

DOSSIER

Les déterminants de la santé

(55 pages)

1 – Prévention : de criantes inégalités sociales, *Le Figaro*, 29 mars 2021 (1 page)

2 – Fiches « Nutrition – Sédentarité et activité physique » et « Consommation de fruits et légumes » du rapport *L'état de santé de la population en France* édition 2017, DREES-Santé Publique Franc, pp 142-145 (6 pages)

3 – Connaissance profane des symptômes et recours thérapeutique, Jean-François Barthe, *Revue française de sociologie*, 1990, 31-2, pp 283-296 (13 pages)

4 – Payer nuit gravement à la santé : une étude de l'impact du renoncement financier aux soins sur l'état de santé. Paul Dourgnon, Florence Jusot et Romain Fantin, *Économie publique/Public economics* 2012/1-2 – extraits (13 pages)

5 – Les usages sociaux du corps. Luc Boltanski, *Annales. Économies, sociétés, civilisations*, 26^{ème} année, N.1, 1971, pp. 205-233 – extraits (16 pages)

6 – L'essor des modèles prédictifs dans les systèmes de santé internationaux. David Berstein, Emin Agamaliyev *Études et résultats* n°1018 (2017, juillet) (5 pages)

DOSSIER SANTÉ

Prévention: de criantes inégalités sociales

Alors que notre système de santé promet de garantir une certaine égalité d'accès aux soins, les inégalités sociales de santé sont criantes en France. En Europe de l'Ouest, notre pays est même celui qui connaît les plus fortes disparités. Le constat est amer, et même accablant. Selon une enquête de l'Insee parue en 2018, «les hommes les plus aisés vivent en moyenne treize ans de plus que les plus modestes». Chez les femmes, on observe huit ans d'écart. En outre, le taux de mortalité, toutes causes confondues, est deux fois plus élevé pour les classes précaires.

«Ces inégalités sont d'abord des inégalités d'exposition aux facteurs de risques que sont le tabac, l'alcool, les aliments trop gras, trop salés, trop sucrés...», souligne Bastien Affeltranger, docteur en géographie et étudiant en médecine membre de la Société française de santé publique. De fait, on sait que le tabagisme est 5 à 6 fois plus fréquent chez les plus défavorisés, ou qu'ils sont environ trois fois plus à risques d'être alcoolodépendants. Et moins on est diplômé, moins on consomme de fruits et légumes, moins on est actif, et plus le risque d'obésité et de diabète de type 2 augmente.

La «faute» en reviendrait donc aux modes de vie, aux personnes qui n'ont qu'à mieux manger, arrêter de boire et de fumer? «On a longtemps considéré, à tort, que les comportements à risques relevaient d'un choix conscient, presque d'un consentement au risque», décrypte Bastien Affeltranger. Or ce discours de responsabilisation écarte l'influence des environnements de vie. Il omet aussi que les sujets les plus modestes n'ont pas tous les connaissances permettant de porter un regard critique sur

leurs choix alimentaires, ou plus simplement qu'ils n'ont pas les moyens financiers de faire d'autres arbitrages.»

L'enjeu est donc de renforcer l'éducation à la santé et la promotion des comportements favorables à la santé, et cela dès l'enfance. Mais là encore, on constate que les messages de prévention n'atteignent pas toutes les couches de la société de manière égale. En réalité, ce sont les catégories favorisées qui en profitent le plus. Prenons l'exemple du tabac, un marqueur social fort. Alors que les hauts revenus fument de moins en moins, on grille toujours plus de cigarettes dans les foyers les plus modestes. Pour autant, ils sont aussi nombreux à vouloir arrêter. Mais ils y arrivent moins bien, malgré un nombre de tentatives similaires. Les raisons sont multiples : dépendance à la nicotine plus grande, contexte de vie plus difficile ou davantage pro-tabac... La hausse du prix du paquet est alors peu dissuasive. D'autant que le remboursement des aides au sevrage est limité à 150 euros, ce qui couvre environ deux mois de traitement pour un gros fumeur, et qu'il faut avancer les frais.

La personnalisation de la prévention est donc une piste que de nombreux scientifiques explorent. Cela passe notamment par l'adaptation de la communication, par exemple en concevant des supports écrits en langue étrangère ou de bandes dessinées. Une autre stratégie consiste à aller vers les publics les plus vulnérables. Il s'agit par exemple de services itinérants de dépistage du cancer du sein (la Mammobile actuellement expérimentée dans les zones rurales de Normandie), de la

rétinopathie diabétique ou encore les séances de dépistage rapide des infections sexuellement transmissibles. Tout pour que les publics précaires n'aient plus seulement accès aux soins, mais aussi... à une bonne santé. ■

«Les hommes les plus aisés vivent en moyenne treize ans de plus que les plus modestes»

ENQUÊTE DE L'INSEE PARUE EN 2018

L'état de santé de la population en France

RAPPORT 2017

Facteurs de risques, habitudes de vie et prévention

Consommation d'alcool	124
Consommation de tabac	128
Consommation de drogues illicites	132
Surpoids et obésité chez l'adulte	136
Surpoids et obésité chez l'enfant	140
Nutrition - Sédentarité et activité physique	142
Nutrition - Consommation de fruits et légumes	144
Couvertures vaccinales (hors grippe)	146

Nutrition – Sédentarité et activité physique

Contexte

Une activité physique régulière et un temps limité d'activités sédentaires sont associés à un risque significativement réduit de maladies chroniques. Chez l'adulte, la pratique d'une activité physique régulière et adaptée réduit ainsi le risque d'hypertension, de cardiopathies coronariennes, d'accident vasculaire cérébral, de diabète, de cancer du sein et du colon, de dépression et de chute. Elle contribue à améliorer l'état des os et la santé fonctionnelle, joue un rôle clé dans l'équilibre énergétique et le contrôle du poids. La sédentarité est définie et considérée distinctement de l'activité physique avec ses effets propres sur la santé¹. Les recommandations actuelles préconisent une pratique d'activité physique au moins modérée et la réduction du temps sédentaire. Une actualisation de ces recommandations est en cours. La description de l'activité physique peut reposer sur des mesures objectives (accéléromètres, podomètres...), mais leurs contraintes amènent à souvent utiliser des informations déclaratives sur les pratiques des individus, ce qui nécessite d'être prudent quant à leur interprétation. L'indicateur « temps passé assis devant un écran » est le plus souvent utilisé pour estimer la sédentarité mais ne reflète que partiellement le comportement sédentaire d'un individu.

