Faible littératie et relations complexes aux soins

Sylvie CONDETTE

Professeure en Sciences de l'éducation et de la formation, Université de Lille, Laboratoire CIREL

DOI : https ://doi.org/10.17184/eac.7727

Reçu le : 03/02/2021 | Accepté le : 23/06/2022

Résumé : Les familles vivant dans la précarité parviennent difficilement à se projeter dans un avenir serein même si toutes espèrent que leurs enfants réussiront à sortir de l'impasse. Prenant appui sur deux recherches qualitatives, l'article montre que ces familles, accablées par des problèmes de tous ordres, adoptent des comportements d'adaptation ou de contournement qui les enlisent dans un quotidien toujours un peu plus sombre plutôt qu'ils ne leur permettent de gagner progressivement en autonomie. Dotées d'une faible littératie, ces familles entretiennent un rapport complexe aux soins et aux personnels sociaux et de santé, entre méfiance et incompréhension. Si des choix sont à réaliser dans ce domaine, les parents de ces familles renoncent à se soigner pour accorder la priorité à la santé de leurs enfants à qui ils portent une grande affection. Les services dédiés doivent alors se montrer attentifs à l'ensemble de ces situations singulières, notamment en établissant une communication apaisée et accessible qui fasse sens pour ces familles et qui leur permette de construire un pouvoir d'agir et une capacité à se projeter positivement. Des actions locales semblent particulièrement pertinentes pour créer davantage de proximité, développer un lien social individualisé, bâti sur une relation de confiance et la recherche partagée de solutions.

Mots-clés : Famille, précarité, littératie, enfant, empowerment

Abstract: The families living in precarious conditions find it difficult to project themselves into a serene future, even if they all hope that their children will succeed in breaking the deadlock. Based on two qualitative studies, the article explains that these families, overwhelmed by problems of all kinds, adopt coping or circumvention behaviours that bog them down in an ever-darker daily life rather than allowing them to gradually gain autonomy. With lower levels of literacy, these families have a complex relationship with care and health and social workers, ranging from mistrust to misunderstanding. If they have to make choices, they give up health care in order to give priority to the health of their children, for whom they have great affection. Dedicated services must be attentive to all of these unique situations, in particular by establishing peaceful and accessible communication that makes sense for these families and enables them to build up their power to act and their ability to project themselves positively. Local actions seem particularly relevant for creating more proximity, developing an individualised social link, built on a relationship based on trust and the shared search for solutions.

Keywords: Family, precariousness, literacy, child, empowerment

1 Introduction

La vulnérabilité « met l'accent sur des mécanismes de fragilisation et de blessures polymorphes que l'action sociale tente, depuis les années 1980, de panser de façon

multidimensionnelle » (Brodiez-Dolino, 2015, p. 14). De manière spécifique, elle se manifeste chez les familles démunies, vivant dans une grande précarité (Delahaye, 2015), dans la mesure où celles-ci sont amenées à faire face à des situations complexes et souvent douloureuses tout en devant assumer la responsabilité de prendre soin des enfants. Or, les problèmes que rencontrent ces familles sont souvent cumulatifs et d'une telle ampleur qu'elles peinent à apporter le minimum nécessaire aux enfants, surtout lorsque ceux-ci sont en bas âge. En conséquence, certains parents, parce qu'ils se sentent profondément disqualifiés (Paugam, 2009), sollicitent peu les aides et accompagnements disponibles (Condette et *al.*, 2017) de peur d'être jugés et peut-être même, à terme, privés de la garde des plus jeunes enfants. L'enfant est en effet un repère structurant qui offre à ces parents une existence sociale et un but dans la vie. La misère silencieuse dans laquelle ils s'enlisent progressivement et qui constitue un quotidien sans réel espoir (Condette, 2020), les conduit à adopter des formes d'évitement institutionnel et d'invisibilité sociale (Le Blanc, 2009 ; Tomás, 2010 ; Donzelot, 2016) où il s'agit avant tout de se mettre à l'abri des services sociaux. Cette recherche d'invisibilité se caractérise par des déménagements successifs, parfois de leur quartier d'habitation vers un autre du voisinage, par un faible recours à la scolarisation, et par une mise à distance des structures médicales, excepté en cas d'urgence où l'ultime recours reste alors l'hôpital public.

Ces différents points d'analyse prennent appui sur deux recherches qualitatives menées entre 2016 et 2018 dans plusieurs quartiers du nord de la France relevant de la politique de la ville. La première étude a porté sur les freins à la préscolarisation (Condette et *al.*, 2017) ; elle a été suivie d'une seconde recherche dédiée cette fois à l'implication parentale dans le processus éducatif (Condette et *al.*, 2018).

Dans cet article, nous mettons en exergue la relation complexe que les familles très démunies entretiennent avec la question de la santé. La précarité génère un fort sentiment d'insécurité qui se manifeste dans tous les actes ordinaires de la vie sociale, et en particulier dans le rapport aux soins et aux professionnels médico-sociaux.

Après avoir présenté le contexte de la recherche menée, nous examinons les processus de dégradation qui sont à l'œuvre et conduisent certains parents (incluant les familles monoparentales) à compenser le dénuement qu'ils subissent quotidiennement en adoptant des comportements d'adaptation ou de contournement qui tendent finalement à les enfermer toujours un peu plus dans des impasses, plutôt qu'ils ne les invitent ou incitent à s'extraire des difficultés et à conquérir progressivement des formes d'autonomie. Ces blocages se traduisent clairement dans le rapport aux soins et plus largement dans un rapport à la santé teinté de méfiance et d'incompréhension.

À la différence des personnes instruites et dotées des compétences sociales utiles à une mobilisation personnelle dans tous les domaines de la vie et en particulier dans le domaine d'une prise en charge de la santé et de celle des proches (Borgonovi, 2016), nous montrons combien ces familles restent dépourvues et ne parviennent pas à faire face aux difficultés rencontrées, ce qui accentue la fracture sociale et les inégalités de santé.

Pour contrer ces logiques destructives, les services dédiés à la santé et en particulier à la protection infantile œuvrent pour instaurer ou restaurer la confiance, établir une communication adaptée qui fasse sens pour ces familles et qui soit également déculpabilisante pour leur permettre de construire un pouvoir d'agir et une capacité à se projeter positivement. Différentes actions que nous proposons d'étudier sont alors mises en place pour créer une première étape de proximité, développer un lien social individualisé, construit sur la confiance et la recherche partagée des solutions les plus adaptées aux situations personnelles rencontrées.

2 Le contexte de la recherche : les familles précaires[1] à l'épreuve

La pauvreté reste un tabou (Delahaye, 2015) parce qu'elle est le reflet d'une société faiblement intégratrice dans laquelle un certain nombre de personnes, pour des raisons diverses, se trouvent reléguées et privées du minimum requis pour vivre décemment, comme en attestent les statistiques annuelles produites par l'INSEE (en 2018, 5,3 millions de personnes vivent sous le seuil de pauvreté de 50 % du niveau de vie médian).[2]

Sans sombrer dans un déterminisme implacable, force est de constater que la reproduction sociale est toujours à l'œuvre (Brunner et Maurin, 2020) et que les inégalités ne cessent d'augmenter (Brodiez-Dolino et *al.*, 2014). Ces inégalités mettent en lumière, parfois de façon criante, des phénomènes de hiérarchisation et de domination (Mauger, 2012). Mais on observe parallèlement, depuis les années 2000, des processus de déclassement (Peugny, 2009), notamment dans les pays industrialisés considérés comme riches et avancés socialement. La pauvreté possède ainsi de multiples visages, visibles mais aussi plus cachés, qu'il s'agit de prendre en compte avec attention et circonspection.

