



Il me revient de signer l'éditorial de ce nouveau numéro de la Lettre de la MiRe, quelques jours seulement après ma prise de fonctions.

C'est l'occasion pour moi de rendre hommage à Pierre Strobel. Après le numéro de février 2007 qui lui a été consacré, cette nouvelle Lettre, coordonnée par Martine Sonnet, témoigne de la diversité et de la prégnance dans les débats actuels des recherches engagées sous son égide. Qu'il s'agisse de restituer les résultats de programmes passés, de rendre compte des projets sélectionnés dans les appels à recherches récents ou des actions de valorisation, le présent numéro dresse un large panorama de l'activité de la MiRe. Les 14 et 15 juin, un séminaire permettra de discuter, auprès d'un panel d'experts scientifiques, d'opérateurs industriels et de représentants des pouvoirs publics et des associations, des résultats du programme « Recherche et innovation dans le domaine des biotechnologies: spécificités et enjeux économiques », dont l'initiative revenait à mon prédécesseur. Les thèmes retenus illustrent la contribution d'une recherche pluridisciplinaire à la construction des politiques publiques: « Les innovations organisationnelles en sciences de la vie: singularités, enseignements », « Trajectoires d'entreprises et modèle start-up: quels enseignements? », « Matériel biologique et normes juridiques », « Les innovations biotechnologiques et leur régulation ».

Avec l'appui de son Conseil scientifique et dans le cadre de partenariats diversifiés, la MiRe entend continuer d'assumer tous les termes de son mandat: structurer la recherche en sciences humaines et sociales dans les domaines de la santé, des solidarités et de la protection sociale; à l'interface entre les milieux de recherche, les administrations, les milieux professionnels et associatifs et les collectivités responsables, contribuer à la formulation des besoins de connaissance scientifique et d'expertise; dans ce cadre, faire émerger des travaux de recherche sur des thématiques pas ou peu prises en compte dans le contexte français; participer à l'intégration des savoirs en termes d'aide à la décision publique; valoriser enfin les résultats des recherches auprès de publics diversifiés.

La MiRe insérera pleinement cette action dans le cadre défini pour l'ensemble de la DREES, notamment à travers les réflexions engagées sur la politique éditoriale et la constitution de dossiers thématiques rassemblant l'ensemble des savoirs développés au sein de l'institution.

Stéphane Le Boulter

Chef de la Mission Recherche

RÉSULTATS DES RECHERCHES

Zoom

Vie de couple et situation de handicap **2**

PROGRAMMES DE RECHERCHE

Recherches terminées

Programme « Construction sociale des risques » **7**

Programme « Santé mentale » **9**

Programme « Les dimensions de l'identité » **10**

Projets sélectionnés

Genre et politiques sociales **11**

Enquête décennale de l'Insee sur la santé et les soins médicaux **14**

COLLOQUES ET SÉMINAIRES DE RECHERCHE

Échos du colloque

Représentations des troubles psychiques, pratiques de soins et vécu des malades **17**

LECTURES

19

Vie de couple et situation de handicap

Maks Banens (CED – Lyon 2) et **Anne Marcellini** (université Montpellier 1),
avec la collaboration de **Nathalie Le Roux** (université Montpellier 1), **Sébastien Fournier** (CENS –
Nantes), **Rommel Mendès-Leite** (GERA – Lyon 2) et **Léo Thiers-Vidal** (ENS-Lyon)

DE février à avril 2003, l'Insee a réalisé l'enquête « Histoire de vie – Construction des Identités » (HdV)¹ dont l'objectif était de décrire et d'analyser les différents types de liens sociaux permettant aux individus de s'intégrer dans la société française du début du XXI^e siècle. Elle cherchait à mesurer comment chaque individu construit ses relations aux autres en fonction de sa trajectoire personnelle, de son appartenance à certains groupes sociaux et de sa définition de soi et à évaluer et mieux comprendre les phénomènes de discrimination sociale (objective et subjective) qui peuvent exister.

Dans le cadre du programme de recherche « Les dimensions de l'identité » de la MiRe/Drees, nous nous sommes intéressés à la vie de couple des personnes rencontrant des situations de handicap². Au même titre que l'accès à l'éducation, à l'espace public, à l'activité professionnelle, aux loisirs, l'accès à la vie de couple fait désormais partie des droits revendiqués par les personnes vivant avec un problème de santé. Avec cette recherche, nous avons essayé de répondre à deux questions distinctes : celle de la fréquence des unions (dans cette note, « union » et « vie de couple » sont utilisées comme synonymes) parmi les personnes vivant avec un problème de santé et celle du rôle de la (re)-construction identitaire dans l'accès à la vie de couple.

Pour répondre à nos questions, nous avons mobilisé les différents volets de l'enquête HdV. En effet, l'enquête alterne les questions factuelles, « objectives », et les questions d'appréciation sur la situation, des questions « subjectives ». Les données objectives portent sur la situation de santé et celle de la vie de couple, mais aussi sur l'appartenance à des groupes de « pairs » du point de vue de la santé. Les questions subjectives posent directement les questions de la définition de soi et de l'appréciation de différentes situations.

Ces dernières questions ont été approfondies par vingt-cinq entretiens que nous avons effectués avec des personnes vivant avec un problème de santé. Les entretiens nous ont permis de mieux comprendre les rapports entre vie de couple, situations de handicap et (re)-construction identitaire.

Calendriers différents

Les problèmes de santé et la mise en couple sont des phénomènes qui suivent des calendriers décalés. Les premiers apparaissent avec l'âge et leur apparition augmente à peu près régulièrement. À l'âge de 20 ans, 27 % de la population déclare vivre avec un problème de santé. À 30 ans, c'est le cas de 32 % ; à 40 ans : 46 % ; à 50 ans : 53 % ; à 60 ans : 75 %. La mise en couple, elle, se concentre entre les âges de 20 et 30 ans. À 20 ans, 16 % de la population vit en couple ; à 30 ans, c'est le cas de 73 % ; à 60 ans, c'est toujours le cas de 71 % de la population.

Croisés, les calendriers produisent deux situations distinctes

Les problèmes de santé interviennent majoritairement quand la personne

1. L'enquête a été le fruit d'une coopération entre l'Ined, les services statistiques de plusieurs ministères (Drees, Dares, Dep, Div), et l'Inserm. Au total, 8403 personnes de 18 ans et plus, représentatives de la population vivant en ménage ordinaire en France métropolitaine, ont été interrogées.

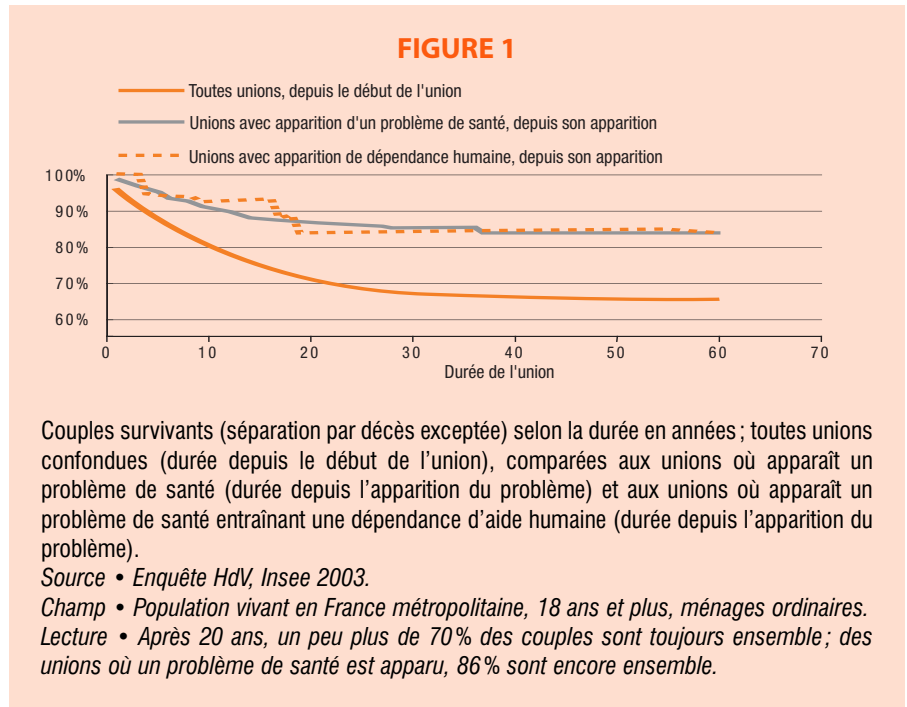
2. Sur les différentes définitions du handicap, voir l'encadré page 4.

concernée vit déjà en couple, ce qui pose la question du maintien du couple. Cette question a fait l'objet de nombreuses recherches. La part des couples se séparant dans les six ans suivant l'apparition d'un problème grave de santé est estimée à un sur cinq ou un sur six par la plupart des auteurs³.

Une minorité des problèmes de santé intervient avant que la personne ait vécu sa première union – principalement des problèmes intervenus à la naissance et des accidents au jeune âge (accidents de la circulation, du sport, de la vie quotidienne ou professionnelle) – ce qui pose les questions de la première mise en couple et de la réussite du couple engagé avec un problème de santé. Peu de recherches ont été consacrées à ces questions. Le volet biographique de l'enquête HdV permettra une première estimation.

Situation 1 : le problème de santé apparaît durant la vie de couple

Il s'agit de la situation la plus fréquente. En 2003, selon l'enquête HdV, 6,5 millions d'hommes (37 %) et 7,6 millions de femmes (38 %) de 18 ans et plus déclarent avoir connu cette situation. Si la fréquence est élevée, l'enquête montre également que l'apparition d'un problème de santé ne met que relativement rarement fin au couple. Même dans le cas de limitations importantes nécessitant une aide humaine pour les gestes de la vie quotidienne, les séparations ne dépassent pas un couple sur six (voir figure 1). Les différentes courbes ne sont pas superposables sans précaution : pour les unions au cours desquelles un problème de santé survient chez l'un des partenaires, la durée est mesurée depuis le moment de son apparition, ce qui permet de mettre en évidence l'effet du problème de santé. Pour les unions sans problème de santé, nous avons mesuré la durée depuis le début de l'union. Le meilleur maintien des couples après apparition d'un problème de santé fait supposer un effet protecteur de celui-ci. Nous avons pu vérifier cette hypothèse en comparant la durée totale des unions avec et sans problème de santé. Si le résultat est conforme aux estima-



tions des enquêtes précédentes, il est en fort décalage avec le sentiment dominant, dans le milieu du handicap comme à l'extérieur. Les récits de vie recueillis ne parlent pas d'effet protecteur. Ainsi, Luc, 37 ans, blessé médullaire, tétraplégique depuis l'âge de 28 ans, vivant désormais en couple avec une femme paraplégique a vécu la rupture de son couple précédent pendant le temps même de sa rééducation fonctionnelle. Françoise, 54 ans, tétraplégique en fauteuil électrique par amyotrophie spinale distale survenue à 45 ans, s'est vue, elle aussi, abandonnée, six mois après l'annonce de sa maladie et du diagnostic d'irréversibilité.

Le constat est double : le handicap est considéré comme la cause de rupture de l'union pour la personne elle-même ; ensuite, cette rupture est considérée comme une conséquence fréquente et en quelque sorte normale, c'est-à-dire conforme au discours dans le milieu du handicap dans lequel se reconnaissent Luc et Françoise. Nous avons rencontré ce double constat dans de nombreux entretiens.

Il n'est pas aisé de comprendre le décalage qui se dessine ainsi entre les résultats statistiques et les témoignages. Deux éléments semblent constituer un début

d'explication. Les personnes ayant répondu à notre demande d'entretiens ont connu l'apparition du problème de santé plus tôt que ne l'aurait fait supposer l'enquête quantitative ; leurs atteintes étaient également plus sévères que la moyenne. Il se peut que la sévérité de l'atteinte de santé et son apparition relativement précoce réduisent l'effet protecteur, voire en inversent la logique : vingt ans après l'apparition d'un problème de santé entraînant une dépendance humaine, 83 % des couples sont toujours ensemble (séparation par décès exceptée) ; ce pourcentage tombe à 53 % quand le problème de santé s'est déclaré avant l'âge de 40 ans.

Situation 2 : le problème de santé apparaît avant la première union

Selon l'enquête HdV, les chances de se mettre en couple diminuent fortement si un problème de santé est déjà apparu avant la première union : 22 % des hommes et 25 % des femmes restent alors définitivement sans union, contre respectivement 6 % et 4 % sans problème de santé. Les problèmes de santé se déclarant en général plus tardivement, le

3. Voir, parmi d'autres : Perrigot M. *et alii* (1994), «Handicap et vie de couple», in Codine P. (dir.), *La Réinsertion socio-professionnelle des personnes handicapées* : Masson, p. 137-144.

Qui est en situation de handicap?

Dans la nouvelle Classification internationale fonctionnelle (ICF), l'Organisation mondiale de la santé (OMS) ne considère plus le handicap comme une particularité de certains, mais comme une « expérience humaine universelle ». En agissant ainsi, l'OMS tente de réintégrer les handicapés dans un monde uni où ne s'opposent plus une minorité de handicapés et une majorité de valides, mais où chacun se trouve quelque part sur une échelle infiniment graduée entre 100 % valide et 100 % handicapé. Pour la loi française, toute personne handicapée est d'abord déficiente dans le sens médical du terme. Ce fondement médical est explicitement posé comme condition à la définition du handicap dans tous les textes de référence. Est donc exclue de la définition de handicap toute limitation d'activité ou de participation à la vie en société qui serait d'ordre social.