Indicateurs

► Proportion de personnes interrogées déclarant une pratique d'activité physique au moins modérée

Pour apporter des bénéfices supplémentaires à la santé, une activité physique minimum de 30 minutes doit être réalisée en plus des activités de faible intensité de la vie quotidienne. Les personnes qui déclarent faire au moins l'équivalent de 30 minutes de marche rapide par jour au moins 5 fois par semaine correspondent, selon les experts, aux personnes ayant une pratique d'activité physique au moins modérée. La proportion de personnes ayant un tel niveau d'activité physique varie, selon les enquêtes, entre six et huit adultes sur dix. Ces proportions sont toujours un peu plus élevées chez les hommes que chez les femmes, elles varient peu selon

le niveau d'études et la région, mais davantage selon la profession et catégorie socioprofessionnelle (PCS)².

Selon les baromètres santé 2014, un tiers des personnes interrogées en Métropole pratiquent une activité physique régulière au moins 5 fois par semaine. Ces proportions peuvent être comparées entre les DROM et la Métropole, montrant un niveau d'activité physique plus faible en Martinique et plus élevé à La Réunion (graphique 1).

► Pourcentage d'adultes déclarant faire du sport habituellement

D'après l'Enquête santé et protection sociale 2014, 52,3 % des adultes déclarent la pratique habituelle d'une activité sportive, celle-ci étant définie par la pratique au moins un jour dans une semaine habituelle, soit d'un sport ou d'une activité physique pendant au moins 10 minutes d'affilée, soit de musculation ou d'exercices de renforcement musculaire. Cette proportion est un peu plus élevée chez les hommes (55,5 %) que chez les femmes (48,7 %). Elle varie fortement selon le niveau de diplôme (graphique 2) et les revenus : de 34,3 % dans le 1^{er} quintile de revenus (de 0 à 1 000 € par unité de consommation) à 66,6 % dans le 5^e quintile (2 222 € et plus). Enfin, il existe des variations selon la PCS, avec les fréquences les moins élevées chez les agriculteurs et les ouvriers non qualifiés (36 %), et les plus élevées chez les cadres et professions intellectuelles (68 %).

► Moyenne journalière du temps passé devant un écran en population adulte et chez l'enfant (hors temps scolaire et travail)

En 2006-2007, selon les études ENNS et INCA-2, les adultes passent en moyenne entre 3 h 20 et 3 h 30 par jour devant un écran (télévision ou ordinateur), plus de la moitié des adultes y passant plus de trois heures par jour. Chez les enfants, le temps moyen passé devant un écran est d'environ 3 heures, ce temps moyen augmentant jusqu'à 3 heures et demie chez les 15-17 ans.

Selon un mode d'interrogation un peu différent, les enquêtes réalisées en milieu scolaire

apportent des informations en matière d'évolution du temps passé devant un écran. En 2005-2006, 78,4 % des enfants de grande section de maternelle passent plus d'une heure devant un écran les jours sans classe. Cette proportion atteint 83,4 % en 2012-2013. Dès la grande section de maternelle, les habitudes de vie bénéfiques à la santé sont plus souvent déclarées pour les enfants issus des milieux socio-économiques favorisés. Les enfants de cadres passent en moyenne moins de temps quotidien devant un écran, même les jours de classe : seuls 25 % y consacrent plus d'une heure, contre 59 % pour les enfants d'ouvriers (tableau 1). Ces derniers disposent aussi plus souvent d'un écran dans leur chambre (34 % contre 9 %). ■

►►► **Organisme responsable de la production de la fiche** : Équipe de surveillance et d'épidémiologie nutritionnelle (Santé publique France – Université Paris 13).

🔄 Synthèse

Les niveaux observés d'activité physique, que celle-ci soit mesurée de façon globale ou par la pratique habituelle d'un sport, apparaissent insuffisants par rapport aux recommandations. La pratique semble en effet suffisante pour seulement la moitié des adultes avec des variations importantes selon le sexe et le niveau social des individus. Le temps passé devant des écrans est, quant à lui, élevé : la majorité de la population, aussi bien chez les adultes que chez les enfants au-delà d'un certain âge, passant plus de 3 heures par jour devant un écran, en dehors des temps de travail ou scolaire.

1. Actualisation des repères du Programme nutrition santé (PNNS) - Révisions des repères relatifs à l'activité physique et à la sédentarité (ANSES, 2016). <https://www.anses.fr/fr/system/files/NUT2012SA0155Ra.pdf>

2. Des données détaillées, antérieures à 2010, issues des études ENNS et INCA-2, sont disponibles dans l'édition 2015 de ce rapport.

TABLEAU 1

Temps passé devant un écran (télévision, jeux vidéo ou ordinateur) et disponibilité d'un écran dans la chambre selon la profession et catégorie socioprofessionnelle (PCS) des parents des élèves scolarisés en grande section de maternelle, en 2012-2013 (en %)

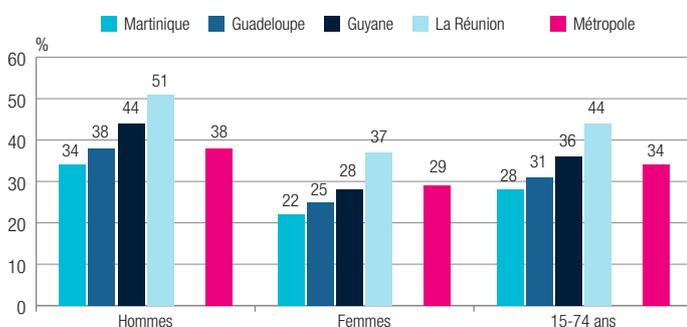
PCS des parents	% d'enfants qui...		
	... passent plus d'une heure devant un écran...		... ont un écran dans leur chambre
	... les jours de classe	... les jours sans classe	
Cadres	25,4	76,0	9,0
Professions intermédiaires	37,7	84,2	17,3
Agriculteurs, commerçants, chefs d'entreprise	44,9	83,8	25,0
Employés	51,8	86,8	31,3
Ouvriers	59,0	85,9	33,7
Ensemble	42,9	83,4	22,7

Champ • France entière (hors Mayotte), enfants scolarisés en grande section de maternelle.

Source • Enquête nationale de santé en milieu scolaire 2012-2013 (DREES, DGESCO).

GRAPHIQUE 1

Proportion de personnes déclarant pratiquer une activité physique régulière, en 2014 (en %)

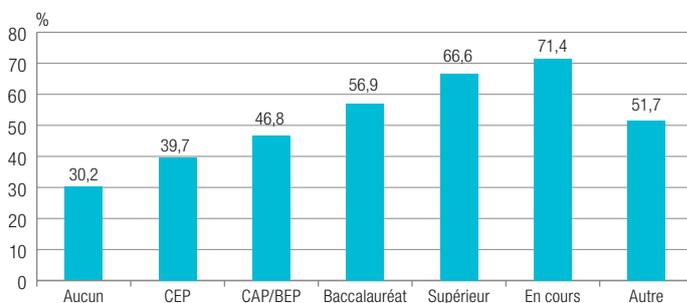


Champ • France entière (hors Mayotte), personnes de 15 à 74 ans en ménage ordinaire.