2.1 La pauvreté : une réalité économique mais aussi sociale

La pauvreté se caractérise par des manques et des privations de tous ordres (Clerc et Piriou, 2011). On pense en premier lieu aux difficultés financières que rencontrent les familles pour s'alimenter, se vêtir, et aussi se loger dans des conditions décentes. Ces difficultés, souvent durables, semblent solidement ancrées, comme si les personnes pauvres ne pouvaient pas connaître d'amélioration de leur situation sans parvenir à franchir une série d'obstacles créés par la conjonction d'effets cumulatifs négatifs et un processus d'enlisement qui s'insinue sournoisement dans leur quotidien.

Cette réalité sociale affecte profondément et durablement les personnes qui la subissent et provoque bien plus de la résignation que de la colère. Ces personnes pauvres sont en quelque sorte des « Outsiders » pour reprendre les mots de Howard Becker (1963), non intégrées au groupe social dominant et qui se tiennent à l'écart des normes

[1] La précarité correspond à « la situation d'une personne qui est dans l'incertitude du lendemain, soit en raison de la faiblesse ou de la variabilité de ses revenus, soit en raison d'un emploi instable, et qui, de ce fait, éprouve des difficultés pour vivre décemment […] et pour effectuer des prévisions à long terme. » (Clerc et Piriou, 2011, p. 124).

[2] Source : Institut national de la statistique et des études économiques (Insee) – Donnée 2018 (https://www.insee.fr/fr/accueil).

que ce groupe véhicule, non par choix mais par renoncement (Revil et *al.*, 2020) et par souci de protection.

2.2 Étudier des familles en situation de précarité : méthodologie de la recherche

En réponse à un appel à projets de l'Agence nationale pour la cohésion sociale et l'égalité des chances – Acsé – et la préfecture du Nord, une équipe de chercheurs du Centre Interuniversitaire de Recherche en Éducation de Lille (laboratoire CIREL, ULR 4354) a mené une étude sociologique en 2016-2017 portant sur les freins à la scolarisation précoce dans six territoires du département du Nord classés en politique de la ville. Ces territoires avaient été sélectionnés par la préfecture et l'inspection académique du Nord, le choix étant guidé par une grande pauvreté persistante dans ces secteurs. L'objectif était de mieux cerner les raisons pour lesquelles certaines familles retardaient ou refusaient la scolarisation de leur enfant, alors que l'offre scolaire était disponible. Au-delà de la demande initiale, la question était aussi celle de la réception de l'action publique dans des territoires classés en politique de la ville.

Les résultats de cette étude n'ont en réalité constitué que la première étape d'une recherche de plus grande ampleur. Ils se sont prolongés l'année suivante dans des investigations plus ciblées sur l'implication parentale dans le processus éducatif. Ce deuxième projet a été soutenu par l'École supérieure du professorat et de l'éducation (ESPE Lille Nord de France, devenue aujourd'hui INSPE Hauts de France). La recherche initiale s'est donc enrichie et actuellement, elle continue avec le soutien du même institut (INSPE Lille - Hauts de France), ce qui permet, par extension, d'examiner les effets des politiques locales d'accompagnement des familles défavorisées sur le plus long terme.

Pour mener ces deux études, la sociologie qualitative a été privilégiée, de manière à entrer en relation avec la population enquêtée dans son contexte. Des observations et des entretiens semi-directifs de type compréhensif (Kaufmann, 2011) ont été réalisés.

Lors de la première étude, les sept membres composant l'équipe de recherche se sont d'abord appuyés sur les ressources locales – services sociaux, médicaux, scolaires ; associations de quartier. Cette « entrée » par les services de proximité a permis d'appréhender la variété des contextes et de recueillir un ensemble d'informations auprès des professionnels impliqués localement. À partir de là, l'équipe a organisé des temps d'observation de la vie des habitants dans différents lieux : 23 jours non consécutifs pendant cinq mois. Les journées passées sur les territoires ont favorisé le contact avec la population. Par l'intermédiaire des centres sociaux, des associations, du réseau des assistantes maternelles mais aussi des directions d'écoles primaires, les chercheurs ont réussi à organiser six séries d'entretiens. Généralement, les personnes ciblées par l'enquête venaient accompagnées. Certaines familles rencontrées ont ensuite accepté de nous mettre en lien avec des proches ou des voisins pour participer à notre recherche. Malgré tout, nous avons fait face à 15 désistements et à huit absences aux rendez-vous. Les familles les plus éloignées de l'école et vivant dans la précarité ne souhaitent généralement pas parler de leur situation, par méfiance, par honte également. Elles ne voient pas non plus l'intérêt de notre démarche :

> « Qu'est-ce que vous voulez savoir de nous ? Pourquoi vous venez ici ? Nous, on n'a rien à vous dire, allez-vous-en » (propos tenus par les membres d'une famille – une maman accompagnée de sa mère et de son oncle – qui s'étaient déplacés jusqu'à la porte du centre social pour décliner notre demande d'entretien).

Ce refus et cette colère exprimée sont des réalités auxquelles nous avons été plusieurs fois confrontés. Lors de chaque rencontre, il fallait trouver les mots pour poser des questions sans se montrer intrusif ou culpabilisant. C'était parfois difficile car les points abordés ne faisaient pas toujours sens ou étaient sujets à interprétation. En outre, le thème central portant sur le refus de la scolarisation conduisait nécessairement les personnes interrogées à devoir justifier leur choix. Ces situations ont amené notre équipe de chercheurs à réfléchir aux conditions de faisabilité, aux limites à poser et donc au cadre éthique de cette étude. Cela a donné lieu à plusieurs moments de travail sur ce que nous pouvions ou pas nous autoriser.

Pour autant, le temps long a facilité l'immersion dans ces territoires et a largement favorisé le dialogue avec des personnes qui habituellement s'expriment peu sur ce qu'elles vivent. Certaines familles nous ont d'ailleurs confié qu'elles avaient apprécié nos entretiens car nous étions à l'écoute et ne portions pas de jugements.

Si l'équipe de chercheurs a collecté 139 entretiens au cours de la première année (95 avec des professionnels, 44 avec des familles), l'année suivante, 109 entretiens individuels et collectifs ont été réalisés uniquement avec des familles.

L'équipe n'a donc pas constitué un échantillon représentatif de la population précarisée de ces territoires. Elle s'est appuyée sur les volontaires qui ont accepté de participer aux entretiens. Rappelons que les familles les plus pauvres que nous avons rencontrées ne cherchent pas à établir des contacts. Elles vivent dans un relatif isolement, même si elles sont bien au courant de l'actualité en suivant régulièrement les informations. S'informer sans s'impliquer permet de ne pas se mettre en danger. Nous avons constaté que ces familles tendent à rester dans l'entre-soi et forment un réseau relationnel restreint aux seules personnes partageant les mêmes conditions de vie. Cela explique en partie que ces familles préfèrent renoncer aux aides et accompagnements médicaux, sociaux ou encore scolaires auxquels elles pourraient prétendre (Condette et *al.*, 2017). Si elles accèdent aux aides offertes, elles prennent effectivement le risque de pénétrer dans un monde incertain où elles seront potentiellement jugées, considérées comme étant inaptes voire déficientes. Elles sont persuadées qu'elles pourraient même être privées de la garde de leurs enfants. Et cela est complètement inenvisageable et inacceptable. L'enfant représente « un bien précieux » pour reprendre des propos maintes fois entendus et il donne un sens à leur vie.