Si la déficience médicale (cette recherche emploie « déficience médicale » et « problème de santé » comme des synonymes) est nécessaire à la notion de handicap, celui-ci n'en est pas la conséquence automatique. C'est là où la dimension sociale du handicap prend sens: la déficience ne donnera lieu à un handicap que si elle n'est pas compensée. Une compensation réussie à 100 % fait disparaître le handicap.

Entre déficience et restriction à la vie en société, il y a le domaine des limitations d'activité, auparavant appelé celui des incapacités. Le tableau suivant donne un survol quantitatif des personnes vivant avec un ou plusieurs problèmes de santé, selon l'enquête HdV, comparé avec l'enquête de référence « Handicaps, Incapacités, Dépendances ».

Tableau 1 • Part des personnes (en %) avec déficiences, limitations, dépendances, définitions identitaires et administratives, selon les enquêtes HdV et HID

	HdV (milliers)	HdV %	HID %
DÉFICIENCES – LIMITATIONS			
Déclarant au moins un problème de santé	24 000	53	42
Déclarant être limité fonctionnellement	9 200	20	21
Déclarant le besoin d'une aide humaine	3 200	7	9
DÉFINITION IDENTITAIRE			
Se considérer malade	3 400	8	
Se considérer handicapé	2 300	5	
Se considérer âgé	2 200	5	
Se considérer malade et handicapé	300	0,7	
Se considérer malade et âgé	200	0,5	
Se considérer âgé et handicapé	200	0,5	
Se considérer âgé, handicapé et malade	030	0,06	
IDENTITÉ COMMUNAUTAIRE			
Faire communauté	1 000	2,2	
IDENTITÉ ADMINISTRATIVE			
Être reconnu COTOREP ou équivalent	2 900	6	8

Champ • Personnes de 18 ans et plus vivant dans un ménage ordinaire, France métropolitaine, 1998-2003.
Source • INSEE, HID (1998) et HdV (2003).

Le tableau 1 montre l'insuffisance du seul critère de la déficience médicale: 53 % déclarent au moins un problème de santé tandis que 5 % seulement se considèrent handicapés et 6 % le sont reconnus administrativement. Le critère des limitations fonctionnelles cerne déjà mieux la population en situation de handicap: 20 % déclarent une ou plusieurs limitations d'activité. Un critère plus strict est celui de la dépendance d'une aide humaine; il décrit les situations de santé les plus sévères et dans lesquelles l'on dépend d'autrui pour les gestes de la vie quotidienne.

Tableau 2 • Populations de 18-69 ans connaissant des problèmes de santé

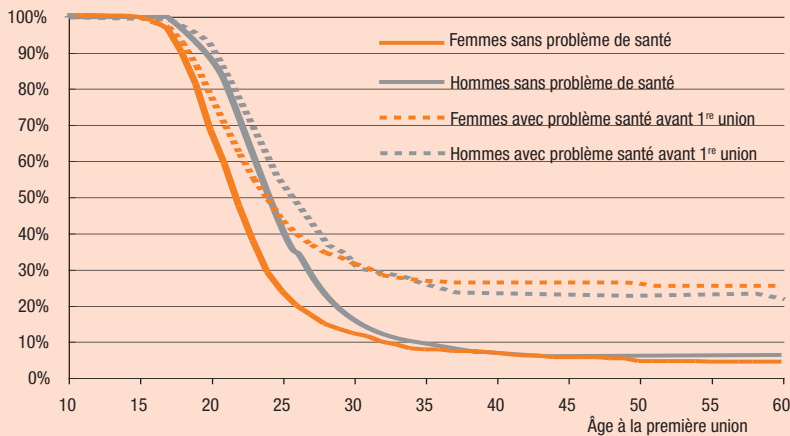
	Total (en milliers)	Sans aide humaine fréquente	Sans aide matérielle	Sans limitations	Vivant en couple
Dépendance d'aide humaine	377 (n = 117)	-	59 %	4 %	63 %
Dépendance d'aide matérielle	1 020 (n = 267)	85 %	-	24 %	68 %
Limitations fonctionnelles	6 026 (n = 1 604)	94 %	87 %	-	69 %
Population générale	38 618 (n = 7 232)				

Source • Enquête HdV - INSEE 2003.

Lecture • Selon l'enquête, dans les ménages ordinaires de la France métropolitaine, 377 000 personnes de 18-69 ans ont besoin d'aide humaine pour les gestes de la vie quotidienne (117 individus dans l'échantillon de l'enquête) dont 59 % (81 individus de l'échantillon) n'ont pas d'aide matérielle et 4 % (6 individus) n'ont pas de limitations fonctionnelles. Les totaux et les pourcentages sont calculés après pondération des individus de l'échantillon.

Le tableau 2 se limite à la population des 18-69 ans. Au-delà de cet âge, la situation de santé et la fréquence de la vie en couple se modifient rapidement – notamment par le décès des conjoints plus âgés. En 2003, trois situations de santé sont distinguées: celle où la personne a toujours besoin d'une aide humaine pour les gestes de la vie quotidienne; celle où la personne utilise une aide matérielle non-financière (prothèse, canne, fauteuil, etc.); et celle où elle déclare être limitée dans certaines activités. Les trois situations sont *a priori* en ordre de sévérité croissante et devraient s'emboîter plus ou moins. Le tableau 2 montre que les populations dépendantes d'aide humaine ou d'aide matérielle sont effectivement en grande partie à l'intérieur de la population limitée. Cependant, la population dépendante d'aide humaine n'est que pour moitié environ incluse dans la population dépendante d'aide matérielle. Le tableau 2 montre aussi qu'en 2003 la population française vit en couple à 63-69 %, peu importe la situation de santé. Notre recherche a essayé de comprendre la diversité qui se cache derrière cette apparente homogénéité.

FIGURE 2



Hommes et femmes n'ayant pas encore vécu d'union, selon l'âge ; hommes et femmes sans problème de santé et hommes et femmes chez qui un problème de santé s'est déclaré avant la première union.

Source • Enquête HdV, Insee 2003

Champ • Population vivant en France métropolitaine, 18 ans et plus, ménages ordinaires.
Lecture • À 40 ans, 7% des hommes et des femmes sans problème de santé n'ont pas encore connu d'union, contre 24% pour les hommes et 26% des femmes chez qui un problème de santé s'est déclaré avant la première union.

groupe concerné est moins important que dans la situation précédente, mais il compte néanmoins 3,4 millions de femmes (17%) et de 4,0 millions d'hommes (23%) de 18 ans et plus.

La figure 2 montre que le problème de santé a deux conséquences : il retarde l'union et il en diminue la probabilité. Le retard est peu important, nous nous concentrons donc sur la probabilité finale. Le tableau 3 donne la probabilité de rester sans union pour différentes populations vivant avec un problème de santé. Les effectifs étant limités, certaines catégories n'ont pu être étudiées par sexe. Accéder à la vie de couple est extrêmement difficile dès lors qu'un problème de santé est apparu (tableau 3). Parmi les situations de santé, la dépendance d'une aide humaine est la plus défavorable à la formation d'une union : un homme sur deux et plus d'une femme sur deux en restent dans ce cas privés. Les limitations fonctionnelles s'y opposent un peu moins puisque une personne concernée sur trois reste sans union. Enfin, dans le cas d'une dépendance d'aide matérielle, ce ne sont plus qu'un homme sur quatre

TABEAU 3

	Hommes	Femmes	Ensemble	Rapport de probabilité
Situation de santé	%	%	%	
Dépendance d'aide humaine	51	57		
Dépendance d'aide matérielle (prothèse, fauteuil, canne...)	23	15		
Limitations fonctionnelles	30	33		
Reconnaissance administrative	26	44		
Se considérant « personne handicapée »	40	49		
Dépendance d'aide humaine ET se considérant handicapé			74	
Dépendance d'aide humaine ET fréquentant des pairs			60	
Limitations fonctionnelles ET se considérant handicapé			42	
Cox régression : connaître une union avec un problème de santé				
- dépendance d'aide humaine				0,54
- limitations fonctionnelles				0,81
- dépendance d'aide matérielle				0,51
- se définir comme personne handicapée				0,57
- fréquentation des pairs en handicap				1,21
- reconnaissance administrative pour handicap				0,92
- sexe masculin				0,84

Probabilité de ne pas avoir connu d'union jusqu'à l'âge de 50 ans ; hommes et femmes ayant un problème de santé avant la première mise en couple, selon la situation de santé.

Source • Enquête HdV, Insee 2003.

Champ • Population vivant en France métropolitaine, 18 ans et plus, ménages ordinaires.

Lecture • À 50 ans, 51% des hommes dépendants d'une aide humaine, chez qui le problème de santé est apparu avant la première union, n'ont pas encore connu d'union.

Lecture modèle Cox • La probabilité de connaître une union pour ceux et celles vivant avec un problème de santé dès avant la première union augmente quand la personne utilise une aide matérielle et quand elle fréquente des pairs en handicap ; elle diminue quand la personne est dépendante d'une aide humaine, quand elle se définit comme une personne handicapée, quand elle a des limitations fonctionnelles ou une reconnaissance administrative et quand elle est de sexe masculin.

et une femme sur six qui restent sans vie de couple. Dans les deux premiers cas, la différence entre hommes et femmes est, faiblement, favorable aux premiers; dans le troisième, c'est l'inverse: ce sont les femmes qui sont relativement favorisées. Si l'on ne considère pas la situation de santé mais la reconnaissance administrative ou la définition de soi comme personne handicapée, nous trouvons sans surprise que ces deux critères sont associés à un fort taux de vie solitaire. Ici, la différence entre les sexes est plus marquée, les femmes ayant une reconnaissance administrative du handicap ou se définissant comme personne handicapée ont moins accès à la vie de couple que les hommes. On retrouve la différence déjà observée dans les situations de santé les plus sévères. Dépendre d'une aide humaine et se définir comme personne handicapée, aboutissent au taux record de 74% de vie solitaire. Ces deux facteurs, retrouvés dans le modèle de Cox, sont ceux qui réduisent le plus l'accès à l'union (il s'agit de probabilités annuelles et non pas de la probabilité finale à 50 ans). Le modèle montre également que dépendre d'une aide matérielle augmente l'accès à la vie de couple, ce qui souligne l'importance de l'autonomie individuelle pour y accéder. L'autre facteur favorisant est la fréquentation des « pairs en handicap ». Il s'agit là non seulement de l'intégration dans un lieu de sociabilité, où la rencontre devient possible, mais aussi d'une reconnaissance de soi comme personne handicapée et par conséquent d'une (re)-construction identitaire qui permet l'ouverture à l'autre.

L'effet négatif des problèmes de santé précoces sur la vie de couple ne se limite pas au problème de l'accès à celle-ci. Il joue également sur la durée des unions ainsi engagées. Celle-ci s'avère très limitée, n'arrivant qu'exceptionnellement à une durée de dix ans.

Contrairement à la situation dans laquelle le problème de santé apparaissait pendant la vie de couple et où nous avons constaté une bonne résistance des couples, voire un effet protecteur sur sa

longévité, ici, nous constatons une forte limitation dans l'accès à la vie de couple et cette fois-ci, nos témoins sont plutôt en accord avec les estimations quantitatives. Ils confirment le discours général selon lequel les problèmes de santé rendent difficile l'accès à la vie de couple, même si leurs propres expériences ne donnent pas toujours cette impression. Les témoins, en couple au moment de l'entretien :

Romain, 32 ans, aveugle de naissance, vivant en couple avec une femme valide,
Henri, 56 ans, IMC, en fauteuil électrique, vivant en couple – son deuxième couple – avec une femme valide,

Mario, 42 ans, polio d'une jambe, qui boite, vivant en couple avec une femme valide,

Myriam, 45 ans, en fauteuil roulant électrique, en couple non cohabitant avec un homme valide,

disent tous avoir souffert de l'accès tardif à la vie de couple et avoir pensé que ce ne serait jamais possible. Ils disent aussi la peur de rester solitaires, ce qui, l'enquête quantitative le montre, était loin d'être impossible.

Nous touchons ici au cœur de la problématique identitaire. L'apparition d'une déficience déclenche un triple mécanisme identitaire: le déni, la mise de côté de la différence et la progressive remise au centre et intégration de celle-ci. Cette évolution de longue durée n'est pas forcément linéaire et des réactivations sont toujours possibles. Les conséquences sur la vie de couple de la personne atteinte dépendent de nombreux facteurs: la nature et la sévérité de la déficience, la progressivité de son apparition et l'âge à laquelle elle survient, l'ancienneté du couple.

Le fait que les problèmes de santé sont plus fréquents et plus progressifs quand l'âge avance et surviennent dans un couple qui a plus d'ancienneté semblent être deux conditions favorables au maintien du couple durant la reconstruction identitaire de la personne atteinte. Au contraire, le fait que les problèmes de santé sont souvent soudains au jeune âge et surviennent alors que la vie de couple

est peu ancienne semblent deux conditions favorisant la rupture du couple pendant le processus de reconstitution identitaire de la personne atteinte.