Sources • Baromètre santé 2014 ; Baromètre santé DOM 2014 (INPES).

GRAPHIQUE 2

Proportion de personnes déclarant la pratique habituelle d'une activité sportive selon le niveau de diplôme, en 2014 (en %)



Champ • France métropolitaine, population de 18 à 74 ans en ménage ordinaire.

Source • ESPS 2014 (IRDES).

INDICATEUR • Proportion de personnes déclarant pratiquer une activité physique régulière

► **Champ** : DROM (hors Mayotte), population âgée de 18 à 75 ans en ménage ordinaire. ► **Source** : Baromètre santé DOM 2014 (INPES). ► **Mode de construction de l'indicateur** : Enquêtes téléphoniques. Proportion de personnes déclarant la pratique d'une activité physique régulière au moins 5 fois par semaine. ► **Limites d'interprétation** : La population d'étude est la population résidant en ménage ordinaire, excluant de ce fait les populations en institutions. ► **Biais connus** : Biais des enquêtes déclaratives (surestimation des niveaux d'activité physique).

► **Références** : Richard J.B., « Premiers résultats du Baromètre santé DOM 2014. Résultats détaillés selon le DOM, l'âge et le sexe », INPES [en ligne] : <http://inpes.santepubliquefrance.fr/CFESBases/catalogue/pdf/1662.pdf>

► **Organisme responsable de la production de l'indicateur** : Santé publique France.

INDICATEUR • Proportion de personnes déclarant pratiquer une activité physique régulière

► **Champ** : France métropolitaine, population âgée de 18 à 75 ans en ménage ordinaire. ► **Source** : Baromètre santé 2014 (INPES). ► **Mode de construction de l'indicateur** : Enquêtes téléphoniques. Proportion de personnes déclarant la pratique d'une activité physique régulière au moins 5 fois par semaine. ► **Limites d'interprétation** : La population d'étude est la population résidant en ménage ordinaire, excluant de ce fait les populations en institutions. ► **Biais connus** : Biais des enquêtes déclaratives (surestimation des niveaux d'activité physique).

► **Organisme responsable de la production de l'indicateur** : Santé publique France.

INDICATEUR • Proportion de personnes déclarant la pratique habituelle d'une activité sportive

► **Champ** : France métropolitaine, population de 18 à 74 ans en ménage ordinaire. ► **Source** : ESPS 2014 (IRDES). ► **Mode de construction de l'indicateur** : Contact aléatoire d'après la base de l'assurance maladie (personnes affiliées au régime général, à la MSA ou au RSI). Enquête biennale. Fréquence de la pratique habituelle d'une activité sportive, définie comme la pratique au moins un jour par semaine : soit d'un sport ou d'une activité physique de loisir pendant au moins 10 minutes d'affilée, soit de musculation ou d'exercices de renforcement musculaire. Données pondérées et redressées. ► **Limites d'interprétation** : La population d'étude est la population résidant en ménage ordinaire, excluant de ce fait les populations en institutions (les personnes en mauvais état de santé sont sous-représentées). Comme dans toutes les enquêtes en population générale, les personnes en situation de grande précarité sont également sous-représentées. Les bénéficiaires des sections locales mutualistes et des régimes spéciaux d'assurance maladie ne sont pas parfaitement représentés. ► **Biais connus** : Biais des enquêtes déclaratives (surestimation possible de la pratique sportive).

► **Références** : Célant N., Guillaume S., Rochereau T., 2014, « Enquête sur la santé et la protection sociale 2012 », rapport IRDES, n° 556, juin.

► **Organisme responsable de la production de l'indicateur** : IRDES.

INDICATEUR • Moyenne journalière du temps passé devant un écran en population adulte et chez l'enfant (hors temps scolaire et travail)

► **Champ** : France entière (hors Mayotte avant 2014), enfants scolarisés. ► **Source** : Enquête nationale de santé en milieu scolaire 2012-2013 (DREES, DGESCO). ► **Mode de construction de l'indicateur** : Interrogatoire direct des enfants ou de leurs parents concernant le temps passé devant un écran (trois modalités de réponse possibles) en distinguant les jours avec peu ou pas d'école. Données redressées sur la population scolaire de l'année correspondante. ► **Limites d'interprétation** : La Bretagne et la Corse n'ont pas participé à l'enquête en 2012-2013. ► **Biais connus** : Biais de déclaration (sous-estimation probable du temps total).

► **Références** :

– Guignon N., Collet M., Gonzalez L., 2010, « La santé des enfants en grande section de maternelle en 2005-2006 », *Études et Résultats*, DREES, n° 737, septembre.

– Chardon O., Guignon N., Saint Pol (de) T. (DREES), Guthmann J.-P. et Ragot M. pour la partie vaccination, Delmas M.C. pour l'asthme, Paget L.-M., Perrine A.-L. et Thélot B. pour les accidents de la vie courante (InVS), 2015, « La santé des élèves de grande section de maternelle en 2013 : des inégalités sociales dès le plus jeune âge », *Études et Résultats*, DREES, n° 920, juin.

► **Organisme responsable de la production de l'indicateur** : DREES.

Nutrition – Consommation de fruits et légumes

Contexte

En raison des bénéfices démontrés pour la prévention de certaines maladies chroniques (maladies cardio-vasculaires, cancers, obésité, ostéoporose), favoriser une consommation suffisante de fruits et légumes est un objectif prioritaire de santé publique depuis 2001 dans le cadre du Programme national nutrition santé. Le fait de manger des fruits et légumes variés permet de consommer en quantité appropriée la plupart des micronutriments, des fibres alimentaires et diverses substances non nutritives essentielles. De même, une plus grande consommation de fruits et légumes peut contribuer à remplacer les aliments riches en graisses saturées, en sucre ou en sel. Actuellement, les niveaux de consommation observés en population sont insuffisants par rapport aux recommandations (au moins 400 grammes par jour, soit l'équivalent de 5 portions). L'estimation des consommations alimentaires repose sur la réalisation d'enquêtes de consommations individuelles, comprenant un recueil détaillé des quantités et de la nature des fruits et légumes consommés, telles que l'Étude nationale nutrition santé (ENNS) et l'étude individuelle nationale des consommations alimentaires (INCA). Ces recueils des consommations alimentaires étant lourds à mettre en place, on les complète par un descriptif des fréquences de consommation.