> « Vous savez, moi, mon gamin, c'est tout ce que j'ai, c'est toute ma vie. Je l'aime plus que tout et, vous savez, je m'en occupe bien… oui parfaitement bien » (extrait d'un entretien avec une jeune maman).

2.3 Ce que la précarité fait aux familles

La précarité crée des déficits que le temps et l'action parviennent difficilement à combler. Les parents rencontrés lors de nos enquêtes ont presque tous connu l'échec scolaire. Ils ont parfois été « raccrochés » (Bloch et *al.*, 1998 ; Bernard, 2018) pour participer à des dispositifs de remédiation ou des formations professionnelles mais, pour ce qui les concerne, cela a rarement donné des effets probants. Ils n'ont pas d'emploi stable et même, pour certains, n'ont jamais exercé d'activité professionnelle. Ils voudraient tellement, disent-ils, que leurs enfants ne subissent pas les mêmes difficultés d'apprentissage et qu'ils parviennent à réussir là où eux-mêmes ont échoué. Mais ils n'ignorent pas non plus que le chemin vers la réussite est semé d'embûches et qu'ils sont dans l'impossibilité, étant donné leur faible niveau d'études, d'accompagner scolairement leurs enfants : « La relégation scolaire a un caractère intergénérationnel. Souvent, les parents ont eux-mêmes été confrontés à de fortes difficultés scolaires et sont en profond décalage par rapport à l'institution, ne pouvant soutenir le parcours de leurs enfants. » (Cingolani, 2017, p. 88). L'échec ainsi intériorisé crée un sentiment de honte, au croisement du psychique et du social (Tisseron, 1992) :

> « La honte est un sentiment éminemment social, puisqu'elle naît sous le regard d'autrui dans la confrontation du sujet au monde, elle s'enracine dans ce qu'il y a de plus intime, dans le sentiment d'exister comme être unique, différent des autres, ayant une singularité propre. Elle s'inscrit dans la recherche de cohérence entre soi et soi, entre soi et le monde » (De Gaulejac, 1996, p. 142).

À la honte s'ajoute la peur, une peur provoquée par des conditions de vie indécentes et un environnement anxiogène. Les familles en situation de précarité vivent avec leurs enfants dans des quartiers généralement peu attractifs et aimeraient pouvoir s'en échapper pour enfin accéder à une vie meilleure. Mais comme c'est exclu pour le moment, il leur faut s'accommoder de ces conditions défavorables de façon à adoucir quelque peu le quotidien, d'une part en protégeant les enfants, d'autre part en essayant de garder la face. Le rapport au numérique et à la possession d'objets médiatiques nous semble ici significatif de cette réponse compensatrice appliquée à la précarité. Les parents rencontrés, même avec un faible niveau de revenu, estiment qu'il s'agit là d'une dépense utile et même indispensable. Et il n'est pas rare qu'un enfant possède son propre ordinateur portable ou une tablette, une console de jeux et un téléphone connecté. Les parents se disent d'ailleurs fiers que leurs enfants aient accès à ces objets, car « c'est ça le progrès pour les jeunes », comme certains le soulignent. L'accès aux nombreux objets médiatiques permet en quelque sorte un rattrapage social et économique, donne l'impression d'exister surtout quand on subit parallèlement la précarité et la relégation territoriale (« on leur donne le meilleur », relève avec fierté un papa interrogé).

La vie quotidienne dans les quartiers relégués rend le rôle des parents particulièrement complexe. Les écrans deviennent alors des alliés, maintenant les enfants au domicile sans que cela ne soit trop mal vécu même si les parents interrogés relèvent des tensions multiples au sein du foyer, en lien avec une surconsommation des programmes

vidéo, des communications en réseau et des jeux en ligne. Ces parents estiment que les enfants sont « énervés », « deviennent insolents », « n'arrivent pas à s'endormir », « n'arrivent pas à se concentrer sur leurs devoirs » (Condette et *al.*, 2018). Beaucoup de parents ont une réelle conscience des risques et des conséquences d'une surutilisation des écrans, mais il leur est difficile d'instaurer des règles strictes de limitation quand ils n'ont pas d'autres solutions récréatives à apporter. Un papa explique ainsi l'organisation familiale : « les enfants peuvent jouer comme ils veulent, je travaille toute la semaine, la maman est toute seule avec les gosses donc ils ne peuvent pas sortir ». Il est en effet impossible selon lui de jouer dans la rue ou en bas de l'immeuble sans s'exposer à des groupes de voyous qui gangrènent le quartier et qui peuvent exercer une mauvaise influence sur les plus jeunes ou encore les menacer ou les molester. L'objet médiatique, adjuvant éducatif, constitue un « tiers relationnel, sorte d'objet transactionnel permettant d'accompagner des configurations de la vie familiale dont certaines sont difficiles » (Devauchelle, 2019, p. 20). Et l'utilisation excessive des écrans devient paradoxalement un outil de protection des jeunes face à un quartier où règne l'insécurité.

2.4 Le repli sur soi et la solidarité interne : des formes de compensation et de structuration

L'organisation qui se déploie au niveau familial ou au niveau d'un cercle resserré de proches permet, du moins pour un temps, de maintenir une cohésion et une protection. Elle permet aussi d'échapper au contrôle et à l'intervention des institutions qui, et c'est une crainte répandue, porteront forcément un jugement négatif sur les situations douloureusement vécues et prendront en conséquence des mesures restrictives de liberté en imposant un ensemble d'obligations. Le repli sur quelques personnes de son entourage favorise un entre-soi rassurant qui se structure contre tout ce qui est extérieur, considéré comme potentiellement dangereux. Il s'agit d'un retrait plus ou moins assumé qui protège le plus possible d'un monde environnant particulièrement toxique ou intrusif. Ainsi, lorsque des personnes vivent de manière quasi recluse, on observe que la méfiance s'amplifie jusqu'à atteindre un rejet de l'autre (Condette, 2020). Le besoin de réassurance et de protection conduit généralement à limiter les déplacements. Certaines familles ne quittent ainsi presque jamais leur quartier voire leur domicile. Cet ancrage infra-territorial limite alors le désir de mobilité et il est particulièrement compliqué d'obtenir qu'un des parents se déplace, ne serait-ce pour conduire et rechercher l'enfant à l'école ou au centre de loisirs. Ce sont les enfants les plus âgés qui prennent en charge les plus jeunes ou alors, si le parent est contraint d'assurer une conduite à l'école ou au centre de loisirs, il reste à bonne distance de l'entrée de la structure et à bonne distance aussi des autres adultes présents.

> « Il y a trois mamans… elles viennent tous les jours jusqu'à deux mètres environ de la grille, et puis dès que leur enfant est entré, elles partent immédiatement. J'ai déjà essayé de leur parler, mais elles tournent le dos… il y en a une qui est déjà partie en courant… c'était comme une fuite… alors, maintenant, je leur fais juste un petit signe de loin pour les saluer, on verra plus tard si elles veulent bien me parler… » (extrait d'entretien avec une maman impliquée dans la vie de l'école maternelle de sa fille).