Il importe donc de souligner les différences entre les « vieux couples » et les « jeunes » en couple, aussi bien du point de vue identitaire que de la conception même du couple. En effet, les couples déjà constitués et vieillissants, dont l'un des conjoints est frappé par une pathologie ou une déficience, durent, et l'on peut penser qu'ils s'organisent prioritairement sur le mode de l'aide familiale, privilégiant ainsi le maintien de l'autonomie de l'unité que constitue le couple, au sein duquel le devoir de solidarité est affirmé. À l'inverse, quand les jeunes sont touchés par un problème de santé, ils le sont également dans leur vie de couple, que celle-ci soit déjà engagée ou à venir. Pour faire face à cette situation « handicapante », ils s'appuient plus volontiers sur l'identité de « personne handicapée », associée à des droits individuels. À ce titre, ils revendiquent la compensation du handicap en tant que personne ayant le droit à l'autonomie individuelle, condition pour eux de la construction d'une relation de couple satisfaisante. ■

Maks.Banens@univ-Lyon2.fr
Convention MiRe n° 170/04

• Les rapports de recherche de la MiRe sont fournis gratuitement.

Contact : **Philippe Bertin**, via son courriel : philippe.bertin@sante.gouv.fr
ou par courrier : **Drees/MiRe 14, avenue Duquesne 75350 Paris 07 SP** ; tél. : **01 40 56 82 34**

Recherches terminées

PROGRAMME

« Construction sociale des risques »

La prévention des expulsions locatives : les paradoxes de la banalisation d'un nouveau risque

Mots-clés : expulsion locative, prévention, logement

Cette recherche vise à dégager les enjeux liés à l'émergence, aux transformations et à la mise en œuvre locale des dispositifs de « prévention » des expulsions. Elle repose d'une part sur une étude des évolutions du cadre législatif et réglementaire de l'expulsion qui fait apparaître la genèse et les mutations de la politique de prévention, et d'autre part sur un examen du traitement local des procédures dans deux départements, la Loire Atlantique et la Vendée, qui met en évidence la diversité des usages locaux des dispositifs de prévention.

Comment les textes législatifs et réglementaires successifs qui encadrent le traitement des expulsions locatives ont-ils inventé puis transformé la politique de « prévention », faisant émerger un nouveau « risque » ? Comment les dispositifs prévus sont-ils mis en œuvre sur le terrain par les multiples acteurs concernés ? Quel sont les enjeux et les effets des déplacements successifs ainsi opérés, notamment quant aux modalités effectives de construction et de prise en charge du « risque » d'expulsion ?

Cette étude s'appuie sur un ensemble de techniques d'enquête diversifiées. Une trentaine d'entretiens ont été réalisés au sein des organismes suivants : tribunal d'instance, préfecture, direction départementale de l'équipement, conseil général, caisse d'allocations familiales, centre communal d'action sociale, commissariat de police, bailleurs, huissiers de justice, associations de locataires et association départementale d'information sur le logement. La recherche documentaire a permis de réunir et d'analyser d'une part l'ensemble des textes législatifs, réglementaires et administratifs relatifs aux expulsions locatives et plus généralement aux politiques en faveur du logement des personnes défavorisées depuis 1998, et d'autre part une série de documents locaux sur le sujet (charte de prévention des expulsions, données statistiques, documents de liaison, formulaires, lettres types, etc.) L'observation ethnographique des audiences a constitué un volet essentiel du travail empirique, complétée par la collecte des jugements.

Le résultat paradoxal de la mise en place des dispositifs de « prévention » des expulsions locatives est de banaliser le risque de perte du logement. D'abord, l'invention de la « prévention », qui place la protection du locataire sur un plan social et non plus civil comme c'était le cas dans les lois antérieures, comporte déjà certaines ambiguïtés, liées au flou de la définition même du risque et surtout au mode de prise en charge proposé, de traitement social individualisé – le plus précoce possible. Ensuite, les déplacements progressifs de la notion de « prévention » dans les textes ultérieurs, la réduisent à un simple accompagnement social situé de plus en plus vers l'aval de la procédure. En outre, les cadres interprétatifs dans lesquels s'inscrivent les travaux et textes succes-

sifs, et les explications qu'ils donnent explicitement ou implicitement de la hausse des expulsions locatives et des impayés de loyer, tendent à naturaliser tant la hausse des loyers et les tensions sur le marché du logement, social et privé, que l'extension de la précarité et de la pauvreté en France, et les défaillances et restrictions des filets.

Par ailleurs, les usages locaux des dispositifs de prévention montrent que la démarche d'accompagnement du risque, déjà envisagée comme relativement limitée dans les textes, s'avère en fait très restreinte sur le terrain. En effet, les acteurs judiciaires, sociaux et administratifs concernés par le traitement des procédures, sont inégalement et généralement faiblement mobilisés. Cela aboutit à laisser fonctionner la procédure d'expulsion comme un processus de tri des ménages, méconnaissant les causes sociales des impayés, déclenché de plus en plus précocement et activé de plus en plus systématiquement, n'enrayant pas la passivité des locataires et le fatalisme institutionnel. Le traitement social et judiciaire tend donc à se réduire à une incitation au paiement ou au départ, fortement normalisatrice, le dénouement se réduisant toujours à l'alternative entre apurement et expulsion.

Tous ces éléments aboutissent à une individualisation du risque et à un transfert de responsabilité sur les victimes elles-mêmes, tandis que la symbolique de la « prévention », du fait de l'illusion d'un évitement maximal des poursuites, tend à légitimer la répression accrue des impayés et la prégnance croissante des impératifs gestionnaires des bailleurs. L'extension de la notion de « risque social » au-delà de sa définition traditionnelle dans le cadre de la Sécurité sociale à la française, loin d'être un outil heuristique, s'avère donc porteuse de brouillages voire d'un danger de banalisation libérale de l'insécurité sociale. De la même manière, l'application de la notion de « prévention » à de nouveaux risques sociaux semble davantage un piège porteur de dérives normalisatrices et culpabilisantes, qu'un apport idéologique ou théorique. Le processus de banalisation du risque et d'accommodement à sa prolifération, qui est en jeu ici, peut être rapproché des mécanismes homologues qui se sont joués pour les risques environnementaux, et qui ont abouti à une légitimation de la marchandisation de leur gestion.

Équipe de recherche

Sous la direction de **Cécolène Frisque**, Institut des sciences politiques, Université Paris X-Nanterre.

Convention MiRe n° 137/03

Culture du risque au travail et pratiques de prévention en Europe (de la fin du XIX^e à aujourd'hui)

Mots-clés : risque au travail, santé au travail, médecine du travail, prévention, réparation, accident du travail, maladies professionnelles, CHSCT

Pourquoi la culture de prévention des risques au travail a-t-elle tant de mal à s'imposer en France, contrairement à la plupart des pays voisins, alors que la fonction de prévention y a été pensée très tôt ? Les ingénieurs des Mines, dès le début du XIX^e siècle, de grandes figures de la toxicologie, de l'hygiénisme industriel, de

la physiologie du travail, à la fin du XIX^e siècle, la jeune administration du travail au tournant du siècle, des ingénieurs organisateurs, comme Henri Fayol, et des rationalisateurs pendant la guerre et l'entre-deux-guerres se sont interrogés tour à tour sur la question de la prévention des risques... Or, il faut attendre les années 1970, voire les années 1990, pour que la prévention devienne une obligation légale et une culture partagée. Quelles sont les résistances, les blocages ou les forces d'impulsion et d'innovation qui se manifestent face à la prévention du risque professionnel de la fin du XIX^e siècle à nos jours ?

Cette recherche pluridisciplinaire et internationale (Belgique, Italie, Espagne) menée autour d'un noyau d'historiens tente de comprendre pourquoi, en France, contrairement à ce qui se passe dans les pays voisins, la logique de prévention des risques au travail s'impose si tard. Pour mettre au jour les résistances et les blocages, ou les forces d'impulsion et d'innovation, elle croise, sur une temporalité longue, les représentations et les perceptions du risque, les métiers et les instances qui interviennent dans la gestion du risque et les pratiques sur le terrain, en faisant varier les angles et les méthodes d'observation, les espaces analysés (bâtiment, métallurgie, école, CHS¹, CHSCT²), les risques (troubles musculo-squelettiques, saturnisme) et les échelles temporelles et spatiales.

Équipe de recherche

Sous la direction de **Catherine Omnès**, IDHE-Nanterre UMR CNRS 8533, professeur à l'université de Versailles-Saint-Quentin-en-Yvelines et de **Laure Pitti** (coordonnatrice de la recherche), chargée de mission, Cité nationale de l'histoire de l'immigration

Convention MiRe n° 3099/03

Gestion de la précarité et contractualisation du RMI : preuves et épreuves de l'insertion

Enquête auprès de services sociaux dans une CLI amiénoise

Mots-clés : précarité, RMI, Commission locale d'insertion, travail social

L'évolution du marché du travail et la rigidification des conditions d'indemnisation du chômage ont conduit au transfert, par paliers successifs, d'une grande partie des chômeurs de longue durée vers le régime de Solidarité dont le Revenu Minimum d'Insertion (RMI) constitue la figure de proue. La recherche s'est arrêtée à ce dispositif pour étudier le travail social qui se développe autour du contrat d'insertion défini par la loi de 1988, celui-ci devant favoriser une réassurance contre les risques sociaux et sur différents volets (santé, logement, social, scolarité, emploi-formation). Ce sont des travailleurs sociaux, agents de la fonction publique ou du secteur associatif, qui sont chargés de contractualiser et de suivre les allocataires du RMI sur les objectifs d'insertion validés par une Commission locale d'insertion (CLI). Les déroulements de l'enquête, appliquée au département de la Somme et au territoire d'Amiens, se sont articulés aux

diverses phases qui organisent la mise en œuvre et la gestion du RMI, à partir de la Commission locale d'insertion, qui a un pouvoir de décision sur l'ouverture, la pérennisation et la fermeture des droits. Celles-ci s'apprécient à partir de l'examen qui est fait de la conformité des démarches effectuées par les allocataires aux normes d'insertion valorisées en CLI. La recherche s'est attachée à distinguer les catégorisations que réalisent les travailleurs sociaux pour évaluer les démarches et les effets produits sur la construction des parcours suivis par les allocataires dans le dispositif. La recherche montre que les pratiques professionnelles se définissent en rapport à l'injonction forte émise par les CLI d'une remise au travail, appuyée sur l'exigence de preuves. La prise avec la réalité sociale, qui contredit journallement le travail technique de classement tel qu'il peut être vécu en CLI, amène les travailleurs sociaux à élaborer des stratégies, élargissant les cadres administratifs, afin de lever la norme d'emploi. Le renvoi des causes d'une incapacité à recouvrer l'emploi vers le domaine médical ou socio-sanitaire leur permet d'assouplir les règles et de tenter un travail social jugé plus légitime. Il y a donc là un jeu subtil de négociation et de mise en forme de la contractualisation qui cristallisent des enjeux sociaux différents, révélant certains aspects des inégalités présentes dans le traitement des situations et qui participent aux affectations itératives des allocataires à des statuts précaires définis selon leur aptitude ou inaptitude reconnue à l'emploi. L'enquête a procédé à partir d'entretiens individuels effectués auprès de 20 travailleurs sociaux, d'observations menées en CLI et lors d'une dizaine de réunions organisées entre les différents services, prestataires et opérateurs impliqués dans la mise en œuvre du RMI. Elle est complétée par la consultation de 57 dossiers étudiés en CLI et la présentation d'études de cas.

Équipe de recherche

Nathalie Frigul, Cresp (Centre de Recherche sur les Enjeux contemporains en Santé Publique) Unité mixte Inserm - Université Paris 13 - École des hautes études en sciences sociales (U723)

Convention MiRe n° 2853/03

Risque et gestion du risque en santé

Mots-clés : risque thérapeutique, dépenses de santé, médecine libérale, référentiels, responsabilité

Le système de santé, construit pour répondre de manière socialisée aux risques maladie produit des risques secondaires : le risque thérapeutique, lié aux accidents créés par les opérations de soins et le risque moral du producteur, utilisation par les médecins du système d'assurance pour maximiser leur revenus. Depuis le début des années 1990, les pouvoirs publics et les médecins libéraux s'opposent sur la question de la socialisation ou de la privatisation de la charge financière de ces deux risques. Parallèlement à ces tensions, un autre champ d'affrontement s'est ouvert, celui de la gestion de ces mêmes risques au moyen de l'encadrement rationnel de la pratique médicale par des procédures standardisées. Prenant sa source dans l'exploitation d'avancées conceptuelles de l'économie de la santé et de la science médicale, cette

1. Comités d'Hygiène et de Sécurité.

2. Comités d'Hygiène, de Sécurité et des Conditions de Travail.

idée a été reprise par l'administration qui a cherché à l'imposer aux médecins libéraux. Ceux-ci ont fortement résisté aux premières tentatives d'encadrement de leurs pratiques en raison à la fois des fondements de leur identité libérale et de la structuration classique de la médecine clinique.