Indicateurs

► Proportion de personnes déclarant consommer moins de 5 portions de fruits et légumes par jour ; distribution des consommations

Les résultats des deux enquêtes de consommations alimentaires individuelles réalisées en population générale en 2006-2007 sont semblables. La proportion d'adultes déclarant consommer moins de 5 portions par jour était de 57,2 % dans l'étude ENNS et de 58,7 % dans l'étude INCA-2. Chez les hommes comme chez les femmes, ces proportions diminuent avec l'âge. Elles varient également selon le niveau d'études ainsi que la profession et catégorie socioprofessionnelle (PCS)¹. Une augmentation des consommations moyennes de fruits et légumes a été observée entre les études INCA-1 (1998-1999) et INCA-2 (2006-2007). Cette amélioration concerne davantage les femmes et

les personnes de plus de 65 ans. Les résultats des études Esteban et INCA-3 réalisées en 2014-2016 permettront d'actualiser ces informations et de confirmer ou non ces tendances.

L'étude Kannari réalisée en 2013-2014, inclut également un recueil détaillé des consommations alimentaires et apporte des informations pour la Guadeloupe et la Martinique. Près des trois quarts des adultes de 16 ans et plus consomment moins de 5 portions de fruits et légumes par jour (Guadeloupe : 74,4 % ; Martinique : 73,6 %). Ces proportions sont plus élevées que celles relevées en Métropole, la différence étant particulièrement importante pour les fruits. En 2003-2004, dans l'enquête Escal réalisée en Martinique, 21,6 % des adultes consomment au moins 5 portions de fruits et légumes par jour, contre 26,4 % en 2013-2014 dans l'enquête Kannari, ce qui pourrait signifier qu'on peut observer une augmentation modeste de ces consommations, qu'il sera nécessaire de confirmer. Dans l'enquête Kannari, alors qu'il n'y a pas de différence importante entre les deux départements des Antilles, les femmes consomment plus de fruits et légumes que les hommes.

L'étude Kannari montre également que l'alimentation des enfants antillais est caractérisée par des apports faibles en fruits et légumes. Seuls 16,5 % des enfants âgés de 11 à 15 ans consomment au moins 5 fruits et légumes par jour.

► Pourcentage d'adultes en situation de pauvreté déclarant consommer des fruits et des légumes au moins 3 fois par jour et au moins 5 fois par jour

En raison des conditions d'enquête, les participants à l'étude sur l'Alimentation et l'état nutritionnel des bénéficiaires de l'aide alimentaire (Abena) ont été uniquement interrogés sur leur fréquence de consommation de fruits et légumes en utilisant des questions très simplifiées. En 2004-2005, le pourcentage de personnes bénéficiant de l'aide alimentaire et déclarant consommer au moins 5 fois par jour des fruits et légumes est de 1,2 % ; cette proportion passe à 5,6 % en 2011-2012. Selon un questionnaire simplifié identique, cette proportion est de plus de 12 % dans l'étude ENNS en 2006-2007 en population générale. La part des faibles consommateurs a diminué (une fois par jour ou moins : 60 % en 2004-2005 chez les personnes recourant à l'aide alimentaire sous forme de denrées

à emporter, et 50 % en 2011-2012) tandis que celles des personnes en consommant au moins trois par jour a augmenté (12,9 % en 2004-2005 et 31,3 % en 2011-2012, dans le même sous-groupe d'enquête). Bien qu'encourageantes, ces améliorations restent relativement modestes.

D'après l'Enquête sur la santé et la protection sociale (ESPS) réalisée en 2014, 37,2 % des adultes déclarent une fréquence de consommation de fruits et légumes d'au moins 3 fois par jour et 14,1 %, d'au moins 5 fois par jour. Ces proportions semblent augmenter puisqu'en 2010, elles se situaient respectivement à 34,9 % et 10,2 %. L'interrogation dans l'enquête ESPS étant limitée à de simples questions de fréquence de consommation de portions, ces résultats ne sont pas directement comparables à ceux des enquêtes faisant appel à des recueils de consommations alimentaires plus détaillés (ensemble des aliments consommés sur plusieurs jours et quantités respectives). La représentation (graphique 1) de ces fréquences en fonction des niveaux de revenus confirme toutefois les disparités socio-économiques, avec 28 % des adultes du 1^{er} quintile de revenus déclarant une fréquence d'au moins 3 fois par jour contre 46 % chez ceux du 5^e quintile de revenus, le plus élevé.

► Proportion de consommateurs quotidiens de fruits et légumes chez les élèves de grande section de maternelle

D'après les enquêtes réalisées en milieu scolaire les plus récentes, environ la moitié des enfants consomment des fruits chaque jour, quel que soit leur âge, et 45 à 50 % d'entre eux consomment des légumes chaque jour, cette proportion diminuant avec l'âge.

L'influence du milieu social sur les habitudes alimentaires s'illustre dès le plus jeune âge. Dans l'enquête réalisée en grande section de maternelle en 2012-2013, les enfants d'ouvriers sont 31 % à consommer quotidiennement des boissons sucrées contre 8 % des enfants de cadres. ■

►► Organisme responsable de la production de la fiche : Équipe de surveillance et d'épidémiologie nutritionnelle (Santé publique France – Université Paris 13)

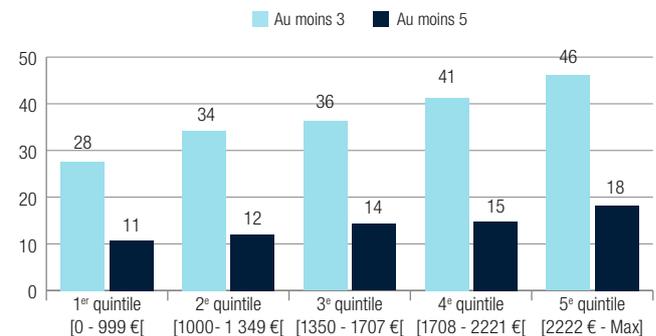
¹. Ces données par sexe, âge, niveau d'études et PCS, antérieures à 2010, figurent de façon plus détaillée dans l'édition 2015 de ce rapport.

Synthèse

Les fruits et légumes apparaissent comme insuffisamment consommés par la population en France. 40 % de la population a une consommation en fruits et légumes conforme aux recommandations du Programme national nutrition santé. D'importantes disparités socio-économiques sont observées avec, dans les populations les plus précaires comme les bénéficiaires de l'aide alimentaire, de très faibles fréquences de consommation. Seule la moitié des enfants consomment chaque jour des fruits et des légumes.