Pour ces familles, la voie qui leur semble la plus salutaire et protectrice consiste à se recentrer sur les maigres ressources personnelles dont elles disposent et à préserver une solidarité et une entraide destinées à adoucir ou pallier les difficultés. La santé des enfants est certes une préoccupation majeure mais elle reste souvent assumée à l'intérieur du cercle familial ou amical. L'avis médical n'est presque pas requis ou il l'est de manière ponctuelle, par exemple en se rendant au service des urgences de l'hôpital public le plus proche, d'une part parce que la prise en charge des soins est « gratuite », d'autre part parce que la traçabilité est plus faible (il s'agit si l'on peut dire d'une simple prestation médicale qui ne nécessite pas automatiquement de formalités administratives compliquées et qui ne déclenche pas la mise en place d'un suivi ultérieur trop précis ou imposé). Lorsqu'il n'y a pas de caractère d'urgence, du moins en apparence, l'avis médical tend plutôt à être remplacé par l'avis des « aînées », plus âgées, plus expérimentées – souvent la grand-mère ou la tante. Ces aînées, qui ont elles-mêmes l'expérience d'avoir élevé plusieurs enfants, réalisent des diagnostics et conseillent les jeunes parents sur les meilleurs traitements à suivre en cas de problèmes de santé. Ainsi, des bébés se voient proposer de la bière dans leur biberon (« de la bière mais sans alcool, c'est meilleur, sans danger et c'est un bon fortifiant » pour reprendre les propos d'une maman de quatre jeunes adultes) ; ou encore les conseils prodigués conduisent les jeunes parents à donner à leur bébé de la boisson gazeuse pour prévenir les maux de ventre et faciliter la digestion. Les familles trouvent ainsi des points d'appui à l'interne qui leur permettent de limiter au maximum les interactions avec des professionnels de la santé ou de la petite enfance.

3 Les familles en situation précaire et leur rapport à la santé : les apports de la recherche menée

Les personnes en situation de précarité, surtout si elles ont la responsabilité d'une famille à nourrir et des enfants à élever, cherchent des moyens d'organisation, entre une adaptation aux conditions d'incertitude et des tentatives de contournement des difficultés.

3.1 Renoncer à se soigner pour prioriser ses enfants

Nos résultats d'analyse, issus des deux recherches citées, montrent que pour l'ensemble des parents interrogés, la santé personnelle passe systématiquement après celle des enfants, lorsque des choix sont à réaliser. Le financement des soins spécialisés et de certains appareils médicaux reste onéreux, et tous les parents ne peuvent pas se permettre d'y accéder, surtout lorsque les traitements sont longs et ne relèvent pas de la prise en charge des situations de handicap. Les parents préfèrent donc « sacrifier » en quelque sorte leur santé au bénéfice des soins pour les enfants.

Dans cette logique, certains parents ne consultent pas ou voient rarement le médecin pour eux-mêmes, parce qu'ils estiment ne pas avoir assez de moyens financiers pour assumer de possibles prescriptions non remboursées ou des dépassements d'honoraires. Ils craignent aussi qu'on leur découvre une pathologie jusque-là ignorée. Il en va de même lorsque des campagnes de prévention et de dépistage sont proposées : elles font certes l'objet d'une importante médiatisation et sont associées à des prises en

charge financières, mais l'appréhension de découvrir un problème de santé en fait reculer certains. Si cette réalité existe pour d'autres catégories de population, elle nous semble particulièrement prégnante chez les personnes en situation de précarité. Celles-ci estiment ne pas pouvoir se permettre d'être en mauvaise santé parce qu'elles assument la responsabilité des enfants et se sentent d'abord redevables envers eux :

> « Ce serait trop dur, trop démoralisant de savoir que j'ai une maladie grave… je serais triste, et ça c'est pas possible ; moi, j'ai besoin de toujours garder le moral et de ne pas penser à tout ça. Même si c'est difficile, je fais toujours belle mine devant les enfants », nous confie une maman. Un papa explique également : « Ma femme elle s'occupe des enfants, oui en fait c'est moi qui ramène le salaire… je n'ai pas le droit d'être malade, qu'est-ce qu'ils deviendraient… vous vous rendez pas compte ! ».

3.2 L'incompréhension et la méfiance : d'autres raisons du renoncement aux soins

Selon les revenus, les familles peuvent bénéficier d'une prise en charge des soins, mais elles n'en font pas toujours la demande. Elles n'ont pas l'information ou n'ont pas compris comment fonctionnaient l'assurance maladie et la couverture maladie universelle (CMU) aujourd'hui remplacée par la complémentaire santé solidaire (C2S)[3] : qui sont les bénéficiaires, comment faire valoir les droits octroyés, comment gérer les formalités administratives (Warin, 2012). Certains parents sont pourtant très « connectés », possèdent au moins un téléphone portable et suivent constamment leurs actualités sur les réseaux sociaux, mais ils ne savent pas pour autant trier l'information ou n'en comprennent pas la structuration ; ainsi, tout en ayant à disposition des outils numériques, ils ne savent pas s'en servir pour ce type d'usage. D'autres ne veulent pas remplir de formulaires de santé, de peur d'être identifiés, « repérés », comme ils l'indiquent, par des services sociaux qu'ils estiment suspicieux.

On constate que, parmi les personnes interrogées, l'accès aux soins nécessite en amont une information accessible et compréhensible, mais aussi et avant tout l'instauration de la confiance : confiance envers les possibles soutiens institutionnels ou associatifs pour dévoiler sa situation, confiance pour réaliser les démarches, confiance envers ses interlocuteurs pour accepter d'être accompagné.

La littératie en santé « suppose un niveau de connaissance, de compétences personnelles et de confiance en soi qui permette d'agir pour améliorer sa santé personnelle et la santé de sa communauté en changeant ses habitudes de vie et ses conditions de vie. » (Ferron, 2017, p. 8). Les familles rencontrées dans le cadre de nos recherches, dotées d'une faible littératie, n'ont bien souvent que des connaissances parcellaires dans le champ de la santé, principalement récupérées dans les médias ou recueillies chez des proches qui ont ou prétendent une expérience dans ce domaine. Cette catégorie de population, parce qu'elle est en situation de précarité, développe aussi une faible estime de soi parce qu'elle a accumulé des échecs. Ces familles présentent ainsi

[3]La Complémentaire santé solidaire est entrée en vigueur le 01-11-2019. Le dispositif a été unifié et l'accès au dossier a été facilité. Cette prise en charge à 100% est destinée aux personnes dotées de faibles ressources. Les soins sont étendus au domaine dentaire, à l'optique et aux appareillages auditifs.

des risques majeurs en matière de santé (Puchner, 1993 ; Davis et *al.*, 1996), ce qui les maintient dans une situation d'extrême fragilité alors que l'objectif visé par l'action publique est au contraire de les extraire de la misère dans laquelle elles se trouvent.

Si le soin contribue à sortir de la précarité (Gaille, 2010), il reste à préciser ce qu'il recouvre pour les institutions ou organismes de santé et pour ces familles éloignées des services médicaux et sociaux. Les représentations sont très différentes, les logiques d'action le sont également tout comme l'est, pour ces familles, la réception des offres.

3.3 L'incompréhensibilité des informations

Malgré les efforts de communication en termes d'explicitation et de diffusion des messages ou encore de représentation graphique à l'aide de pictogrammes, certaines familles ne comprennent pas les informations mises à disposition car celles-ci sont nombreuses, souvent très détaillées dans la mesure où elles prennent en compte toute une gamme possible de situations personnelles. En outre, ces informations demandent de s'approprier une logique administrative qui semble aller de soi pour des initiés mais qui reste pour beaucoup longue et fastidieuse : avancer par étapes en respectant chacune d'elles pour parvenir au but devient une véritable épreuve.