Les affrontements autour du transfert de la charge financière de ces risques et autour de leur gestion ont conduit à l'émergence d'une forme de responsabilité limitée des médecins libéraux, tenus, d'une part, de respecter les procédures de gestion des risques et de rendre compte de ce respect et soumis, d'autre part, à des sanctions économiques en cas de non-respect de ces référentiels. Cette évolution a donné lieu à l'apparition et au renforcement de l'appareil de production et de contrôle des protocoles ainsi qu'à une forme de convergence entre politiques et institutions chargées de lutter contre les accidents thérapeutiques et la dérive des dépenses de santé. Le travail d'arbitrage et de hiérarchisation entre ces deux exigences reste pourtant en grande partie inachevé. Les médecins libéraux semblent accepter plus facilement l'impératif de sécurité que celui de maîtrise des dépenses. L'évolution de la doctrine de constitution des référentiels de pratique médicale, intégrant davantage la visée économique peut modifier cet équilibre. La construction d'une jurisprudence de la responsabilité civile médicale limitant la responsabilité des médecins qui suivent les référentiels accélérerait ce processus.

Équipe de recherche

Sous la direction de **Philippe Urfalino, Daniel Szeftel**, doctorant,
(CSTA, EHESS) **Convention MiRe n° 203/03**

PROGRAMME « Santé mentale »

Réseau de santé mentale et adolescents : le cas sud Yvelines

Mots-clés : santé mentale, souffrance psychique, adolescent, réseaux, accès au soin

Cette recherche a cherché à appréhender, à partir d'une méthodologie qualitative relevant d'une démarche ethnographique, l'évolution de la prise en compte et des modalités de prise en charge des adolescents dans le champ de la (pédo)psychiatrie et de la santé mentale à partir des différents dispositifs de prévention et de soins développés à leur attention (psychiatrie adulte et infanto-juvénile, institutionnelle et libérale, dispositifs bas seuils alternatifs, etc.) sur le territoire sud Yvelines. Au-delà des conflits et des tensions entre professionnels de différents champs (social, médical, éducatif, spécialisé, etc.) que suscite l'approche des questions de santé mentale et de souffrance psychique chez les adolescents, plusieurs dispositifs innovants ont été mis en place, qui visent à assouplir les seuils et les conditions d'accès aux soins et/ou à promouvoir de nouvelles formes de collaborations et de coopérations interprofessionnelles et interinstitutionnelles, dans une perspective de transversalité: actions de proximité (spatiale, relationnelle) avec les publics et/ou les acteurs en relation avec les adolescents; actions partenariales visant à rapprocher et à faire coopérer différents acteurs et institutions ayant peu l'habitude de travailler ensemble; actions de mise en compétence des acteurs de première ligne; création d'interfaces, d'espaces de rencontre et de surfaces d'échanges.

Équipe de recherche

Sous la direction de **Isabelle Maillard** (CESAMES)

Organisation de séminaires, de colloques et publications d'ouvrages : appel à propositions permanent

La Drees/MiRe accorde régulièrement **un soutien financier à l'organisation et la tenue de colloques et séminaires** (de recherche ou de restitution et mise en débat des résultats de recherche auprès d'un public élargi) ainsi qu'à la publication (ou la traduction) d'ouvrages ou de numéros spéciaux de revues.

Les problématiques de ces colloques, séminaires et ouvrages **doivent être en liaison avec les domaines d'intervention de la MiRe**: santé, protection sociale, action et intégration sociales, migrations, évolutions sociales mettant en jeu les rapports du travail et de l'emploi avec les problèmes sociaux et de santé. Leur approche est essentiellement orientée vers les sciences humaines et sociales, tout en pouvant faire appel à d'autres disciplines, telles que l'épidémiologie, les sciences de la vie, etc. Une priorité sera accordée aux colloques et séminaires pluridisciplinaires avec comité scientifique de sélection; aux ouvrages publiés chez de bons éditeurs assumant le risque éditorial; aux revues à comité de lecture.

Les demandes de soutien préciseront: les objectifs, la problématique du projet, les disciplines concernées, le programme avec les orateurs pour un séminaire ou le sommaire détaillé pour un ouvrage (avec indications sur le ou les éditeurs pressentis), le public auquel il s'adresse et le budget détaillé (budget global, financements obtenus, aide demandée à la MiRe).

Elles seront examinées et le cas échéant sélectionnées par un comité se réunissant à un rythme bimensuel. Le comité se réserve la possibilité de n'accorder qu'une partie de l'aide demandée; il peut être amené à demander des précisions et/ou émettre des recommandations à l'attention des organisateurs et auteurs.

Les demandes peuvent être adressées à tout moment par courrier à : Frédérique Bouzou Drees/MiRe - 14, avenue Duquesne, 75350 Paris 07 SP ou par courriel : frederike.bouzou@sante.gouv.fr

PROGRAMME

« Les dimensions de l'identité »

Refus de droits et traitements injustes : analyse des biographies, caractéristiques sociales et réactions des personnes discriminées

Mots-clés : préjugés, refus de droits, discrimination, non-recours, administration.

L'enquête « Histoire de vie – Construction des identités » offre une possibilité rare de mettre en évidence une relation entre discrimination et non-recours (quand une personne, pour de multiples raisons, ne perçoit pas tout ou partie des droits et services auxquels elle peut légitimement prétendre). Elle permet de caractériser les personnes confrontées à des refus de droits lors de relations administratives ou à des traitements injustes au moment de rechercher un logement ou un emploi. Un tiers de la population enquêtée déclare être concerné par des « discriminations ». Mais à peine 6% du total se retrouvent dans des situations de refus de droits ou de traitements injustes. Minoritaires, ces personnes se distinguent cependant par des passés difficiles et par leurs origines. Surtout, une enquête complémentaire réalisée pour cette recherche montre qu'un tiers des personnes ayant ressenti une discrimination à l'occasion d'un refus de droits ne réagit pas, estimant qu'il n'y a rien à faire contre cela. Dans les deux tiers restant, il n'y a qu'une personne sur deux qui se plaint ou qui recherche du soutien, la moitié abandonne donc ses droits. Ce non-recours subi est préoccupant, car il peut alimenter la montée en puissance d'un « individualisme négatif », propice à tous les replis sociaux.

Équipe de recherche

Sous la direction de **Philippe Warin**, CNRS/Pacte-Sciences-Po recherche – IEP de Grenoble.

Avec la collaboration de **Catherine Chauveaud** (ODENORE - IEP de Grenoble), **Sophie Louargant** (UPMF/Pacte-Territoires - IGA), et **Nadine Mandran** (CNRS/Pacte-Sciences-Po recherche - IEP de Grenoble)

Convention MiRe n° 210/04

Profils linguistiques et parcours migratoires

Mots-clés : trajectoires migratoires, lieux investis, langues régionales, langues d'immigration, transmission linguistique.

Dans cette recherche, nous avons cherché à comprendre la place de la composante linguistique en tant que vecteur identitaire par rapport à d'autres facettes de l'identité. Il s'agit d'interroger le rapport aux langues au regard de la trajectoire migratoire des individus et des liens qu'ils entretiennent avec les lieux. Pour cela, nous avons tout d'abord montré la diversité des formes de parcours géographiques et la multiplicité des rapports aux lieux. Les profils linguistiques variés se différencient suivant que les

personnes sont plurilingues ou non, ont reçu une langue régionale ou d'immigration, ont retransmis ou non leur(s) langue(s) natale(s), ont appris au cours de leur cycle de vie d'autres langues, etc. De cette articulation entre les parcours migratoires et les profils linguistiques, il apparaît que la diversité de la trajectoire a des conséquences sur les modes d'identification individuels. La pratique linguistique, quant à elle, vient renforcer l'identification à un « Nous » ancrée sur un territoire.

Dans le rapport aux autres, l'héritage linguistique n'est pas un critère pertinent pour saisir l'étendue du réseau de sociabilités. Cependant, en milieu rural, les personnes socialisées dans une langue régionale ont un investissement local plus important que les personnes éduquées dans une langue d'immigration qui apparaissent davantage en retrait. Enfin, la langue reçue dans l'enfance peut être source de discriminations et celle que soit l'origine de cette langue, les adultes héritiers d'une autre langue que le français se sentent davantage victimes d'attitudes négatives concernant leur façon de parler ou leur accent.

Équipe de recherche

Alexandra Filhon (Ined/Laboratoire Printemps) et France Guérin-Pace (Ined)

Convention MiRe n° 188/04

Les catégories familiales et socioprofessionnelles à l'épreuve des identités et des trajectoires biographiques

Mots-clés : famille, profession intermédiaire, classe sociale, engagement, trajectoire professionnelle, jeunesse.

Cette étude a pour objectif d'évaluer dans quelle mesure les catégories socioprofessionnelles, familiales (nucléaire, monoparentale, recomposée...) ou d'engagement (militant, sympathisant, etc.), utilisées tant dans les dispositifs administratifs que dans les travaux scientifiques, constituent un tout homogène du point de vue des caractéristiques des personnes qui les composent. Ces caractéristiques sont considérées tant du point de vue de la trajectoire biographique des individus et de leur situation au moment de l'enquête, que du point de vue plus subjectif des représentations et des revendications/assignations identitaires. L'analyse du contenu des catégories est mise à l'épreuve dans plusieurs champs : la famille, la jeunesse, l'appartenance socioprofessionnelle et en particulier celle des professions intermédiaires et enfin les engagements politiques, religieux ou associatifs. L'enquête Histoire de vie - Construction des identités réalisée par l'INSEE en 2003 est la principale source exploitée.

Équipe de recherche

Sous la direction d'**Olivia Samuel**

Avec la collaboration de **Jérôme Deauvieu**, **Sandrine Nicourd**, **Agnès Pelage**, **Tristan Poullaouec**, **Thomas Soubiran**, **Sylvie Vilter**, Laboratoire Printemps, « Professions-institutions-temporalités », ESA 8085 du CNRS

Convention MiRe n° 169/04

G ENRE ET POLITIQUES SOCIALES

Responsables : martine.sonnet@sante.gouv.fr
marie.wierink@sante.gouv.fr
antoine.parent@sante.gouv.fr

L'appel à projets de recherche « Genre et politiques sociales » lancé par la MiRe en juin 2006¹ en direction, notamment, des sociologues, politistes, économistes, juristes, historiens proposait trois axes de recherche : 1) le genre dans l'élaboration, la mise en œuvre et l'évaluation des politiques sociales, 2) genre et politiques de prise en charge des soins aux personnes handicapées et dépendantes, 3) genre et politiques d'insertion et de lutte contre les exclusions.

Dix-sept propositions de recherche ont été reçues, inégalement réparties entre les trois axes : huit s'inscrivaient dans le premier, trois dans le deuxième et six dans

le troisième. Seuls deux projets répondant à l'axe 2 étaient fondés sur une approche résolument comparative. D'un point de vue disciplinaire, si aucun projet n'a été présenté par des juristes ou des historiens, la sociologie dominait les réponses puisque 14 projets sur 17 s'en réclamaient, exclusivement ou pas. Dans la moitié des cas, les équipes y associaient d'autres disciplines, telles que les sciences politiques, la démographie ou l'ethnologie. Deux projets à dominante économique ou économétrique et un projet à dominante de psychologie sociale complétaient les propositions. Les équipes qui ont répondu sont originaires pour

sept d'entre elles de la région parisienne et les dix autres appartiennent à des universités ou des structures de recherche en régions. Enfin, pour porter la réflexion sur le genre au niveau de la composition du groupe de chercheurs ayant répondu à l'appel à projets, on notera que si les dix-neuf responsables comptaient sept hommes et douze femmes (féminisation relativement élevée qui ne surprendra pas sur cette thématique), la stricte parité s'est établie au niveau des projets sélectionnés.

Sur les 17 projets présentés, le comité scientifique² présidé par Jacqueline Heinen, en a sélectionné sept.

Le genre de l'autonomie : une recherche sur la sexuation des interventions sociales

L'objectif du projet est de montrer que les politiques sociales participent à la transformation autant qu'à la reproduction des rapports sociaux de sexe. La recherche repose sur l'hypothèse que l'analyse des interventions sociales permet de mettre en évidence la dimension genrée de la dépendance et de l'autonomie. Les pratiques et les savoirs mobilisés par les intervenants sociaux pour « s'arranger » avec le genre seront étudiés dans les deux dimensions principales de leur activité. Premièrement, dans les interactions avec les « usagers » ou « clients » qui révèlent la sexuation des publics cibles, des formes de dépendance qui les constituent et des horizons d'autonomie qui leur sont proposés. Deuxièmement, dans les interactions entre salariés/professionnels et bénévoles/profanos, qui révèlent la dimension genrée des identités professionnelles et des répertoires d'action.

Trois terrains différents seront mobilisés, permettant de comparer des formes classiques avec des formes émergentes d'intervention. Le premier portera sur le travail social au niveau d'un quartier populaire, en se focalisant sur quatre dispositifs qui y interviennent, différents quant aux publics et aux dynamiques genrées (mission locale d'insertion des jeunes, club de prévention et de médiation, association de femmes relais et structure classique d'assistance sociale de secteur). Le deuxième s'intéressera au registre de la parentalité dans un centre maternel et dans une maison des parents. Le troisième étudiera les effets de genre et la segmentation des dispositifs d'aide aux victimes, dans une structure « généraliste » d'aide aux victimes, d'une part, et dans une structure d'aide aux femmes victimes de violences conjugales, d'autre part. Il s'agira d'analyser leurs effets de genre

et la segmentation des dispositifs d'aide aux victimes au regard du genre.

Durée : 24 mois.

Responsables scientifiques : **Marc Bessin** (CNRS, CEMS, EHESS) et **Numa Murard** (Université Denis Diderot, CSPRP).

