les migrants et la santé : leçons d'une évaluation, in Revue Prévenir, n°32, 1997, pp 83-102.
5. Siegrist J., (2000), Place, social exchange and health : proposed sociological framework, in Social Science and Medicine, Volume 51, Issue 9, November 2000, pp 1283-1293.
6. Murray C.J.L., et al, (2000), Santé : inégalités ou différences entre groupes sociaux. Que faut-il mesurer ? in Bulletin de l'Organisation mondiale de la Santé, Recueil d'articles n°2, 2000, pp 12-17.
7. Autes M., (1995), Genèse d'une nouvelle question sociale : l'exclusion, in Dossier documentaire et pédagogique « Santé et précarité : quelles pratiques dans les centres d'examens de santé ? », 1^{ère} partie : « le sens des mots », issu de Lien social et politiques, n° 34, automne 1995, pp 43-53.
8. L'équipe des projets Belges de Médecins sans Frontières, (1999), Accès aux soins et exclusion, in Santé conjugulée, n° 8, avril 1999, pp 64-66.
9. Colin Ch., Moffet S., (1995), Les inégalités socio-économiques et la santé : aperçu de la perspective québécoise, in Revue Prévenir, n°28, 1995, pp 175-187.
10. Bertolotto F., (1995), Travail social, insertion et maladie :réduire les inégalités, in Revue Prévenir, n°28, 1995, pp 109-115.
11. Chiffe J., (2000), Le cadre méthodologique : la précarité et ses « représentations », in La Santé de L'homme, n° 348, juillet-août 2000, pp 22-23.
12. Arene M., Brix O., et al, (1995), Les grandes tendances, In Actualité et dossier en santé publique, n°12, septembre 1995, pp 4-7.
13. Bowling A., (1994), Beliefs about illness causation among Turkish and white British people living in a deprived inner London district, in Health Education Research, Vol. 9, n°3, 1994, pp 355-364.

14. Hoffman A., (1999), Inégalités d'accès aux soins, In Santé conjugée, n° 8, avril 1999, pp 36-38.
15. D'Ivernois J-F., et al, (1988), Les obstacles a la santé en quart-monde, in Dossier documentaire et pédagogique « Santé et précarité : quelles pratiques dans les centres d'examens de santé ? », 3^{ème} partie : « La question de la spécificité... Du cadre d'intervention », issu de « La santé des enfants et des familles du quart-monde », Paris : CIE, 1988, pp 31-36.
16. Bertolotto F., (1996), L'éducation pour la santé face à la « fracture sociale »,in Dossier documentaire et pédagogique « Santé et précarité : quelles pratiques dans les centres d'examens de santé ? », 6^{ème} partie « Pourquoi le message ne passe pas auprès des plus démunis ? », in Actualité et dossier en santé publique, n°16, septembre 1996, pp 29-31.
- 17., Joubert M., (1995), Crise du lien social et fragmentation de l'accès aux soins, in Revue Prévenir, n°28, 1995, pp93-104.
18. Brixi O. , (1994), La santé des populations démunies , in Collection séminaires, Santé et Publics démunis en Europe, Besançon, mai 1994, pp 35-42.
19. Mallet V., Dangreau Ch., et al, Les réponses aux problématiques de santé spécifiques des publics démunis, in Collection séminaires, Santé et Publics démunis en Europe, Besançon, mai 1994, pp 51-61.
20. Velazco E., (2000), La question des outils, Construire un outil pour les intervenants travaillant avec des publics en situation de précarité, in La Santé de l'Homme, n° 348, juillet-août 2000, pp 43-44.
21. Ravaud J-Fr., Stiker H-J., (2000), Les modèles de l'inclusion et de l'exclusion à l'épreuve du handicap, 1^{ère} partie ; les processus sociaux fondamentaux d'exclusion et d'inclusion, in Revue de sciences humaines et sociales,2000, n° 86, pp 1-18.
22. Ravaud J-Fr., Stiker H-J., (2000), Les modèles de l'inclusion et de l'exclusion à l'épreuve du handicap, 2^{ème} partie ; typologie des différents régimes d'exclusion repérables dans le traitement social du handicap, in Revue de sciences humaines et sociales,2000, n° 87, pp 1-17.
23. Lloyd-Sherlock P., (2000), Population ageing in developed and developing regions : implications for health policy, in Social Science and Medicine, Vol. 51, Issue 6, September 2000, pp 887-895.
24. Heremans P., Deccache A., (1997), Prévention, médecine générale et milieux défavorisés, Etats des lieux et perspectives, Séminaire eurpéen 23 au 25 octobre 1997, UCL-RESO, Bruxelles, 145 pages.