La maîtrise de la langue constitue également un obstacle de taille, à la fois pour les familles issues de l'immigration qui n'ont pas appris la langue française et pour les familles qui ont toujours résidé en France mais ont progressivement désappris après une scolarité souvent chaotique. Quelques personnes rencontrées sont tellement refermées sur elles-mêmes et leurs proches depuis longtemps qu'elles ont adopté des modes spécifiques de communication, qui passent par un nombre de mots très restreint et s'appuient sur une sorte de code non-verbal uniquement partagé par les membres de la famille et l'entourage immédiat. Le processus de désapprentissage qui caractérise l'illettrisme (Lahire, 1999) provoque, nous l'avons constaté, de graves troubles dans la vie personnelle et sociale à la fois en termes de communication, de lecture et d'écriture (beaucoup de documents ou de panneaux indicateurs se comprennent *via* la lecture et le décryptage de phrases et de signaux). L'illettrisme provoque aussi de lourds dommages en termes de représentation et d'estime de soi (Fernandez, 2019). Les personnes concernées par l'illettrisme cherchent alors des moyens de compenser, par exemple en sollicitant un proche en capacité d'apporter une aide ; elles tendent aussi à s'accommoder du manque, en s'isolant, ou en faisant semblant pour masquer leur incompréhension et essayer d'échapper au discrédit. Ainsi, et pour illustrer notre propos, lors des entretiens collectifs que nous menions, des parents invoquaient des problèmes de vue lorsque nous leur présentions des documents (« je ne sais pas, je ne peux pas vous répondre, j'ai oublié mes lunettes ») et des problèmes de surdité pour esquiver les questions (« je suis désolé, je n'entends pas bien… je vais laisser les autres répondre à ma place »). Ce n'est qu'en les rencontrant à plusieurs occasions qu'elles finissaient par nous connaître un peu mieux, nous apprécier, et c'est seulement à ce moment que nous obtenions des réponses. En réalité, les adaptations successives, les stratégies d'esquive que nous avons observées constituent le lot quotidien pour ces personnes qui tentent d'échapper aux jugements et aux contrôles. L'objectif implicite pour ces familles particulièrement démunies est bien d'éviter de devoir exposer leurs

difficultés quitte à ne pas bénéficier de l'aide de professionnels ou d'autres personnes extérieures qui seraient à même de les soutenir (Monceau, 2014).

Si les personnes ayant des compétences réduites en littératie risquent davantage de ne pas comprendre l'information en santé et de ne pas adhérer aux traitements requis (Brigo et *al.*, 2015 cité dans Ruel et *al.*, 2019, p. 287), la question prend une tournure particulière dès lors qu'il s'agit de parents dans la mesure où ceux-ci, quelles que soient les difficultés rencontrées, portent la responsabilité de leurs enfants et entendent les éduquer et leur prodiguer les soins nécessaires.

On observe que le développement de l'accessibilité est constamment à repenser pour toucher de nouvelles personnes éloignées des canaux habituels de transmission et de compréhension des informations. Certes, les efforts existent dans ce domaine mais ils ne sont sans doute pas suffisants d'un point de vue plus qualitatif. Si « l'accessibilité vise ainsi à favoriser l'inclusion de tous les groupes marginalisés » (Ruel et *al.* 2019, p. 289), il reste encore à en dessiner les contours et à personnaliser l'approche.

4 Discussion et perspectives : Action publique et littératie en santé, une approche compréhensive

Instaurer ou restaurer la confiance est une première étape indispensable pour mettre en place un accompagnement qui ait du sens pour les professionnels et qui soit également pertinent pour les bénéficiaires. Pour cela, trois leviers principaux d'action méritent d'être soulignés : l'entrée en contact et l'établissement d'un soutien de proximité, la différenciation et l'adaptation de l'offre, la coordination des professionnels intervenant dans l'accompagnement. Ces différents points d'appui semblent incontournables pour élaborer une autre relation basée sur la restauration de la dignité et la construction d'une véritable capacité à agir.

4.1 La qualité du premier contact et le soutien de proximité

Le premier contact n'est pas facile car les familles se montrent d'emblée très réticences, n'engagent pas la conversation et lorsqu'un dialogue tente de s'établir, elles essaient rapidement d'y mettre fin. Nous avons vu que la méfiance était de mise et que les raisons ne manquaient pas. Chaque famille rencontrée connaît directement ou indirectement un parent à qui la garde de l'enfant a été ôtée pour défaut de soins. En réalité, le défaut de soins entraînant le retrait de l'enfant à ses parents renvoie à des situations complexes où plusieurs facteurs s'agrègent, comme la violence intrafamiliale, l'addiction d'un ou des parents. Les services sociaux et de la protection infantile, sensibles à l'attachement, élément moteur dans le développement de l'enfant (Bowlby, 1969 ; Barbey-Mintz et *al.*, 2017), sollicitent ce type de procédure uniquement lorsque l'enfant est en danger. La séparation n'est pas non plus forcément définitive ; elle peut faire l'objet de réaménagements, de mesures alternatives visant à créer le moins de dommages possible pour l'enfant et à accompagner les parents dans leur démarche éducative. Ces éléments explicatifs restent généralement peu audibles de la part de parents qui vivent dans la peur, la souffrance et la méfiance. Entrer en contact passe alors par l'établissement d'une relation personnelle qui a besoin de temps long pour installer une proximité durable.

Il s'agit également de ne pas multiplier les interlocuteurs de manière à éviter la dilution d'une histoire personnelle douloureuse dans une pluralité indéfinie d'interventions. C'est chaque fois une mise à l'épreuve de soi et des siens. Trop d'interlocuteurs signifie aussi accepter l'intrusion d'étrangers dans la vie familiale qui vont observer, poser des questions, et progressivement vont prendre le pouvoir, imposer leurs choix et créer du désordre. Les familles interrogées ne veulent pas se sentir ainsi dépossédées de leur vie, même si cette vie est loin d'être désirable.

Au contraire, si une aide extérieure s'avère indispensable, les familles préfèrent un unique soutien de proximité qui leur témoigne du respect et de l'empathie : une personne de confiance qui saura être à l'écoute, qui ne va pas juger mais se montrer encourageante. C'est aussi une personne en capacité de comprendre les problèmes et qui saura aider à trouver les bonnes solutions. La confiance est source d'un lien social de qualité et elle facilite grandement les relations entre les individus (Luhmann, 2006). Reste la question de l'organisation concrète de cette proximité et de la disponibilité professionnelle que les services de l'État acceptent de consentir pour que les familles les plus en difficulté puissent effectivement bénéficier d'un interlocuteur privilégié.

4.2 Diversifier l'offre et personnaliser l'accompagnement

L'action publique est attentive aux familles même si celles-ci ne formulent pas d'exigences spécifiques ou ne partagent pas leurs soucis personnels, restant prudemment en retrait, comme nous l'avons montré. Différentes organisations publiques ou relevant d'un autre statut, par exemple associatif, sont chargées d'œuvrer à la mise en place de programmes dédiés à la promotion de la santé. Depuis sa création en 2002, l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (Inpes) travaille au développement de l'éducation thérapeutique du patient sur l'ensemble du territoire. Les Agences régionales de santé (ARS) mettent en œuvre depuis 2010, sous l'autorité du ministère de la santé, des politiques qui se déclinent localement, au plus près des besoins de la population. Citons encore l'Union nationale et les Unions départementales des associations familiales (l'Unaf et ses Udaf) qui, là aussi par le maillage territorial qu'elles opèrent, exercent un rôle de conseil auprès des pouvoirs publics en matière de politique familiale et proposent des actions ciblées à destination des familles.