Les trajectoires d'entrée en dépendance des personnes âgées de point de vue du care. Approche comparative France-Suède

Le projet se propose d'étudier les trajectoires sexuellement différenciées de prise en charge de la dépendance en France et en Suède, depuis les premiers signes de celle-ci jusqu'à sa reconnaissance institutionnelle par les collectivités publiques sous la forme de l'octroi d'une aide, en nature ou en espèces, qu'il s'agisse d'un maintien à domicile ou d'une entrée en institution. Hommes et femmes ne sont pas dans une situation identique quand la question de la dépendance se pose : les hommes sont plus souvent encore en couple et les femmes sont plus souvent seules. Le milieu social des personnes âgées et leur réseau familial et social, leurs ressources et leur capital culturel mais aussi leur sexe produisent des inégalités sociales dans le processus qui conduit à la prise en charge de la dépendance. Mais le contexte des politiques d'assistance à la dépendance influe-t-il aussi sur les trajectoires d'entrée en dépendance ? La France et la Suède constituent deux cas intéressants dans la mesure où la politique d'assistance aux personnes dépendantes s'y est structurée dans des référentiels différents. Elle repose de longue date sur des responsabilités publiques en Suède, administrées au plan local, alors qu'en France, des rapports d'obligation réciproque lient légalement les

1. Le texte de l'appel a été publié dans la *Lettre de la MiRe* n° 10, juillet 2006, p. 11-13.

2. Le comité scientifique était composé de : Jacqueline Heinen, Rachel Silvera, Dominique Meurs, Nadia Kesteman, Nicky Le Feuvre, Pascale Molinier, Martine Buffier-Morel, Maryse Jaspard, Sylvie Le Minez, Pierre Muller, Geneviève Fraisse, Tania Angeloff, Monique Haicault, Thanh-Huyen Ballmer-Cao ; y participaient sans voix délibérative Pierre Strobel, Antoine Parent, Sandrine Dauphin, Martine Sonnet et Marie Wierink.

générations. De multiples intervenants et financeurs interviennent en France (collectivités territoriales, associations), et l'allocation personnalisée à l'autonomie a été mise en place à une date relativement récente. Comment, dans ces contextes différents, les formes d'aide formelle et informelle s'articulent-elles à l'endroit des hommes et des femmes dépendants et comment évolue dans les deux pays ce « mix » privé et public au fur et à mesure de l'évolution de la dépendance? L'observation de ces parcours en France et en Suède permettra-t-elle de distinguer les effets de régimes différents de *care mixes* public-privé entre les deux pays?

Afin de mettre à jour des trajectoires d'entrée en dépendance, une quarantaine d'entretiens semi-directifs seront menés auprès de personnes récemment prises en charge par les dispositifs français et suédois de dépendance, en milieu rural et urbain. Les échantillons seront construits de sorte à équilibrer la représentation des deux sexes et des différentes catégories sociales. Ces interviews seront complétés par des entretiens menés auprès des principaux acteurs de leur entrée en dépendance (famille, aides ménagères, voisins).

Durée: 24 mois.

Responsable scientifique: Anne-Marie Daune-Richard, LEST.

Travailler et prendre soin en Europe : des travailleuses face à la dépendance de leurs parents âgés

L'objectif de ce projet de recherche est d'étudier la condition des femmes « aidantes principales » d'un parent âgé et la prise en compte de leur situation par les politiques sociales définies et mises en œuvre en direction des personnes âgées dépendantes. Il s'agit là d'une approche qui élargit la problématique de la conciliation entre vie familiale et vie professionnelle, trop souvent limitée à la prise en charge des jeunes enfants, aux charges privées pesant sur les femmes plus âgées (50-65 ans) parfois qualifiées de « génération pivot », dont certaines assument en plus d'un emploi et de la gestion de leur ménage, tout ou partie de l'assistance à un proche âgé ou dépendant. La question est également importante sous l'angle du maintien en emploi des travailleurs vieillissants.

Le projet a une ambition comparative et vise sept pays européens (France, Pays-Bas, Royaume-Uni, Suède, Allemagne, Portugal, Italie), relevant de différents régimes d'États-Providence. Cofinancé avec l'ANR, il comportera deux volets. Le premier visera l'étude des politiques de la prise en charge de la dépendance, menée au travers de l'examen des recommandations formulées par l'Union européenne en matière de politiques sociales, et des politiques mises en œuvre dans les différents pays. Dans le cadre du second volet, une étude empirique qualitative et comparative sera menée dans chacun des pays retenus, visant à mettre en lumière les stratégies, les arbitrages et les *caring arrangements* mis en œuvre par les ménages confrontés à la prise en charge de leurs parents dépendants, dans le cadre des différents contextes nationaux. On constituera des échantillons appariant les ménages en termes de caractéristiques individuelles et familiales afin d'être en mesure d'apprécier l'impact des politiques nationales sur les comportements des femmes.

Durée: 24 mois.

Responsable scientifique: Claude Martin (ENSP).

Les politiques sociales à l'égard des enfants en danger. Perception sexuée des maltraitances : trajectoires des prises en charge par la protection de l'enfance dans deux départements d'une cohorte de jeunes ayant atteint 21 ans

La recherche a pour but de décrire les trajectoires d'une cohorte d'anciens mineurs protégés ayant connu au moins un placement entre 0 et 21 ans, en étudiant l'effet du genre sur l'évaluation par les acteurs de terrain des maltraitances envers les filles et les garçons, et sur la perception des difficultés rencontrées par ces jeunes. L'hypothèse d'une plus forte sous-déclaration par les garçons que par les filles des abus subis, ainsi que celle d'une perception sexuée des différents types de mauvais traitements et des symptômes qui en découlent seront si possible vérifiées et les éventuelles conséquences de cette perception différenciée sur les décisions et prises en charge selon le sexe de l'enfant seront observées.

Le terrain d'étude limité au départ à deux départements s'étendra éventuellement grâce à des financements complémentaires. Une enquête qualitative sur les perceptions sexuées des maltraitances envers les enfants, auprès des différents acteurs sociaux de la protection de l'enfance, viendra compléter cette recherche. L'ensemble servira de phase préliminaire à une enquête longitudinale de jeunes « placés » qui s'intéressera également à l'insertion sociale de ces jeunes parvenus à l'âge adulte. La politique sociale en direction des enfants protégés est complexe et son application donne lieu à des variations locales; des stéréotypes de genre pouvant influencer les décisions et les justifications de celles-ci. Comprendre la place du genre dans la mise en œuvre de cette politique aidera à mieux percevoir l'évolution souhaitable de dispositifs qui restent toujours à améliorer. En même temps, sera partiellement comblé le manque actuel de connaissance et de données sur les mineurs placés ou ayant connu le placement.

Durée: 24 mois.

Responsable scientifique: Isabelle Fréchon (Groupe d'analyse du social et de la sociabilité, GRASS).

Prise en charge spécifique ou prise en charge généraliste des femmes dans les parcours de réinsertion

Le but de cette recherche est de mesurer quantitativement et qualitativement les dispositifs spécifiques d'insertion des femmes en situation d'exclusion ou de précarité sociale et professionnelle en les comparant aux dispositifs généralistes qui sont ouverts aux hommes comme aux femmes. Il s'agit de vérifier si la prise en compte explicite de la variable genre, dans l'accès à différents degrés de l'insertion, est de nature à favoriser réellement des transformations positives dans la vie des personnes concernées.

Quatre dispositifs, généralistes (mixtes) et spécifiques (aux femmes), qui ventilent les domaines d'insertion et les niveaux d'exclusion (des SDF aux femmes en formation accédant à l'emploi) seront observés. Sur la base de précédentes enquêtes empiriques, il semble pertinent d'effectuer une enquête approfondie auprès de plusieurs Bureaux d'Accompagnement Individuel vers l'Emploi (BAIE), créés en 2001, qui s'adressent spécifiquement

aux femmes inscrites dans un parcours de réinsertion professionnelle et qui emploient des méthodologies sophistiquées. Une dizaine de structures seront approchées, réparties sur toute la France. De même, l'approche comparée visant à cerner les effets différenciés des structures spécifiques et généralistes conduira à étudier une ou deux Missions locales qui accueillent un public jeune (18-25 ans) en recherche d'emploi. Ces organismes serviront essentiellement de point de comparaison.

La même dimension comparative sera utilisée pour étudier l'insertion des femmes à travers le prisme de l'accès aux droits et aux soins. Pour ce faire, deux structures peuvent être retenues. La première est l'association Emmaüs (CHU, CHRS, service RMI, service logement), mixte dans sa politique sociale, mais qui a initié un travail en réseau avec des organismes spécialisés dans l'insertion des femmes SDF. La seconde, particulariste, la permanence d'accueil pour les femmes du bureau d'aide sociale de la Ville de Paris, est critiquée par les associations intervenant auprès des SDF. Sélectionner une structure publique dont « les réponses sont stéréotypées » permet d'observer un organisme en situation de blocage. Ce qui permettra de mieux mettre en lumière les impasses rencontrées dans l'accueil et l'insertion des femmes SDF lorsqu'il y a conjonction entre le cumul des problèmes et la limitation des moyens d'action et des ressources propres des équipes.

Durée: 24 mois.

Responsable scientifique: Frédéric Charles (Genre, travail, Mobilités – FRE CNRS 2817).

Assurance chômage et inégalités intra-familiales

Ce projet de recherche a pour objectif principal de répondre à la question de savoir si les allocations de chômage devraient tenir compte du statut familial, comme c'est le cas du RMI et quelles seraient les conséquences sur les inégalités intra-familiales d'un tel réaménagement. Comment le fonctionnement du ménage affecterait-il alors les comportements respectifs des hommes et des femmes sur le marché du travail? Ce travail de recherche projette d'aborder ces différentes questions en ayant soin de prendre en compte l'effet des risques liés au marché du travail sur le processus de négociation et de partage des risques à l'intérieur des couples. L'accent sera mis sur l'effet des modalités d'attribution des allocations chômage (jointes ou individualisées) sur le fonctionnement du couple et les performances de ses membres sur le marché du travail.

Il s'agit d'un travail de modélisation théorique des comportements des agents considérés non plus individuellement mais en couples, et à ce titre plus proche de la réalité. Le projet combine la construction de modèles micro-économiques de partage de risques au sein des couples, le recours à l'économie expérimentale avec un protocole original visant à tester les prédictions du modèle et l'élaboration d'un modèle macro-économique comportant des simulations de politiques.

Ce travail sera organisé en trois axes. Dans le premier axe, on construira des modèles théoriques de prise de décision du ménage, mettant l'accent sur l'existence de deux formes potentielles d'inégalité intra-familiale (inégalité dans l'allocation des consommations ou des temps, et inégalité dans les modes de répartition des risques à l'intérieur du ménage) et sur les liens entre ces deux partages de risques. On mènera dans le second axe une étude expérimentale de l'effet de l'individualisation des transferts sur les modalités de partage des risques et des revenus parmi les couples. Dans le troisième axe, seront développés des modèles théoriques permettant d'identifier d'une part, les effets potentiels de l'indemnisation du chômage sur les comportements de recherche d'emploi des individus replacés au sein des couples auxquels ils appartiennent, et d'autre part, les effets de l'indemnisation du chômage sur la formation et la dissolution des couples.

Durée: 24 mois.

Responsable scientifique: Hélène Couprie (GREMACQ, Université de Toulouse 1).

Les points aveugles du genre dans les politiques sociales. Le cas de mères seules avec enfants ne bénéficiant pas d'aides publiques spécifiques

L'objectif de la recherche consiste à rendre visibles des populations non touchées par les politiques sociales et qui pourtant pourraient tirer de grands avantages de celles-ci, en s'attachant à des femmes seules avec enfants (et à quelques hommes seuls avec enfants) qui ne perçoivent pas d'aides en dehors des allocations familiales. Cette population non homogène qui appartient aux professions dites intermédiaires connaît, selon une première hypothèse, des attentes non seulement matérielles, mais aussi très spécifiques liées à la situation de femmes seules. La seconde hypothèse est que les politiques sociales se définissant par l'amont, il semble utile de partir de l'aval du « point de vue » des intéressé-e-s pour saisir, à travers des récits biographiques comment se décline cette situation d'être seul-e. Doit-on exclusivement raisonner dans ce cas en termes de manque (de conjoint) pour analyser leur situation et cerner leurs attentes. Par l'approche ethnologique et sociologique il sera possible d'approcher au plus près celles-ci qui peuvent, dernière hypothèse, permettre de considérer la société non comme un ensemble segmenté et fragmenté de groupes et d'individus séparés, mais comme liés les un-e-s aux autres. La recherche proposée pourra peut-être contribuer à une autre perception des populations pauvres, cibles des politiques sociales, et les inscrire dans un mouvement où pourraient s'esquisser des passerelles avec d'autres groupes sociaux toujours considérés comme leur étant étrangers.

Durée: 24 mois.

Responsable scientifique: Liane Mozère (Centre de recherche universitaire lorrain d'histoire, Université Paul Verlaine de Metz).

La Mission Recherche (MiRe) de la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees) a pour vocation d'établir un dialogue entre les administrations en charge des questions sanitaires et sociales et les milieux producteurs de recherche. Elle propose aux équipes issues des universités, des laboratoires du CNRS et, plus généralement, aux différentes institutions de recherche de répondre aux besoins de connaissance apparus dans les domaines de la protection sociale, de la santé, de l'action et de l'intégration sociales. En liaison avec le ministère en charge du travail, elle s'intéresse également aux évolutions sociales qui mettent en jeu les rapports du travail et de l'emploi avec les problèmes sociaux et de santé.