GRAPHIQUE 1

Proportion d'adultes déclarant une fréquence de consommation d'au moins 3 fois par jour et d'au moins 5 fois par jour en fruits et légumes selon le quintile de revenus par unité de consommation, en 2014 (en %)



Champ • France entière, personnes âgées de 18 à 74 ans en ménage ordinaire.

Source • Étude santé et protection sociale 2014 (IRDES).

INDICATEUR • Proportion de personnes déclarant consommer moins de 5 portions de fruits et légumes par jour

► **Champ** : Guadeloupe et Martinique, population de 16 ans et plus résidant en ménage ordinaire. ► **Source** : Enquête Kannari (2013-2014). ► **Mode de construction de l'indicateur** : Contact aléatoire d'après la base de recensement des îlots de l'INSEE. Enquête en face-à-face. ► **Limites d'interprétation** : La population d'étude est la population résidant en ménage ordinaire, excluant de ce fait les populations en institutions.

► **Références** :

– Castetbon C., Ramalli L., Vaidie A., Yacou C., Merle S., Ducros V., Deschamps V., Bateau A., 2016, « Consommations alimentaires et biomarqueurs nutritionnels chez les adultes de 16 ans et plus en Guadeloupe et Martinique. Enquête Kannari 2013-2014 », *Bulletin épidémiologique hebdomadaire*, 4, p. 52-62.

– Castetbon C., Vaidie A., Ramalli L., Neller N., Yacou C., Bateau A., Deschamps V., 2016, « Consommations alimentaires des enfants de 11-15 ans en Guadeloupe et Martinique. Enquête Kannari 2013-2014 », *Bulletin épidémiologique hebdomadaire*, 4, p. 42-51.

► **Organismes responsables de la production de l'indicateur** : OSM ; ORSAG.

INDICATEUR • Pourcentage d'adultes en situation de pauvreté déclarant consommer des fruits et des légumes au moins 3 fois par jour et au moins 5 fois par jour

► **Champ** : Bénéficiaires de l'aide alimentaire dans 4 régions de France métropolitaine, population adulte âgée de 18 à 74 ans. ► **Source** : Enquête auprès des bénéficiaires de l'aide alimentaire, Abena (Santé publique France). ► **Mode de construction de l'indicateur** : Fréquence de consommations déclarées par grands groupes d'aliments. ► **Limites d'interprétation** : Ne concerne pas l'ensemble des individus en situation de pauvreté en France. ► **Biais connus** : Biais des enquêtes déclaratives (surestimation possible des apports en aliments connotés positivement). Par ailleurs, l'interrogatoire simplifié des fréquences de consommation comporte une erreur d'estimation.

► **Référence** : Grange D., Castetbon K., Guibert G., Vernay M., Escalon H., Delannoy A., Féron V., Vincelet C., 2013, « Alimentation et état nutritionnel des bénéficiaires de l'aide alimentaire. Étude Abena 2011-2012 et évolutions depuis 2004-2005 », Observatoire régional de santé Île-de-France, Institut de veille sanitaire, Institut national de prévention et d'éducation pour la santé.

► **Organisme responsable de la production de l'indicateur** : Santé publique France.

INDICATEUR • Pourcentage d'adultes en situation de pauvreté déclarant consommer des fruits et des légumes au moins 3 fois par jour et au moins 5 fois par jour

► **Champ** : France métropolitaine, population âgée de 18 à 74 ans en ménage ordinaire. ► **Source** : ESPS 2014 (IRDES). ► **Mode de construction de l'indicateur** : Contact aléatoire d'après la base de l'assurance maladie. Fréquence de consommations alimentaires recueillies par des questions simples. Données pondérées et redressées. ► **Limites d'interprétation** : La population d'étude est la population résidant en ménage ordinaire (personnes affiliées au régime généra, à la MSA ou au RSI), excluant de ce fait les populations en institutions (les personnes en mauvais état de santé sont sous-représentées). Comme dans toutes les enquêtes en population générale, les personnes en situation de grande précarité sont également sous-représentées. Les bénéficiaires des sections locales mutualistes et des régimes spéciaux d'assurance maladie ne sont pas parfaitement représentés. ► **Biais connus** : Biais des enquêtes déclaratives (surestimation possible des apports en aliments connotés positivement). Par ailleurs, l'interrogatoire simplifié des fréquences de consommation comporte une erreur d'estimation.

► **Références** :

– Dourgnon P., Guillaume S., Rochereau T., 2012, « Enquête sur la santé et la protection sociale 2010 », rapport IRDES, n° 553 (biblio n° 1886), juillet.

– Célant N., Guillaume S., Rochereau T., 2012, « Enquête sur la santé et la protection sociale 2012 », rapport IRDES n° 556, juin.

► **Organisme responsable de la production de l'indicateur** : IRDES.

INDICATEUR • Proportion de consommateurs quotidiens de fruits et légumes chez les élèves de grande section de maternelle

► **Champ** : France entière (hors Mayotte), enfants scolarisés en grande section de maternelle. ► **Source** : Enquête nationale de santé en milieu scolaire 2012-2013 (DREES, DGESCO). ► **Mode de construction de l'indicateur** : Interrogatoire direct des enfants ou de leurs parents. Données redressées sur la population scolaire de l'année correspondante. ► **Limites d'interprétation** : La Bretagne et la Corse n'ont pas participé à l'enquête en 2012-2013. ► **Biais connus** : Biais de déclaration.

► **Références** :

– Guignon N., Collet M., Gonzalez L., 2010, « La santé des enfants en grande section de maternelle en 2005-2006 », *Études et Résultats*, DREES, n° 737, septembre.

– Chardon O., Guignon N., de Saint Pol T. (DREES), Guthmann J.-P. et Ragot M. pour la partie vaccination, Delmas M.-C. pour l'asthme, Paget L.-M., Perrine A.-L. et Thélot B. pour les accidents de la vie courante (InVS), 2013, « La santé des élèves de grande section de maternelle en 2013 : des inégalités sociales dès le plus jeune âge », *Études et Résultats*, DREES, n° 920, juin.

► **Organisme responsable de la production de l'indicateur** : DREES.

ACTUALITÉ DE LA RECHERCHE

Connaissance profane des symptômes et recours thérapeutiques

par Jean-François BARTHE

RÉSUMÉ

L'étude des rapports profanes à la maladie amène les sociologues à constater des disparités dans les conduites réelles ou hypothétiques au regard du sexe, de l'âge et des groupes sociaux d'appartenance. En comparant les résultats obtenus par des enquêtes mono-symptomatiques à ceux obtenus à partir d'enquêtes pluri-symptomatiques, on observe de nombreuses convergences, mais la méthode de traitement utilisée permet de saisir des écarts importants dans la qualité du rapport qu'ont les groupes sociaux à la maladie, à ses manifestations et à ses modes de traitement, ainsi que l'importance de variables telles que le fait d'être jeune parent. De plus, il apparaît que l'interprétation profane des symptômes dépend de leur contexte de surgissement, ce qui pose à terme la question de l'organisation cognitive du diagnostic profane.