Des programmes nombreux et volontairement différenciés sont donc mis en place, assortis de protocoles destinés à répondre à un ensemble de problématiques individuelles et collectives. Cette politique de promotion de la santé s'appuie sur des recherches scientifiques internationales visant à synthétiser les connaissances disponibles (DeBarr, 2004 ; Sørensen et *al.*, 2012 ; Ferron, 2017), et à identifier des pratiques innovantes et prometteuses (Puchner, 1993 ; Grol et *al.*, 2002 ; Rootman et Ronson, 2005 ; Foucaud et *al.*, 2010 ; Margat et *al.*, 2017 ; Simar et *al.*, 2018), capables de renouveler ou tout simplement d'enrichir les offres existantes.

Il s'agit dès lors d'encourager une démarche proactive de promotion de la santé sur des thématiques ciblées, en inscrivant la problématique identifiée dans une approche systémique qui prenne en compte les effets de contexte, les spécificités économiques, sociales, culturelles. Par exemple, les questions d'asthme et d'allergie sont analysées au regard des conditions d'hébergement des individus dans la mesure où l'insalubrité

de certains logements peut être la cause de ces pathologies ou peut contribuer à les aggraver (Foucaud et *al.*, 2010).

La contextualisation des problématiques de santé conduit ainsi à mieux comprendre les réalités sociales et sanitaires et à construire des réponses adaptées.

Les acteurs de terrain ont cette connaissance fine des situations personnelles qui permet d'atteindre un niveau de granularité pertinent et d'identifier ainsi les éléments constitutifs de la complexité familiale. Car chaque situation familiale est singulière et demande à être étudiée de près, avec prudence pour ne pas heurter les personnes concernées par la politique de soins, et en prenant le temps nécessaire pour ne rien omettre qui serait dommageable aux bénéficiaires. Il s'agit ici d'aller à la rencontre de pratiques sociales qui de prime abord restent inatteignables parce qu'elles sont cachées ou invisibles et se placent volontairement en retrait pour ne pas s'exposer.

De ce point de vue, la politique familiale nécessite d'être régulièrement redéfinie et affinée pour tenir compte des évolutions constantes (Séraphin, 2013 ; Séraphin et St-Amour, 2020). Quant aux acteurs qui accompagnent concrètement la mise en œuvre de ces politiques, ils ont besoin d'être davantage formés aux nouveaux programmes et d'être stabilisés dans leur poste pour proposer un soutien dans la durée et en mesurer les effets. Lorsque les territoires sont peu attractifs, relevant de la politique de la ville et situés dans des zones géographiques éloignées des grands centres urbains dynamiques, nous remarquons que les services dédiés à la santé peinent à recruter des personnels qualifiés acceptant de résider sur place ou à proximité et de s'impliquer sur le long terme. À l'inverse, certains acteurs de terrain sont issus des secteurs géographiques relégués mais manquent de formation (Condette et *al.*, 2017). Même s'ils disposent de ressources institutionnelles, ils ne savent pas s'en servir comme supports pertinents pour enrichir leur « boîte à outils » (Margat et *al.*, 2017) ; ils ne mobilisent que les ressources qu'ils connaissent le mieux et qui sont le fruit de leur propre expérience et des savoir-faire du réseau professionnel local. Ils n'ont quasiment pas bénéficié de temps de formation leur permettant de s'approprier les modèles théoriques sous-jacents à l'action éducative menée (Jourdan et Berger, 2005).

Cette situation caractérisée par le manque de personnels stables et formés a des effets dommageables sur les familles accompagnées. D'une part, les interlocuteurs changent régulièrement et les familles interrogées le déplorent car les repères sont difficiles à construire :

> « Oui, maintenant, nous avons un suivi… c'est à cause de la petite, elle a des allergies et elle est soignée […] Non, le suivi, ça ne va pas vraiment, le référent a changé cinq fois et j'ai compté, on a douze personnes qui nous suivent, pour la santé, pour les papiers, les allocations, pour l'école et l'aide aux devoirs… On n'en peut plus, il y a toujours quelqu'un qui téléphone, qui vient pour ceci, pour cela » (extrait d'entretien avec des parents).

D'autre part, les personnels peu formés tendent à compenser ce déficit par un surinvestissement professionnel, parfois aussi émotionnel. Ils créent des liens privilégiés qui

parfois se transforment en liens de dépendance ou d'interdépendance, quitte à empêcher les parents, sans même le vouloir, de s'affranchir progressivement du soutien et de gagner en autonomie (Condette et *al.*, 2017).

Au contraire, l'approche compréhensive en santé ne vise pas à se substituer aux familles mais à les conduire graduellement vers le développement de compétences favorisant la réflexion outillée, la prise de distance, l'action étayée par des connaissances, impulsant l'esprit d'initiative et l'instauration d'une meilleure estime de soi.

4.3 L'*empowerment* : une politique du détour

Le phénomène de renoncement, qui caractérise les populations précarisées comme les familles vivant dans le dénuement que nous étudions ici ou encore les étudiants aux ressources financières très modestes (Baggio et *al.*, 2017), est fortement ancré et particulièrement ardu à combattre. Quand l'échec est intériorisé, il est difficile de susciter l'envie d'agir et de consentir des efforts sur le long terme. Pour toutes celles et ceux dont la vie quotidienne demeure incertaine et l'avenir semble compromis, on peut alors comprendre que ces personnes vulnérabilisées essaient de limiter les risques. Ce qui pourrait apparaître comme de l'inertie ou de la passivité est en fait le résultat d'une absence de perspectives mêlée à un sentiment d'infériorité et de honte qui s'est durablement installé. La honte produit un effet paralysant dans la mesure où, considérée comme « étant sans remède » (Vigneron, 2010, p. 84), elle n'incite pas à l'action mais enferme plutôt l'individu dans le retrait, le silence et la résignation.

Il ne s'agit pas de vouloir donner à notre propos une tonalité misérabiliste voire déterministe mais d'insister sur la diversité et la complexité des situations personnelles dont les réalités sont visibles mais aussi plus cachées, plus diffuses et donc moins évidentes à percevoir et à comprendre. Pour faciliter l'accès à ces situations, un travail d'investigation en douceur et de rapprochement est indispensable pour permettre le contact, établir du lien et aider les personnes concernées à entrer dans une nouvelle dynamique de projet. L'institutionnalisation de la proximité (Condette, 2020), axée sur l'écoute empathique, le soutien compréhensif et la propension à se projeter positivement, produit des résultats probants en matière de confiance et d'*empowerment* (Rappaport, 1984).