La MiRe est attentive à promouvoir des approches pluridisciplinaires, novatrices et comparatives.

ANALYSES SECONDAIRES DE L'ENQUÊTE DÉCENNALE DE L'INSEE SUR LA SANTÉ ET LES SOINS MÉDICAUX

Responsable : vincent.boissonnat@sante.gouv.fr

Les enquêtes sur la santé et les soins médicaux de l'Insee visent à décrire périodiquement l'état de santé de la population générale. La dernière d'entre elles, conduite en 2002 et 2003, offre à la recherche en santé publique de nombreuses possibilités d'exploitation et la MiRe a lancé en 2006 un appel à

analyses secondaires de cette importante base de données. Les inégalités de santé et les approches comparatives étaient affichées comme orientations prioritaires; les sciences sociales mais aussi l'épidémiologie – dans la mesure où elle prenait explicitement en compte le contexte social – étaient concernées.

Parmi les dix-sept projets reçus, l'épidémiologie sociale domine fortement et cette prédominance se retrouve après le classement opéré par le comité de sélection¹ que présidait Alain Chenu. Au total, neuf projets ont été financés dont les résumés figurent ci-dessous dans un ordre de présentation arbitraire.

Lombalgies et autres troubles musculo-squelettiques (TMS) dans l'enquête santé 2002-2003 : liens avec les facteurs professionnels et inégalités sociales

Les lombalgies et autres troubles musculo-squelettiques (TMS) ont un poids très important dans les différences sociales d'espérance de vie en bonne santé et peuvent limiter de façon importante l'activité professionnelle; elles sont aussi très fortement associées aux expositions professionnelles, qui jouent un rôle dans leur étiologie. L'objectif principal est d'étudier les inégalités sociales concernant ces affections, les liens avec le travail et l'emploi, et la contribution des expositions professionnelles aux inégalités, ceci étant complété par des analyses de nature plus descriptive.

Le projet porte sur les lombalgies communes et sur les problèmes de genou, de hanche et d'épaule, pour la tranche d'âge 30-79 ans, avec les trois volets suivants :

- fréquence selon l'âge et le sexe des troubles et de leurs conséquences : limitations fonctionnelles, conséquences dans l'activité professionnelle;
- liens entre les troubles et les facteurs professionnels, sociaux, personnels et liés au mode de vie, avec un intérêt particulier pour les liens avec les facteurs sociaux et les expositions professionnelles physiques et psychosociales présentes et passées;
- inégalités sociales dans le domaine des troubles musculo-squelettiques, la part des expositions professionnelles et des facteurs personnels dans ces inégalités.

La partie analytique du projet apportera des résultats nouveaux concernant des affections jusqu'ici peu étudiées du point de vue des inégalités sociales. La partie descriptive permettra de documenter, pour la France, la fréquence et les conséquences de troubles a priori fréquents et invalidants, et de comparer la situation française à celle d'autres pays.

Durée : 24 mois.

Responsable scientifique : Annette Leclerc (Inserm U687).

Santé auto évaluée, santé « objectivable » et catégories sociales

La santé perçue apparaît comme une notion globale qui renvoie à une construction mentale de toutes les informations qu'un individu intègre dans la notion de santé. Mais conceptuellement, elle reste difficile à cerner. L'intérêt croissant pour ces indicateurs de santé synthétiques, intégratifs et relativement

faciles à utiliser, justifie le projet de recherche présenté.

L'hypothèse est qu'à niveau de santé comparable, la santé perçue déclarée par les individus est variable selon leur niveau socio-économique. Du fait d'attentes vis à vis de la santé plus élevées chez les individus de niveau socio-économique élevé, un gradient inverse entre la santé perçue et le niveau socio-économique (santé perçue plus faible chez les cadres et les personnes plus éduquées) pourrait être observé, à santé objectivable donnée.

L'objectif de ce travail est donc d'analyser le lien entre santé perçue et état de santé « objectivable » selon les groupes sociaux. Un objectif secondaire est d'estimer le rôle des déterminants sociaux sur le lien entre santé perçue et état de santé objectivable dans différentes pathologies et par une étude parallèle menée sur des données nord-américaines. Si dans un groupe social, les exigences ou les attentes en matière de santé s'avéraient plus faibles que dans un autre, la santé perçue de ce groupe serait évaluée plus favorablement. Dès lors, des politiques publiques ne pourraient raisonnablement se baser sur de tels indicateurs sauf à prendre le risque de laisser se creuser des inégalités sociales de santé.

Durée : 24 mois.

Responsable scientifique : Thierry Lang (Inserm U 558).

Espérances de vie sans incapacité en France en 2003 : disparités sociales, disparités géographiques

Une étude récente a permis de produire de nouvelles estimations d'espérances de vie sans incapacité (EVSI) pour la France à partir des données de l'enquête sur la santé et les soins médicaux de 2002-2003 (ESSM 2002-2003). Ces EVSI ont montré comment se combinent l'espérance de vie et l'état de santé, en s'appuyant sur différentes dimensions de l'incapacité (troubles fonctionnels courants, restrictions dans les activités, etc.). Ces estimations ont permis d'éclairer les différences entre hommes et femmes en la matière. Dans le prolongement, ce projet vise à mettre en évidence des disparités en matière d'EVSI selon le statut social ou la zone géographique. Nous présenterons une série d'EVSI, calculées pour différents groupes sociaux et pour les cinq régions surreprésentées dans l'échantillon de cette enquête et nous commenterons les disparités observées, au

1. Il était composé de: Joël Ankri, Chantal Cases, Alain Chenu, Alain Colvez, Marie-Christine Delmas, Aline Desesquelles, Nicole Guignon, Jean-Baptiste Herbet, Myriam Khlaf, Jean-Louis Lanoë, Alain Letourmy, Pierre Lombrail, Michel Naiditch, Alain Paraponaris et Dominique Polton.

regard des travaux antérieurs et du contexte international. Alors qu'on constate des disparités non négligeables sur le territoire en matière de mortalité, les estimations d'EVSI montreront si un désavantage en matière d'incapacité se cumule à celui observé pour la mortalité ou si, au contraire, les régions les plus favorisées voient leur espérance de vie plus longue s'accompagner d'un plus fort risque d'incapacité. De même, nous montrerons si les disparités de mortalité entre groupes sociaux s'accompagnent de plus grands écarts lorsqu'on considère l'incapacité. Nous rapprocherons ces résultats des estimations réalisées à partir des enquêtes décennales de 1980-1981 et 1991-1992 et les resituerons, plus généralement, dans le contexte international.

Durée: 18 mois.

Responsable scientifique: **Emmanuelle Cambois** (Unité « mortalité santé épidémiologie », Ined).

État de santé et consommation de soins de la population immigrée en France

La France affiche, comme l'ensemble des autres pays développés, de larges inégalités sociales en matière de santé. Parallèlement, on constate des disparités sociales de recours aux soins, les plus favorisés ayant un recours aux soins plus précoce, plus fréquent à la médecine ambulatoire et en particulier aux soins de spécialistes. Si les inégalités de santé et de recours aux soins sont aujourd'hui largement documentées en France, l'état de santé et le recours de certaines populations restent encore largement à explorer. C'est le cas de la population immigrée et de la population étrangère en France. La nationalité et le pays de naissance sont en effet aujourd'hui très peu utilisés en France comme dimensions définissant la situation sociale dans les recherches sur les inégalités sociales de santé.

Ce projet de recherche vise à étudier les liens existant entre nationalité et migration d'une part et état de santé et consommation de soins d'autre part. Plusieurs phénomènes liés à l'histoire des migrants peuvent expliquer des disparités d'état de santé et de consommation de soins selon l'origine. Ces phénomènes peuvent être liés à la situation économique et sociale de la personne dans son pays d'origine, ainsi qu'aux caractéristiques du pays d'origine lui-même, au phénomène de migration, à la situation économique et sociale de la personne dans le pays d'accueil, et enfin à l'altérité elle-même, c'est-à-dire au fait d'être d'origine étrangère.

Durée: 18 mois.

Responsable scientifique: **Catherine Sermet** (Irdes).

Influence de la dépression co-morbide sur les comportements de santé et la consommation de soins chez les personnes atteintes de maladies chroniques

Quels que soient les points de vue et la discipline, la dépression constitue aujourd'hui un problème majeur qui interroge par sa fréquence et son augmentation. Les troubles dépressifs majeurs figurent parmi les troubles mentaux les plus fréquents avec, en France, une prévalence annuelle en population générale de 9 %, plaçant notre pays au premier rang des pays européens les plus touchés, selon des études récentes.

Les troubles dépressifs sont fréquemment associés à des patho-

logies somatiques, notamment les maladies cardio-vasculaires : entre 20 et 50 % des personnes souffrant de ces maladies seraient aussi atteintes de troubles dépressifs majeurs. Cette comorbidité augmente le risque de mortalité lié à ces maladies. Bien que ceci soit établi, l'importance de ce phénomène et les mécanismes sous-jacents restent encore mal connus. Parmi les hypothèses évoquées, la dépression co-morbide pourrait être associée à une modification des recours aux soins, des comportements de soins (moins observance thérapeutique en particulier) et des comportements de santé (moins respect de règles hygiéno-diététiques par exemple, usage accru de tabac, etc.) susceptibles d'avoir un impact négatif sur le pronostic des maladies somatiques. Le présent projet de recherche propose de tester ces hypothèses en choisissant de considérer des pathologies chroniques particulièrement importantes du point de vue de leur impact sur la santé publique : les maladies cardio-vasculaires et un de leurs facteurs de risque, le surpoids et l'obésité. Les résultats de cette recherche portant sur une catégorie de patients particuliers pourront avoir des implications en termes de prise en charge et de prévention secondaire et tertiaire.

Durée: 24 mois.

Responsable scientifique: **Pierre Verger** (Inserm UMR 379 – ORS PACA).

Caractérisation des inégalités sociales de santé parmi les personnes atteintes de diabète en France

L'objectif principal de ce projet est de contribuer à caractériser les inégalités sociales de santé parmi les personnes atteintes de diabète en France et à en comprendre les mécanismes. Le but est de fournir des informations nécessaires à la réduction de telles inégalités afin de limiter le poids individuel et collectif de la maladie.

Dans un premier temps, afin de quantifier les inégalités sociales de santé parmi les personnes atteintes de diabète en France, les analyses consisteront à mesurer, parmi les participants déclarant être atteints de diabète, les associations entre les caractéristiques de la situation sociale et les différents indicateurs d'état de santé disponibles dans l'enquête : indicateurs de santé « générale » (état de santé perçu, limitations dans la vie quotidienne, déficiences et incapacités) ou propres au diabète (complications de la maladie, problèmes de vue, hospitalisations en lien avec le diabète). De plus, l'ampleur de ces inégalités sociales de santé sera comparée entre les personnes atteintes de diabète et l'ensemble de la population. Afin d'étudier les mécanismes des inégalités éventuellement mises en évidence, les analyses s'attacheront dans un second temps à mesurer les associations entre chaque indicateur de la position sociale des individus et les différents aspects de la prise en charge de la maladie.

Ces analyses devraient permettre d'apporter des informations nouvelles à la fois sur la caractérisation et l'ampleur des inégalités de santé dans le domaine du diabète, sur les différents aspects de la prise en charge des patients qui reflètent ces inégalités, et sur les mécanismes à l'œuvre. De telles informations sont indispensables pour pallier de telles inégalités et ainsi limiter le poids du diabète en termes de morbidité et de mortalité.

Durée: 24 mois.

Responsable scientifique: **Rosemary Dray-Spira** (Inserm U687).

Organisation du travail, santé et consommations de soins

Identifier les conditions de travail et les processus productifs présentant un risque pour la santé est un exercice assez délicat car il faut pouvoir tenir compte de leur diversité. Ces situations se différencient en effet selon plusieurs critères comme la nature du travail effectué (manuel ou non manuel, travail physique ou non), l'environnement dans lequel les individus travaillent (expositions à des nuisances sonores, à des produits toxiques, etc.) ou encore l'organisation du travail. Aujourd'hui pour ce type d'analyse, la dimension « organisation du travail » est d'autant plus importante que l'on assiste, depuis plus d'une vingtaine d'années dans les pays post-industrialisés, à l'apparition de nouvelles formes d'organisation caractérisées par l'accroissement des exigences productives: disparition des stocks, obligation de résultats, exigence de qualité des produits, etc. Selon plusieurs analyses, cette évolution est concomitante de l'apparition de nouvelles formes de pénibilité et de pathologies liées au travail, alors même que nous aurions pu nous attendre à une amélioration massive des conditions de travail due aux avancées technologiques, à la mise en place de normes de sécurité ou encore à la réduction du temps de travail.

Ce projet se propose d'analyser les liens entre l'organisation du travail et l'état de santé, puis de comprendre et de quantifier leurs effets en terme de dépenses de santé individuelles. Concernant l'organisation du travail, nous nous intéresserons aux formes de travail suivantes: le travail posté, les contraintes horaires, le travail répétitif, les postures pénibles ou fatigantes, le port de charges lourdes, le travail varié, la demande psychologique, la latitude décisionnelle et le soutien social au travail. Il s'agit dans un premier temps de réaliser une revue de littérature sur la pénibilité liée à l'organisation du travail. Nous proposerons ensuite une analyse des effets de cette pénibilité sur la santé des actifs. Puis, après avoir mis en évidence ces différentes facettes de la pénibilité, nous proposerons une mesure de leurs effets sur les consommations de soins et les arrêts de travail.