On a longtemps imaginé que le symptôme, objet légitime du savoir médical, était de par cette légitimité la propriété exclusive d'une seule science. Aussi les sociologues l'ont-ils délaissé pour s'intéresser plutôt aux aspects culturels marquant le rapport du profane à la santé et à la maladie, à moins qu'ils n'aient privilégié l'étude de la maladie en tant que déviance sociale.

C'est le cas de Parsons (1951), dont la problématique dépasse largement le cadre de la sociologie de la maladie. Son analyse de la déviance pathologique laisse, en effet, peu de place à l'étude des conduites profanes liées à des manifestations corporelles inhabituelles. La complexité et la diversité des situations de maladie sont en quelque sorte passées sous silence. Aussi Freidson (1970), par opposition au modèle de Parsons, jugé trop global, a élaboré dans les années 70 une typologie sociologique de la maladie fondée sur une classification de la déviance. En tenant compte du degré supposé de gravité de la maladie, il ordonne les situations de pathologie en fonction de trois niveaux de légitimité déterminant les obligations et les privilèges du malade. Il distingue ainsi six variétés de déviations « qui d'ordinaire auraient toutes été appelées maladies ».

Malheureusement, cette approche ne permet pas de construire le symptôme comme objet de recherche à part entière. Or l'étude du rapport patient/médecin révèle la nécessité d'une observation plus directement centrée sur l'individu. G. Stimpson et B. Webb (1975) ont, par exemple, signalé qu'il était indispensable de produire une théorie expliquant comment le profane rencontre le médecin. En effet, le patient potentiel dispose toujours d'un large éventail de choix thérapeutiques possibles quand surgissent les premiers signes de la maladie (*i.e.* ne rien faire, se surveiller, se soigner seul, consulter un thérapeute). C'est assez dire que les premières orientations thérapeutiques des profanes dépendent étroitement du symptôme, de la perception et de la connaissance que l'acteur et son entourage en ont. De là dépendent aussi tous les degrés de liberté dont nous jouissons face aux manifestations du mal. Ceci pose l'évaluation profane du symptôme comme facteur explicatif des disparités observables au niveau des premières initiatives thérapeutiques. Mais ce domaine d'étude est encore assez rarement exploré, surtout en France.

Les approches faites en la matière, notamment par P. Aïach (1984), tendent à mettre en évidence l'absence de « différences considérables selon le sexe, l'âge ou le groupe social » des sujets interrogés quand il s'agit de conduites envisagées à partir de situations fictives. On observe en revanche des disparités significatives selon le sexe quand il s'agit de perception symptomatique, ou selon les catégories socio-professionnelles quand il s'agit de pratiques thérapeutiques effectives. A un autre niveau, le problème est rendu encore plus complexe. P. Aïach a en effet montré l'existence de « variations dans les déclarations de symptômes en fonction de la procédure de recueil de l'information » (1), ce qui soulève d'importantes questions d'ordre méthodologique.

Une telle absence de disparité dans les conduites hypothétiques des sujets au regard de variables jouant un rôle effectivement discriminant dans les pratiques réelles de rapports aux soins paraît étonnante. C'est pourquoi nous avons voulu confronter ces résultats à ceux tirés d'une enquête pluri-symptomatique effectuée dans la région toulousaine auprès d'une population de 200 personnes saines ou ne se sachant pas malades.

L'enquête toulousaine ne concerne que les conduites hypothétiques des profanes. Le protocole de recueil de données se caractérise par l'utilisation de grilles pluri-symptomatiques. Dans chaque « test », on confronte le sujet interrogé à la description d'« états de santé » (rhume, migraine ophthalmique, pneumonie, problème cardio-vasculaire à évolution doulou-

(1) « Nous avons enfin observé et même évalué le rôle important des procédures d'investigation dans les enquêtes portant sur les troubles de santé ou les conduites de maladie. Comme nous le pensions, cette influence se fait sentir du fait d'une relation existant entre fréquence de déclaration et type de recueil de l'information, avec une

modulation fonction de la nature des troubles ou conduites et de certains traits culturels propres aux sujets. » (P. Aïach, « Différenciations culturelles dans les conduites de maladie. Question de méthode », première conférence nationale portugaise de sociologie de la santé, Lisbonne, 12-13 décembre 1985)

reuse, carie dentaire, état dépressif). Chaque situation de santé est divisée en trois stades, chaque stade étant défini par trois symptômes propres. On travaille donc sur un corpus de 45 symptômes, résumés dans le *Tableau I*. Les symptômes ont été présentés sous forme de petites scènes dans lesquelles les signes étaient intégrés (*i.e.* « Ce matin, en vous réveillant, vous constatez que votre nez coule un peu. Vous avez la tête légèrement douloureuse. Vous avez des frissons dans le dos »). Chaque sujet est alors soumis à un questionnaire « standard ». A chaque stade de chaque état décrit, les sujets enquêtés doivent dire s'ils se sentent malades ou non; si oui, ils doivent préciser leur diagnostic, le type de recours thérapeutiques qu'ils envisagent d'adopter. On a demandé à chacun des sujets enquêtés de donner une note variant de 1 à 5 destinée à « qualifier » la gravité et la « significativité » de chaque signe décrit. Une note basse (par exemple « nez qui coule » = 1) indique que le signe est jugé très peu gênant par la personne interrogée. En revanche, il joue peut-être un rôle important dans la constitution du diagnostic profane. Dans ce cas, sa significativité (désignée par le label « CR ») peut être très forte. Ainsi, un simple « nez qui coule » peut être jugé peu « gênant » (gêne = 1) et fortement révélateur du mal décrit. Un sujet diagnostiquera par exemple un rhume si le signe « nez qui coule » est jugé très « révélateur » de cette pathologie (*i.e.* CR = 5).

On veut ainsi mesurer des variations non seulement dans les attitudes des groupes sociaux, mais aussi en fonction de l'évolution des signes décrits.

La population enquêtée est organisée en deux grands groupes bien distincts. Le groupe « supérieurs » est composé d'individus fortement diplômés qui, s'ils ne sont pas « stabilisés » dans une situation professionnelle, sont en situation d'acquisition de compétences valorisées ou recherchées. En revanche, le groupe « populaires » est composé de sujets très faiblement diplômés, leurs salaires sont assez bas et leurs chances de modifier rapidement cette situation paraissent très faibles. Les termes « supérieurs » et « populaires » ne sont évidemment utilisés que pour plus de commodité.