Établir de la proximité, c'est par exemple aller à la rencontre de la population qui vit dans un quartier. Cela se concrétise par du porte à porte et commence par des salutations, quelques mots de présentation pour prendre contact et pour s'intéresser à la vie des habitants, sans pour autant adopter une posture hautaine et intrusive. C'est une politique des petits pas qui s'accorde le temps nécessaire pour créer des liens et les affermir ensuite. Nous avons suivi le travail d'un centre social implanté dans un secteur précarisé et qui a réussi à renouer des relations durables avec les résidents du quartier en favorisant un climat apaisé où le rapprochement et la convivialité constituaient les premiers jalons du projet. Au fur et à mesure, la disponibilité du nouveau directeur et de sa petite équipe, leur gentillesse et leur humanité ont été reconnues et appréciées, faisant chaque fois croître le nombre des participants aux rencontres proposées. Les actions de voisinage destinées à mieux se connaître (comme les manifestations festives au pied des immeubles), les actions au sein du centre pour

que chacun partage son savoir-faire et son expérience (ateliers cuisine, jardinage, réparation de petits matériels…) ont progressivement créé de l'interconnaissance, de l'entraide et de la solidarité. Un groupe de pairs aidants s'est mis en place, de même qu'un comité citoyen pour l'amélioration de la vie du quartier et la rénovation de l'habitat. Ces transformations ont nécessité du temps, de la patience et un soutien des politiques publiques, ne serait-ce que par le maintien de dotations en postes pérennes et un plan de formation dédié aux professionnels. Ce n'est qu'après cette longue phase de réinstauration de la confiance et de réappropriation du quartier par ses habitants que des actions de prévention, de remédiation ont été proposées. Cette politique locale du détour a permis de ne pas aborder les problèmes de manière trop rapide et frontale mais de poser d'abord un diagnostic par rapport aux éléments de contexte recueillis et analysés. Des programmes, en particulier en santé, se sont développés et ont été bien reçus parce que les personnes étaient à présent réceptives et se plaçaient dans une nouvelle dynamique (Narayan, 2002). L'envie d'agir s'est combinée avec la capacité à agir. Des perspectives plus favorables se sont dessinées dans plusieurs domaines : les propositions de formation implantées localement, la possibilité d'un retour à l'emploi, l'accès pour tous à un logement décent, la sécurisation du quartier, l'animation éducative et le soutien périscolaire. Ces programmes, inscrits dans une démarche d'« alphabétisation conscientisante » (Margat et *al.*, 2017), ont ouvert un champ des possibles et ont redonné de l'espoir, du goût et de l'énergie à des personnes qui ne parvenaient plus à se projeter positivement.

Dans ce programme global, systémique où les actions partenariales sont nécessaires pour cerner la nature des questions posées et en saisir toute la complexité, la proximité et l'étayage proposé, de même qu'une plus grande horizontalisation des relations ont favorisé la réhabilitation de l'acteur social dans sa capacité à agir avec assurance et confiance.

5 Conclusion

La littératie est une entrée thématique féconde qui embrasse dans une même dynamique créative et respectueuse de l'intégrité due à chaque individu, un ensemble de dimensions constitutives de la place à accorder à tout membre d'un groupe social pour qu'il puisse y évoluer décemment et participer activement à la vie de ce groupe. La santé, au sens de l'Organisation mondiale de la santé (OMS), est elle-même globale et recouvre tout autant les aspects physiques, psychologiques, que sociaux et relationnels. La littératie en santé semble ainsi répondre aux préoccupations liées à un accompagnement efficient des plus démunis. Elle envisage l'accompagnement dans une perspective ouverte et systémique, ne se limitant pas à l'étude des facteurs cumulatifs conduisant à des réponses ponctuelles. Elle développe une approche sans jugement qui encourage et outille les professionnels ; elle restaure progressivement la dignité des personnes en grande difficulté, ne les soumettant pas à des séries d'injonctions incompréhensibles et mal vécues mais cherchant au contraire à donner ou redonner à ces personnes un véritable statut d'acteur social doté de capacités à réaliser des choix et à agir en situation. La littératie en santé nécessite pour cela le déploiement de formations sur le long terme à destination des professionnels pour qu'ils apprennent à travailler davantage de manière collaborative en créant et mutualisant des ressources,

pour qu'ils parviennent à s'engager dans une dynamique permettant progressivement aux plus démunis de sortir, et à leur rythme, de leur situation précaire toujours renforcée par la dureté des conditions d'existence.

Il reste du chemin à parcourir car cette approche systémique, adaptée, inclusive et respectueuse que développe la littératie en santé n'est pas encore assez diffusée et partagée par le plus grand nombre. Si des avancées en ce sens sont à noter, on observe encore dans les quartiers déshérités des pratiques professionnelles cloisonnées qui tendent à multiplier les dispositifs et à juxtaposer les actions menées en faveur des plus démunis. Cela provient de la nécessité qui s'impose aux professionnels de répondre aux nombreuses situations d'urgence et de leur ferme volonté de se soucier avec attention et célérité du mieux-être de ces personnes. C'est ce que nous avons pu observer. Pour autant, si ces actions sont centrées sur l'aide immédiate en faveur des plus démunis, elles méritent de s'inscrire dans un programme global sachant répondre aux intérêts et besoins locaux. Sans être pour autant standardisé, un programme global sera mieux à même, par son ampleur et sa portée, d'encourager le sentiment d'efficacité personnelle (Bandura, 2003) et plus largement d'accompagner la promotion d'une « démocratie sanitaire » (Gaussel, 2011), avec l'objectif ambitieux mais réaliste de tendre, à moyen terme vers un exercice plein et entier de la citoyenneté.

Références bibliographiques

Baggio, S., Iglesias, K. et Fernex, A. (2017). Healthcare renunciation among young adults in French higher education. A population-based study. *Preventive Medicine*, *99*, 37-42.

Bandura, A. (2003). *Auto-efficacité. Le sentiment d'efficacité personnelle*. Éditions De Boeck.

Barbey-Mintz, A.-S., Dugravier, R., et Faure-Fillastre, O. (Eds) (2017). *L'attachement, de la dépendance à l'autonomie*. Éditions Érès.

Becker, H. S. (1963). *Outsiders. Studies in the sociology of deviance*. Free Press of Glencoe – Collier-Macmillan.

Bernard, P.-Y. (2018). L'accompagnement des jeunes en situation de décrochage scolaire : inégalités et non-recours. *Formation emploi*, *143*, 33-55.

Bloch, M.-C., Gerde B. et Association La Bouture (Eds) (1998). *Les lycéens décrocheurs. De l'impasse aux chemins de traverse*. Chronique sociale.

Borgonovi, F. (2016). Quelle relation entre l'éducation, les compétences en littératie et l'état de santé perçu ? *Les compétences des adultes à la loupe*, *4*. OCDE.

Bowlby, J. (1969). *Attachment and loss*. vol. 1. *Attachment*. Basic Books.

Brodiez-Dolino, A., von Bueltzingsloewen, I., Eyraud, B., Laval, C. et Ravon, B. (2014). *Vulnérabilités sanitaires et sociales. De l'histoire à la sociologie*. Presses Universitaires de Rennes.

Brodiez-Dolino, A. (2015). La vulnérabilité, nouvelle catégorie de l'action publique. *Informations sociales*, *2/188*, 10-18.

Brunner, A. et Maurin, L. (Eds) (2020). *Rapport sur la pauvreté en France, édition 2020-2021*. Observatoire des inégalités.

Cingolani, P. (2017). *La précarité*. Presses universitaires de France.

Clerc, D. et Piriou J.-P. (2011). *Lexique de sciences économiques et sociales*. Éditions La Découverte.

Condette, S. (2020). L'offre de scolarisation précoce en France à l'épreuve des réticences familiales. In B. Garnier, J.-L. Derouet, et R. Malet (Eds). *Sociétés inclusives et reconnaissance des diversités. Le nouveau défi des politiques d'éducation* (p. 197-218). Presses Universitaires de Rennes.