Durée: 18 mois.

Responsable scientifique: **Thierry Debrand** (Irdes).

Les comparaisons internationales nous apportent-elles de nouvelles informations sur l'association entre la taille et les indicateurs de la position socio-économique ?

La taille est considérée en épidémiologie comme une mesure indirecte de la condition socio-économique dans l'enfance et en histoire anthropométrique comme une mesure indirecte du « bien-être biologique » ou une mesure globale du « niveau de vie ». Cependant, l'association entre la taille et les mesures de la condition socio-économique reste pour partie une énigme. De récentes recherches anthropométriques indiquent que la supériorité de la taille des Américains sur les Européens de l'Ouest et de l'Est s'est inversée au cours du XX^e siècle malgré un revenu par habitant plus élevé. Une étude suédoise, fondée sur un large

échantillon de la population générale des hommes, montre une association positive forte entre la taille et le niveau d'instruction, même après un ajustement sur l'année de naissance, la position socio-économique des parents et la capacité cognitive.

La première partie du projet a deux objectifs: d'une part, répliquer les analyses temporelles afin de comparer les résultats obtenus sur les hommes suédois, et étendre ces analyses aux femmes; d'autre part, explorer l'hypothèse de « discrimination » en étudiant l'association entre la taille et la situation professionnelle dans des analyses ajustées pour l'instruction. La deuxième partie du projet, sur les données de cohortes Gazel et Whitehall II, a aussi deux objectifs: 1- une analyse comparative des deux cohortes, dans le but de rechercher si deux environnements professionnels différents révèlent des associations différentes entre la taille et les mesures de la position socio-économique; 2- l'exploration du rôle joué par les covariables dans l'explication de l'association entre la taille et les mesures de la position sociale.

Durée: 24 mois.

Responsable scientifique: **Archana Singh-Manoux** (Inserm U687).

Évaluation des traitements d'orthopédie dento-faciale des enfants et adolescents en fonction des caractéristiques sociales

En France comme à l'étranger, il existe de fortes inégalités sociales en ce qui concerne la santé bucco-dentaire des enfants; la santé dentaire est meilleure dans les catégories sociales élevées. Les différents types de pathologies du développement oral peuvent s'accompagner de dysmorphoses (dysharmonie de la face) et de malocclusions (rapports défectueux entre les dents) et entraîner une augmentation des caries, des désordres esthétiques, jusqu'à une altération de la qualité de vie et l'apparition de handicaps. Dans les pays industrialisés, les besoins en traitement orthodontique varient de 20% à 60%. Plus le niveau social est faible, plus les besoins en traitement orthodontique sont élevés et plus la proportion d'enfants porteurs de traitement orthodontique est basse. En France, très peu d'études existent sur le besoin en traitement orthodontique et encore moins sur les caractéristiques des patients ayant recours à ce type de traitement.

Les objectifs sont de trois ordres: évaluer chez les jeunes de 5 à 20 ans, la prévalence du traitement orthodontique, en fonction de l'âge et du sexe; étudier le rôle du niveau d'études des parents, de leur catégorie socioprofessionnelle, des ressources de la famille et de la couverture médicale dans le recours au traitement orthodontique; un objectif secondaire est d'évaluer les répercussions du port d'un appareillage orthodontique sur la prise en charge et les soins bucco-dentaires.

Cette étude devrait permettre de répondre à une question de santé publique pour laquelle aucune donnée n'est disponible en France, à savoir quelle proportion d'enfants reçoit un traitement orthodontique, et d'identifier les caractéristiques sociales et de comportements de santé dentaire associées à des groupes qui présentent des taux particulièrement faibles de traitement.

Durée: 24 mois.

Responsable scientifique: **Catherine Nabet** (Inserm U149).

Colloque

Représentations des troubles psychiques, pratiques de soins et vécu des malades

4 décembre 2006

par Jacqueline Delbecq, chargée de mission à la MiRe

LE colloque « Représentations des troubles psychiques, pratiques de soins et vécu des malades », organisé à l'initiative de la MiRe-Drees, le 4 décembre 2006 à Paris, avait pour but la valorisation des résultats du programme de recherche « Santé mentale et psychiatrie » de la MiRe-Drees auprès de publics variés. Il a rassemblé 120 participants : chercheurs, représentants de l'administration, professionnels du sanitaire (médecins et non médecins) et du social et familles de malades de l'Unafam (Union nationale des amis et familles de malades psychiques).

Les résultats de huit recherches traitant des représentations et conceptions des troubles psychiques chez différents acteurs, de leur construction et de leurs interactions avec les soins et la vie des personnes ont été présentés au cours de deux sessions plénières : « Conceptions des troubles psychiques, prise en charge et vécu des personnes » le matin, « Représentations des troubles psychiques et pratiques des médecins généralistes » l'après-midi.

Anne-Marie Brocas, directrice de la Drees, a ouvert le colloque en rendant hommage à Pierre Strobel, chef de la MiRe, disparu quelques jours plus tôt, puis a rappelé les grands objectifs du programme « Santé mentale » lancé en 2000 : 1) produire de nouvelles connaissances par le lancement de trois appels à projets qui ont permis de soutenir 22 recherches ; 2) développer la pluridisciplinarité de la recherche, particulièrement cruciale pour la maladie psychiatrique qui touche la personne dans sa totalité, y compris sa subjectivité, et intègre une forte composante sociale ; 3) favoriser les interactions entre la recherche et les multiples acteurs impliqués en psychiatrie : les professionnels du sanitaire et du social, les malades et leurs familles, les administratifs et les acteurs de la cité ; 4) enfin, développer et structurer le milieu de la recherche en santé mentale et en psychiatrie, encore faible, tout particulièrement en sciences humaines et sociales, en soutenant des doctorants (une douzaine) et en favorisant la création d'unités de recherche ou de groupements scientifiques dans le champ.

Conceptions des troubles psychiques, prises en charge et vécu des personnes

La session, présidée par Hélène Strohl, a abordé sous différents angles d'approche les interactions entre les conceptions des troubles, la prise en charge et le vécu des personnes.

Didier Fassin¹ a décrit, à partir de trois scènes (accident collectif, crime sexuel et asile politique), la manière dont la catégorie du traumatisme psychique, réinventée avec des usages sociaux et des enjeux nouveaux, est utilisée et justifiée

ainsi que les problèmes éthiques et pratiques que son maniement pose aux intervenants et aux victimes. Cette catégorie, qui relève plus d'un registre moral et même politique que clinique, n'est pas généralisée à tous les individus : l'exemple des malades mentaux de l'hôpital Marchand près de l'usine AZF à Toulouse a été longuement discuté.

Livia Velpry a constaté que la construction des représentations de la maladie par des jeunes souffrant de troubles « d'allure psychotique » et par leurs familles, ainsi que leurs conséquences sur les différents modes d'entrée dans les soins, sont encore mal connues. Les parcours de ces jeunes à travers scolarité, vie familiale et recours aux soins, dans la période qui précède l'écllosion des symptômes sont caractérisés, notamment, par de multiples stratégies d'évitement d'entrée dans la carrière de malade. Plusieurs contradictions complexifient ces parcours, en particulier l'opposition entre l'injonction de soigner le plus tôt possible et le risque de stigmatiser ces jeunes et de les engager à tort dans des « carrières » de malades psychiques.

Martine Bungener² a montré comment les délégués de tutelle élaborent leurs représentations des troubles des majeurs protégés qu'ils ont sous tutelle et comment ces représentations contribuent à la construction de leurs relations avec eux. Elle a décrit les caractéristiques et conditions de vie de ces adultes souffrant de troubles mentaux et vivant en milieu ouvert, pour lesquels l'entourage familial fait défaut, et qui sont pris en charge par des organismes spécialisés. Une typologie de quatre groupes distincts de personnes nécessitant chacun des modes d'intervention spécifiques a été définie. De façon générale, le

1. La note de synthèse de cette recherche a été publiée dans la *Lettre de la MiRe*, n° 10, juillet 2006, p. 2-4.

2. La note de synthèse de cette recherche a été publiée dans les *Cahiers de recherche de la MiRe*, n° 16, septembre 2003, p. 9-12.

mode d'intervention des délégués de tutelle a évolué d'une dimension essentiellement gestionnaire de la tutelle à un rôle d'accompagnement du malade, y compris pour le suivi médical.

Enfin Nicolas Dodier³ a analysé dans deux services de psychiatrie les répercussions des conceptions psychanalytiques et psychopharmacologiques de la maladie sur l'autonomie des patients et sur les relations des professionnels de santé avec leurs familles. Une autonomie « déléguée » par les spécialistes est privilégiée dans le service psychopharmacologique avec un souci de réinsertion rapide des patients dans le monde social. C'est une autonomie « réflexive » qui est mise en avant par les professionnels dans le service d'orientation psychanalytique avec un rapport plus distant par rapport aux familles et un souci de réinsertion rapide moins pressant.

Jean-Luc Roelandt, discutant de la session, a souligné la superposition des représentations anciennes et nouvelles qui caractérise la psychiatrie d'aujourd'hui. La psychiatrie serait en effet à la fois porteuse de soins, de respect de l'individu, de prise en compte de toute souffrance et amortirait les difficultés sociales, en même temps qu'elle serait porteuse de stigmatisation, d'éviction de la société, de carrières personnelles brisées, de contrainte, d'enfermement, d'attaques contre les libertés publiques et les droits de l'homme. Quant à l'usager, il serait soit « le fou » qui fait peur, soit une victime déprimée et/ou traumatisée, objet de compassion.

Cette coexistence de représentations contradictoires s'accompagne d'une évolution dans la prise en charge des malades et dans l'organisation du système de soins. Le mode binaire de la psychiatrie, malade/non malade, asile/ville, exclu/intégré, s'est complexifié pour évoluer vers un système de négociations et d'acteurs multiples, familles, curateurs, amis, médecins généralistes, associations... Les filières ont éclaté vers les réseaux dans lesquels professionnels, malades, usagers sont partenaires.

Représentations des troubles psychiques et pratiques des médecins généralistes

Jean-Luc Gallais présidait cette session focalisée sur les représentations des troubles psychiques par les médecins généralistes et leurs répercussions sur leurs pratiques de soins. Jean-Luc Gallais et Bertrand Escaig, vice-président de l'Unafam, ont animé la discussion.

Deux enquêtes épidémiologiques auprès des médecins généralistes libéraux, menées par Hélène Verdoux⁴ en Aquitaine et Pierre Verger⁵ dans la région PACA, mettent en évidence des lacunes dans leurs connaissances des maladies psychiatriques : par exemple, leur sous-estimation de la fréquence de la schizophrénie et de son retentissement en termes de risque suicidaire et de désinsertion psychosociale, ou leur formation insuffisante pour repérer et diagnostiquer l'EDM (épisode dépressif majeur), les troubles anxieux, la comorbidité psychiatrique, les idées suicidaires.

De ce fait, leurs prescriptions médicamenteuses ne sont pas toujours adaptées. C'est ainsi que pour un nombre appréciable de patients pour lesquels un traitement antidépresseur est initialisé, un anxiolytique est co-prescrit alors que, dans un premier temps, il n'est souvent pas nécessaire. Par ailleurs, leurs pratiques de prescriptions d'antipsychotiques sont souvent influencées par le marketing de l'industrie pharmaceutique : la fréquence de l'initiation d'un traitement anti-psychotique double après le passage d'un visiteur médical dans le mois précédent. Les médecins généralistes, souvent conscients de cet état de fait, sont demandeurs tout à la fois d'une amélioration de leur formation initiale et continue, d'outils d'aide au diagnostic adaptés et d'un travail en réseau avec les spécialistes de psychiatrie nettement renforcé.

Les médecins généralistes sont tout autant désarmés, si ce n'est plus, par la souffrance psychique que par la souffrance psychosociale de certaines des personnes qui viennent les consulter, ce qu'observe Claudie Haxaire. Devant les

histoires de vie qui traduisent la souffrance de ces patients, les médecins généralistes doivent « inventer » des réponses aussi bien en termes d'écoute que de prescription ou de recours au psychiatre. Ils expriment leurs difficultés en disant qu'ils sont « à la limite de leur métier » et, souvent en proie à l'incertitude, sont là aussi demandeurs de formation.

Les mêmes difficultés des médecins généralistes sont au cœur de l'expérience du réseau de santé mentale des Yvelines-Sud présentée par Nadia Younès. Les apports d'une « consultation d'avis spécialisés et de suivis conjoints » visant à soutenir les prises en charge des médecins généralistes pour les patients anxieux et déprimés ont été évalués au travers de deux enquêtes. Cette évaluation a montré que, pour les médecins généralistes, ce type de consultation apporte une aide à la pratique dans près de 70 % des cas.

La discussion générale de cette session a mis en avant, notamment, le fait que la formation en psychiatrie des médecins doit être renforcée, non seulement en termes de diagnostic et de prescriptions médicamenteuses mais aussi en termes d'apprentissage de la pratique, de son analyse et de sa construction ; les sciences sociales devant faire partie de cette formation.