Le critère d'âge retenu ne tient compte que de deux classes (plus ou moins de 40 ans). Des classes d'âges plus fines ne nous ont pas permis d'observer des variations réellement significatives.

Le troisième critère pris en compte est celui de l'expérience de la paternité ou de la maternité. On fait l'hypothèse que les parents, surtout quand les enfants sont en bas âge, accumulent en les élevant une partie importante de leurs savoirs pratiques, connaissances et croyances profanes en matière de santé et de maladie.

Au total, la population étudiée est composée de 200 sujets répartis en six groupes (*Tableau II*).

TABLEAU I

	Stade 1	Stade 2	Stade 3
Rhume	<ul style="list-style-type: none"> — nez qui coule un peu — tête légèrement douloureuse — frissons dans le dos 	<ul style="list-style-type: none"> — nez qui coule beaucoup — mal de tête accentué — légère fièvre 	<ul style="list-style-type: none"> — nez bouché — gros mal de tête — 38-39° de température
Malaise cardiaque	<ul style="list-style-type: none"> — douleur dans la poitrine pendant 1/2 heure — arrêt d'activité durant la douleur — angoisse 	<ul style="list-style-type: none"> — douleur revenant de plus en plus souvent — douleur durant entre 30 et 60 minutes — efforts difficiles à supporter 	<ul style="list-style-type: none"> — très forte douleur — impossibilité de bouger — angoisse intense
Migraine	<ul style="list-style-type: none"> — lourdeur de tête — raideur à la nuque — difficulté de concentration 	<ul style="list-style-type: none"> — douleur à l'œil — concentration impossible — envie de vomir 	<ul style="list-style-type: none"> — vomissements abondants — douleur persistante — sensation de grande fatigue
Carie dentaire	<ul style="list-style-type: none"> — léger saignement des gencives — dent un peu douloureuse — petite tache brune sur la dent 	<ul style="list-style-type: none"> — saignement des gencives — mastication devenant douloureuse — grossissement de la tache 	<ul style="list-style-type: none"> — forte douleur aux dents — mastication très douloureuse — légère fièvre
Pneumonie	<ul style="list-style-type: none"> — toux pendant plusieurs jours — oppression à la poitrine — vomissements 	<ul style="list-style-type: none"> — oppression persistante du nez — quintes de toux — crachats ambrés et visqueux 	<ul style="list-style-type: none"> — crise de saignements — disparition des signes — crachats devenant plus foncés

TABLEAU II

Groupe	Caractéristiques			Hommes	Femmes	N
1	+ de 40 ans	« supérieurs »	parents	13	14	27
2	— de 40 ans	« populaires »	parents	18	20	38
3	— de 40 ans	« supérieurs »	sans enfants	18	22	40
4	— de 40 ans	« populaires »	sans enfants	17	18	35
5	+ de 40 ans	« populaires »	parents	15	17	32
6	— de 40 ans	« supérieurs »	parents	13	15	28
	Total :			94	106	200

Disparités au regard de la gêne induite par les signes

Les premières disparités observées sont résumées dans le *Tableau III*. Dans le groupe « supérieurs », les signes estimés physiquement gênants sont plutôt groupés au stade 3, quand l'état décrit est peu ambigu. Par contre, les signes influençant directement l'usage du corps sont jugés gênants beaucoup plus tôt par tous les membres du groupe « populaires ». En prenant comme exemple le test « rhume », on constate que 65 % à 67 % des sujets trouvant « très gênants » des signes comme « tête légèrement douloureuse » ou « nez qui coule un peu » sont concentrés dans ce groupe. Par contre, seulement 42 % de ces sujets font une telle estimation quand le signe décrit n'est qu'un symptôme général (*i.e.* « état fébrile précédant la montée de fièvre »).

TABLEAU III

Gêne maximum = 4 ou 5	« Supérieurs »	« Populaires »
Nez qui coule un peu	32 %	68 %
Nez qui coule jusqu'à la bouche	38 %	62 %
Nez complètement bouché	39 %	61 %
Mal de tête	32 %	68 %
Mal de tête accentué	40 %	60 %
Gros mal de tête	46 %	54 %
Frissons	58 %	42 %
Légère fièvre	50 %	50 %
39° de fièvre	45 %	55 %

Le groupe « populaires » tend à déclarer systématiquement une gêne maximum pour tous les signes, y compris pour le signe « fièvre » qui devient d'autant moins supportable que l'on se rapproche de l'arrêt des activités. Les disparités les plus fortes se situant aux stades 1 et 2, on constate un effet très discriminant des signes affectant le souffle et, d'une manière générale, les performances physiques des sujets du groupe. Quand on confronte la notion d'effet direct du symptôme aux autres troubles décrits, le cas de la dépression nerveuse mis à part, on constate presque systématiquement le même phénomène : le groupe « populaires » tend à se déclarer plus gêné que le groupe « supérieurs ». Les sujets interrogés montrent une sensibilité différentielle aux signes décrits s'ils sont confrontés à des « symptômes » affectant directement l'usage du corps (ce qui motive davantage le groupe « populaires ») ou à des symptômes évoquant une hypothétique pathologie en évolution (voir *Tableau IV*). Dans ce dernier cas, le groupe « supérieurs » se sent plus directement concerné. La schématisation du *Tableau IV* permet alors de dégager une véritable structure d'opposition (*Tableau V*).

TABLEAU IV

	Ces symptômes entraîneraient ou impliqueraient une gêne (gêne plus importante pour le groupe)	Ces symptômes inquiéteraient moins (gêne moindre pour le groupe)
Groupe « supérieurs »	<ul style="list-style-type: none"> — douleur à l'œil et à la nuque — vomissements (avec problèmes pulmonaires) — mauvaise digestion — douleur à la poitrine durant de 30 à 60 minutes — douleur intense dans la poitrine — saignement des gencives (stade 1) — taches brunes sur une dent de devant — mastication très douloureuse 	<ul style="list-style-type: none"> — fièvre légère ou 38-39° — nez qui coule ou nez bouché — maux de tête à divers degrés dans les contextes du rhume — arrêt obligatoire des activités — légère angoisse — persistance du saignement des gencives — mastication douloureuse — forte douleur aux dents — lourdeur de tête — raideur de la nuque — difficulté de concentration
Groupe « populaires »	<ul style="list-style-type: none"> — nez qui coule à nez bouché — maux de tête pendant un rhume — raideur à la nuque — difficulté de concentration — sensation de grande fatigue — légère angoisse — oppression persistante — quintes de toux — arrêt obligatoire des activités — persistance du saignement des gencives — mastication douloureuse — légère fièvre et douleur aux dents 	<ul style="list-style-type: none"> — douleur à l'œil et à la nuque — vomissements (avec problèmes pulmonaires) — douleur dans la poitrine pendant 30 à 60 minutes — saignement des gencives (stade 1) — taches brunes sur une dent de devant — frissons — sensation d'oppression — mastication très douloureuse