Condette, S., Bailleul, M., Nyambek Kanga, F., Maréchaux, B., Obajtek, S. et Ruffin-Beck, C. (2017). *Les freins à la préscolarisation. Étude qualitative sur six territoires de la politique de la ville dans le département du Nord*. Rapport de recherche, Acsé/Préfecture du Nord – IA du Nord – Laboratoire CIREL.

Condette, S., Bailleul, M., Maréchaux, B., Obajtek, S. et Setfaoui, S. (2018). *L'implication parentale dans le processus éducatif. Une étude sociologique dans plusieurs quartiers contrastés de villes du Nord de la France*. Rapport de recherche, ESPE Lille Nord de France – Laboratoire CIREL.

Davis, T. C., Meldrum, H., Tippy, P. K. P., Weiss, B. D. & Williams M. (1996). How poor literacy leads to poor health care. *Patient Care*, *30 (16)*, 94-127.

De Gaulejac, V. (1996). *Les sources de la honte*. Éditions Desclée de Brouwer.

DeBarr, K. A. (2004). A Review of Current Health Education Theories. *Californian Journal of Health Promotion*, *2/1*, 74-87.

Delahaye, J.-P. (2015). *Grande pauvreté et réussite scolaire. Le choix de la solidarité pour la réussite de tous*. Rapport de l'Inspection Générale à madame la ministre de l'Éducation nationale, de l'enseignement supérieur et de la recherche. MENSR [en ligne]. https://cache.media.eduscol.education.fr/file/2015/52/7/Rapport_IGEN-mai2015-grande_pauvrete_reussite_scolaire_421527.pdf (10-03-2021).

Devauchelle, B. (2019). *Éduquer avec le numérique*. Éditions ESF.

Donzelot, J. (2016). *L'invisibilité sociale. Une responsabilité collective*. Paris : Rapport de l'ONPES [en ligne]. https://onpes.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport_ONPES_2016_bd-2.pdf (10-03-2021).

Fernandez, H. (2019). Chapitre 11. Lutter contre l'illettrisme. In P. Warin (Ed). *Agir contre le non-recours aux droits sociaux* (p. 235-252). Presses universitaires de Grenoble.

Ferron, C. (2017). *La littératie en santé. Synthèse bibliographique*. Paris : FNES [en ligne]. https://www.fnes.fr/wp-content/uploads/2018/01/Litt\%c3\%a9ratie-en-sant\%c3\%a9-Synth-biblio-Fnes_VDEF2.pdf (10-03-2021).

Foucaud, J., Bury, J. A., Balcou-Debussche, M. et Eymard, C. (Eds) (2010). *Éducation thérapeutique du patient. Modèles, pratiques et évaluation*. Saint-Denis : Inpes, coll. Santé en action [en ligne]. https://sfgg.org/media/2010/09/dossier-inpes-education-therapeutique-du-patient.pdf (08-03-2021).

Gaille, M. (2010). Sortir de la précarité par le soin ? Dévoiler l'invisible ou voir le visible. *Critique*, *2010/5*, *756*, 435-449.

Gaussel, M. (2011). Éducation à la santé : vers une démocratie sanitaire. *Dossier d'actualité Veille et Analyses*, *69, vol. 1*. IFE-ENS Lyon, [en ligne]. http://veille-et-analyses.ens-lyon.fr/DA/detailsDossier.php?parent=accueil\&dossier=69\&lang=fr (08-03-2021).

Grol, R., Baker, R. & Moss, F. (2002). Quality improvement research : understanding the science of change in health care. *Quality & Safety Health Care*, *11(2)*, 110-111.

Jourdan, D. et Berger, D. (2005). De l'utilité de clarifier les référents théoriques de l'éducation pour la santé. *La Santé de l'Homme*, *377*, 17-20.

Kaufmann, J.-C. (2011). *L'entretien compréhensif*, 3e édition. Armand Colin.

Le Blanc, G. (2006). Penser la fragilité. *Revue Esprit*, *3*, 249-263.

Le Blanc, G. (2009). *L'invisibilité sociale*. Presses universitaires de France.

Luhmann, N. (2006). *La confiance. Un mécanisme de réduction de la complexité sociale*. Paris : Éditions Economica.

Margat, A., Gagnayre, R., Lombrail, P., de Andrade, V. et Azogui-Levy S. (2017). Interventions en littératie en santé et éducation thérapeutique : une revue de littérature. *Santé publique*, *29/6*, 811-820.

Monceau, G. (2014). Effets imprévus des dispositifs visant à rapprocher les parents éloignés de l'École. *Éducation et sociétés*, *34/2*, 71-85.

Narayan, D. (2002). *Empowerment and Poverty Reduction : A Sourcebook*. World Bank.

Paugam, S. (2009). *La disqualification sociale. Essai sur la nouvelle pauvreté*. Paris : Presses universitaires de France.

Peugny, C. (2009). *Le déclassement*. Éditions Grasset.

Puchner, L. D. (1993). *Early Childhood, Family, and Health Issues in Literacy : International Perspectives*. Philadelphia : University of Pennsylvania – Literacy Research Center and the National Center on Adult Literacy.

Rappaport, J. (1984). Studies in Empowerment : introduction to the Issue. *Prevention in Human Services*, *3*, 1-17.

Revil, H., Warin, P., Richard, F. et Blanchoz J.-M. (2020). Renoncement et accès aux soins. De la recherche à l'action. Cinq années de collaboration entre l'assurance maladie et l'observation des non-recours aux droits et services (ODENORE). *Revue française des affaires sociales*, *4*, 261-297.

Rootman, I. et Ronson, B. (2005). Literacy and Health Research in Canada : Where Have We Been and Where Should We Go ? *Canadian Journal of Public Health*, *Revue canadienne de santé publique*, *96/2*, 62-77.

Ruel, J., Gingras, F., Moreau, A. C. et Grenon M. M. (2019). L'accès à l'information sous l'angle de sa compréhensibilité : lorsque l'émetteur rencontre le récepteur. *Études de linguistique appliquée*, *195*, 285-303.

Séraphin, G. (2013). *Comprendre la politique familiale*. Éditions Dunod.

Séraphin, G., et St-Amour, N. (2020). Politique familiale : De quoi parle-t-on ? *Enfances Familles Générations*, *35* [en ligne]. https://journals.openedition.org/efg/10726 (10-03-2021).

Simar, C., Darlington, E., Bernard, S. et Berger, D. (2018). Promouvoir la santé à l'école : enjeux et perspectives scientifiques. *Administration & Éducation*, *157*, 143-150.

Sørensen, K., Van den Broucke, S., Fullam, J., Doyle, G., Pelikan, J., Slonska, Z. & Brand, H. (2012). Health literacy and public health : A systematic review and integration of definitions and models. *BMC Public Health*, *12/80* [en ligne]. https://bmcpublichealth.biomedcentral.com/track/pdf/10.1186/1471-2458-12-80.pdf (10-03-2021).

Tisseron, S. (1992). *La honte, psychanalyse d'un lien social*. Éditions Dunod.

Tomás, J. (2010). La notion d'invisibilité sociale. *Culture et Société*, *16*, 103-109.

Vigneron, A. (2010). Les difficultés scolaires et leurs résonances sur l'enfant et sa famille. *Dialogue*, *190/4*, 81-91.

Warin, P. (2012). Le non-recours aux droits, *SociologieS*, *Théories et recherches* [en ligne]. https://journals.openedition.org/sociologies/4103 (10-03-2021).