Toutefois, si accroître les savoirs des médecins est nécessaire, il n'est pas du tout certain que cela soit suffisant pour résoudre et les questions de soins et celles soulevées par la souffrance psychique et psychosociale. Un médecin généraliste ne peut faire face, seul, à l'ensemble des problèmes de ses consultants. Il faut en effet soigner la maladie mais aussi prendre en compte le handicap, la diminution des capacités et le désavantage social - tous éléments souvent en interaction. Si la personne est soignée mais n'a pas de logement ou pas de ressources ou est très isolée socialement, les soins n'ont pas de véritable effet. Le médecin généraliste devra donc être au centre d'un réseau qui n'est pas uniquement médical, mais qui réunit aussi des professionnels du social et du médico-social. ■

3. La note de synthèse de cette recherche a été publiée dans la *Lettre de la MiRe*, n° 8, janvier 2006, p. 2-5.

4. La note de synthèse de cette recherche a été publiée dans la *Lettre de la MiRe*, n° 6, juillet 2005, p. 2-5.

5. La note de synthèse de cette recherche a été publiée dans la *Lettre de la MiRe*, n° 10, juillet 2006, p. 5-8.

Travailler pour être intégré ? Mutations des relations entre emploi et protection sociale

Sous la direction de Ai-Thu Dang, Jean-Luc Outin et Hélène Zajdela, avant-propos de Mireille Elbaum, Paris, CNRS éditions, 2006

Dans les pays européens, depuis la fin des années 1980, l'articulation entre emploi et protection sociale a fait l'objet de remises en cause et de réaménagements. La redéfinition de cette articulation conditionne désormais largement l'accès au revenu et à l'autonomie.

Un levier important de transformation des systèmes de protection sociale et d'emploi en Europe est l'activation. Cette notion polysémique en est venue à désigner de nos jours des actions ciblées sur l'offre de travail, visant à « rendre le travail payant » (*Making Work Pay*). Toutefois, dans la mesure où la mise en œuvre de ces politiques s'opère dans le cadre de systèmes de protection sociale et d'emploi marqués par des spécificités nationales, les régimes d'activation demeurent diversifiés en Europe.

Au-delà du prisme de la notion d'activation, cet ouvrage permet d'approfondir l'analyse des transitions entre les différentes situations de non-emploi (assistance, chômage, retraite, etc.) et d'emploi.

La première partie de l'ouvrage « Activation, insertion et solidarité » propose un panorama au niveau européen avant de s'arrêter sur la question de la gestion des âges. La seconde partie, qui s'interroge sur « de nouvelles relations entre l'emploi et la protection sociale ? » analyse dans un premier temps les limites des politiques d'activation, avant de considérer quelques alternatives.

Les nouvelles migrations.

Un enjeu Nord-Sud de la mondialisation

Sous la direction de El Mouhoub Mouhoud, Paris, Universalis, coll. « Le tour du sujet », 2006

Les migrations internationales prennent une nouvelle ampleur dans la plupart des pays du Nord confrontés au vieillissement des populations et à la mondialisation des économies. Les discours politiques récents sur les migrations s'ajustent à ce changement de décor et s'orientent vers la mise en œuvre de politiques sélectives. Pour beaucoup de pays du Sud, marginalisés dans les principales composantes de la mondialisation, les migrations ont des effets importants et ambigus sur leur intégration à l'économie mondiale.

Dès lors, peut-on continuer à croire que les migrations internationales peuvent être freinées par la libéralisation des échanges Nord-Sud ? Dans quelle mesure les transferts de fonds des travailleurs immigrés ont-ils un impact sur la réduction de la pauvreté dans les pays d'origine ? La fuite des cerveaux du Sud vers le Nord est-elle toujours défavorable aux pays de départ ?

Cet ouvrage, coordonné par El Mouhoub Mouhoud (notamment associé au programme de recherche initié par la MiRe en 2001 sur les circulations migratoires) propose des analyses économiques qui mettent l'accent sur les paradoxes des migrations et des politiques qui les accompagnent : entre les recettes inefficaces de la fermeture des frontières et une politique purement centrée sur les besoins des pays d'accueil prônant la sélectivité, d'autres voies doivent être explorées.

Le livre contient des contributions de Denis Cogneau, Jean-Christophe Dumont, Jean-Pierre Garson, Flore Guibert, Sylvie Lambert, Éric Maurin, Joël Oudinet, Lionel Ragot et Catherine Wihtol de Wenden

Les politiques du travail (1906-2006).

Acteurs, institutions, réseaux

Sous la direction de Alain Chatriot, Odile Join-Lambert et Vincent Viet, Presses Universitaires de Rennes, coll. « Pour une histoire du travail », 2006

Ce livre est issu d'un colloque international qui a réuni des historiens, juristes, politistes, sociologues et économistes autour des politiques suivies ou mises en œuvre depuis un siècle par le ministère du Travail dans les domaines de l'emploi, de la formation professionnelle et de la protection des travailleurs. Ces politiques y sont abordées sous des angles divers qui tentent de mettre en relation structures et personnel, action publique, protection sociale, réseaux internationaux, discours d'experts et rôle de syndicalistes.

Variante les échelles, proposant des comparaisons avec des pays voisins, interrogeant les catégories et représentations des acteurs, l'ouvrage jette un regard original sur des institutions majeures de la vie politique française, paradoxalement mal connues. La pratique de ces institutions y est notamment illustrée par de grands témoins. C'est donc un bilan neuf et nuancé de l'action de l'État et de ses administrations face aux défis sociaux du xx^e siècle qui se trouve ici proposé.

Se protéger, être protégé.

Une histoire des Assurances sociales en France

Michel Dreyfus, Michèle Ruffat, Vincent Viet, Danièle Voldman, avec la collaboration de Bruno Valat, Presses Universitaires de Rennes, coll. « Histoire », 2006

Comment se protéger contre les aléas de l'existence ? Comment se prémunir contre la maladie, l'accident, la vieillesse ? Ces questions ont hanté la fin du xix^e siècle français.

L'État, comme la société, préférait alors s'en remettre à l'initiative individuelle, fondée sur l'épargne et la propriété, ou au paternalisme patronal. À la Belle Époque, très inégalitaire, se protéger était plus important que protéger. Vertu d'autant plus cardinale qu'elle était peu partagée, la prévoyance libre n'en souffrait pas moins, dès avant 1914, des formes de protection obligatoire, réservées aux catégories les plus modestes. Les multiples bouleversements issus de la Première Guerre mondiale déterminèrent les pouvoirs publics à instituer des assurances sociales, liées au contrat de travail, et destinées par là même à préserver la force de travail : protéger devenait aussi nécessaire que se protéger. Or, ce système, appelé à améliorer la santé générale de la population, fit couler beaucoup d'encre, suscita de fortes oppositions, heurta bien des esprits.

C'est l'histoire de ces assurances, imaginées par la classe politique pour contenir les débordements des crises du premier xx^e siècle, que ce livre raconte, en s'appuyant sur les résultats d'une enquête menée par les correspondants départementaux de l'Institut d'histoire du temps présent.

Algérie : engagements sociaux et question nationale. De la colonisation à l'indépendance de 1830 à 1962

Dictionnaire biographique du mouvement ouvrier : Maghreb, Sous la direction de René Gallissot, les Éditions de l'Atelier, coll. « Jean Maitron », 2006

L'histoire de l'Algérie durant sa colonisation par la France fait l'objet de controverses passionnées où la question sociale devient centrale. L'ouverture d'archives sur la guerre d'indépendance depuis les années 1980 et la production de travaux récents consacrés au FLN, aux militants nationalistes et aux Algériens de France ont permis d'élargir ce champ d'études. Appartenant à la série Maghreb du *Dictionnaire biographique du mouvement ouvrier*, cet ouvrage présente les figures politiques, syndicales, intellectuelles qui ont marqué l'Algérie du milieu du XIX^e siècle jusqu'à 1962 ; de grands témoins politiques comme Messali Hadj, Mohamed Marouf, Maurice Violette, Charles-André Julien, Idir Aïssat ou Amar Ouzegane, Henri Alleg, Henri Curiel, Abderahmane Bouchama, M'Hamed Yazid, des dockers, des traminois, des enseignants, de rares femmes dont Nassima Hablal, des sacrifiés... Maurice Laban ou Laïd Lamrani. Fruit de vingt ans de recherche, ce dictionnaire biographique ouvre un champ d'études original car l'Algérie, comme tout le Maghreb, est le lieu d'interférence des actions de trois types de militants : les Européens d'Afrique du Nord en majorité français qui introduisent le syndicalisme et le socialisme sans toujours remettre en cause le régime colonial ; les nationaux qui deviennent majoritaires et s'engagent progressivement dans la lutte pour l'indépendance ; les émigrés qui, travaillant en métropole, sont au croisement de ces deux inspirations.

Revue française des Affaires sociales

numéro 1-2007
La Documentation française

L'année 2007 s'ouvre sur un numéro sans dossier thématique mais dont la plupart des articles ont néanmoins l'État providence pour dénominateur commun. On lira :

- deux études de minima sociaux : l'une s'intéresse à la construction du minimum vieillesse et à l'évolution de ses bénéficiaires, l'autre au vécu des personnes qui perçoivent depuis plusieurs années le revenu minimum d'insertion, l'allocation de solidarité spécifique ou l'allocation de parent isolé ;
- un examen de l'impact de la mise en place du « médecin traitant » sur l'organisation et la régulation du système de soins ;
- un exposé des réformes les plus récentes du système de pensions japonais ;
- une réflexion sur les fondements d'une théorie de l'« État social ».

Un tout autre domaine est abordé par un article qui analyse les contributions respectives des pères et des mères à l'éducation des enfants à partir de deux enquêtes.

Le prochain numéro de la RFAS publiera notamment un dossier sur les « dimensions de l'identité ».

MIRE SUR INTERNET
<http://www.sante.gouv.fr>
puis sur « Études, recherches et statistiques »,
puis sur « Mission Recherche (MiRe) ».

Vous accédez à une présentation de la MiRe (missions, méthodes, Conseil scientifique, équipe) ; aux programmes annuels ; aux appels à projets de recherche en cours ; à la présentation des recherches en cours (ou terminées) qui s'inscrivent dans des programmes MiRe actuels, conduits le cas échéant avec d'autres partenaires. La rubrique valorisation des recherches terminées fournit la liste et les références des publications (ouvrages et revues) issues des recherches achevées entre 2001 et 2005.

Les nouvelles migrations. Un enjeu Nord-Sud de la mondialisation

Sous la direction de El Mouhoub Mouhoud, Paris, Universalis, Coll. « Le tour du sujet », 2006

Les migrations internationales prennent une nouvelle ampleur dans la plupart des pays du Nord confrontés au vieillissement des populations et à la mondialisation des économies. Les discours politiques récents sur les migrations s'ajustent à ce changement de décor et s'orientent vers la mise en œuvre de politiques sélectives. Pour beaucoup de pays du Sud, marginalisés dans les principales composantes de la mondialisation, les migrations ont des effets importants et ambigus sur leur intégration à l'économie mondiale. Dès lors, peut-on continuer à croire que les migrations internationales peuvent être freinées par la libéralisation des échanges Nord-Sud ? Dans quelle mesure les transferts de fonds des travailleurs immigrés ont-ils un impact sur la réduction de la pauvreté dans les pays d'origine ? La fuite des cerveaux du Sud vers le Nord est-elle toujours défavorable aux pays de départ ?

Cet ouvrage, coordonné par El Mouhoub Mouhoud (notamment associé au programme de recherche initié par la MiRe en 2001 sur les circulations migratoires) propose des analyses économiques qui mettent l'accent sur les paradoxes des migrations et des politiques qui les accompagnent : entre les recettes inefficaces de la fermeture des frontières et une politique purement centrée sur les besoins des pays d'accueil prônant la sélectivité, d'autres voies doivent être explorées.

Le livre contient des contributions de Denis Cogneau, Jean-Christophe Dumont, Jean-Pierre Garson, Flore Guibert, Sylvie Lambert, Eric Maurin, Joël Oudinet, Lionel Ragot et Catherine Wihtol de Wenden.

L'Europe et ses migrants. Ouverture ou repli ?

Sous la direction de El Mouhoub Mouhoud et Joël Oudinet, Paris, L'Harmattan, 2007

Les migrations en Europe reprennent une nouvelle dynamique depuis les années 1990 dans un contexte de besoins de main-d'œuvre qualifiée et de vieillissement démographique dans les pays d'accueil. À l'aide de travaux statistiques originaux et d'enquêtes menées au Portugal et en Turquie, cet ouvrage renouvelle l'approche des stratégies différenciées des pays d'accueil en matière de politiques d'immigration avec celles des migrants. Il permet ainsi de comprendre pourquoi les discours sur les politiques d'immigration dans les pays européens tendent à glisser d'une logique de restriction à une logique de sélection.

 **MiRe**
la Lettre de la

Directrice de la publication : Anne-Marie Brocas
Chef de la Mission Recherche : Stéphane Le Bouler
Rédactrice en chef (par intérim) : Martine Sonnet
Secrétaire de rédaction : Philippe Bertin
Conception, réalisation : La Souris
Impression : Autographe

Ont participé à ce numéro :
Vincent Boissonnat, Jacqueline Delbecq
et Marie Wierink

Drees/MiRe : 14, avenue Duquesne,
75350 Paris 07 SP

ISSN : 1768-4129