TABLEAU V

	Symptômes jugés très gênants	Symptômes jugés peu ou pas gênants
« Supérieurs »	signes évoquant une maladie potentielle	signes à effet direct
« Populaires »	signes à effet direct	signes évoquant une maladie potentielle

On observe enfin que la notion de létalité, qui n'est jamais explicitement utilisée dans le test, est reconstruite par les sujets à partir d'associations d'informations. Ainsi, aux signes « raideur à la nuque » et « douleur au niveau de l'œil et de la nuque », on fait souvent correspondre un diagnostic de méningite, émis la plupart du temps par des parents de jeunes enfants (c'est le cas pour 60 % des diagnostics de ce type posés au stade 3). Dans de nombreux cas, la létalité a été imaginée à partir d'associations symptomatiques du type « douleur + localisation » (surtout quand les

« diagnostics » posés évoquent les pathologies cancéreuses). Plutôt qu'un symptôme particulier, c'est l'association d'une série de signes qui permet aux sujets d'identifier un thème pathologique.

C'est par conséquent au niveau de l'interprétation des signes et des connaissances mises en œuvre dans cette opération que l'on observe les disparités les plus vives.

Disparités face à la connaissance des symptômes

Les deux groupes sont divisés par une tendance particulière. Alors que les « supérieurs » se déclarent peu affectés par les symptômes (ils font une estimation généralement faible de la gêne qui en découlerait), le groupe « populaires » cherche plutôt à interpréter les signes décrits. Ces derniers développent du même coup un comportement plutôt « autonome » face aux symptômes. Leur attitude est caractérisée par une forte mobilisation des connaissances détenues en matière de maladie. Ainsi, les sujets « populaires » pensent mieux reconnaître les signes proposés et croient identifier les troubles avec certitude. Ceci ne préjuge d'ailleurs en rien de la quantité et de la qualité de ces connaissances et des « diagnostics » qui en résultent. Le groupe « supérieurs » est, en revanche, systématiquement plus méfiant face à ses propres savoirs et sera moins enclin à poser des diagnostics « définitifs », sachant que de multiples interprétations, relevant de compétences professionnelles, peuvent être posées (2). On peut supposer que la masse de connaissances dont dispose cette classe est plus délicate à investir dans une opération d'interprétation. A l'opposé, dans le groupe « populaires », des connaissances moins importantes mais auxquelles on adhère avec plus de conviction paraissent plus aisément mobilisables dans l'exercice de l'autodiagnostic.

Cette disparité est encore plus manifeste quand on fait la comptabilité des corrélations existant entre les groupes étudiés et les paramètres de connaissance qu'ils ont attribués aux symptômes (*Tableau VI*) (3).

(2) Cette incertitude, qui paraît les caractériser, est telle qu'elle va parfois jusqu'à la mise en cause de la compétence des médecins.

(3) Codes utilisés : J = sujets âgés de moins de 40 ans; V = sujets âgés de plus de 40 ans; S = sujets appartenant au groupe « supérieurs »; P = sujets appartenant au groupe « populaires »; e = sujets ayant des enfants; se = sujets n'ayant pas d'enfants.

Les 6 groupes analysés correspondent à 6 des 8 combinaisons de variables possibles. Les groupes de sujets « âgés » (« supérieurs » ou « populaires ») n'ayant pas d'enfants représentent un effectif trop petit pour être conservé.

Je rappelle que le label « CR » exprime la « significativité » attribuée par chaque sujet interrogé aux symptômes décrits. Une note basse (1 ou 2) indique une faible significativité. Inversement, une note haute (4 ou 5) exprime une forte significativité. L'utilisation de mesures d'associations statistiques (test du χ^2) montre que les 6 classes étudiées posent des évaluations qui les caractérisent. Ainsi, dans le test « rhume », le groupe 6 est-il, à 9 reprises, associé à un jugement très sûr du diagnostic posé. $9 \text{ CR} = 5$ signifie que la totalité des symptômes sont jugés extrêmement révélateurs de la pathologie diagnostiquée. Il arrive parfois que les groupes soient partagés. C'est par exemple le cas

TABLEAU VI

Signes reconnus (tous stades confondus)	Groupe 1 (VSe)	Groupe 2 (JSse)	Groupe 3 (JSe)	Total
Rhume	2 CR = 3	3 CR = 2, 3, 4	3 CR = NC	5 CR
Migraine		7 CR = 1 ou 5	6 CR = NC	7 CR
Carie	3 CR = 5	7 CR = 2		10 CR
Cœur	4 CR = 5	7 CR = 1 ou 5	3 CR = NC	11 CR
Pneumonie	5 CR = 5	8 CR = 1 ou 2	6 CR = NC	13 CR
				46 CR
Signes reconnus (tous stades confondus)	Groupe 4 (JPe)	Groupe 5 (JPse)	Groupe 6 (VPe)	Total
Rhume	1 CR = 1	9 CR = 2 ou 4	9 CR = 5	19 CR
Migraine	4 CR = 4 ou 5	1 CR = 2	6 CR = 3, 4, 5	11 CR
Carie	4 CR = 5	3 CR = 1, 3, 4	3 CR = 5	10 CR
Cœur	2 CR = 3 ou 4	8 CR = 1 ou 2	5 CR = 5	15 CR
Pneumonie	2 CR = 4 ou 1	6 CR = 1 ou 2	8 CR = 4 ou 5	16 CR
				71 CR

Toutefois on n'observe jamais de corrélation statistique entre le fait d'appartenir à l'un ou l'autre groupe et l'intention de consulter un thérapeute, du moins tant qu'on reste dans le domaine du recours hypothétique aux soins. Il reste qu'en moyenne, dans 59 % des cas et sur les 6 tests, le groupe « populaires » signale qu'il réagirait par la consultation d'un thérapeute dès le premier stade de chaque état décrit (*i.e.*, dans le cas de la migraine ophtalmique, 67 % de ses membres envisagent un recours médical dès les premiers symptômes).

Disparités selon la qualité des recours thérapeutiques

Ces disparités, relatives à la sensibilité des sujets confrontés aux signes des tests sont, de plus, doublées de disparités dans les recours thérapeutiques « adoptés » dans les situations décrites. Le groupe « populaires » a plutôt tendance à rechercher rapidement l'aide des thérapeutes professionnels dès que l'on sort du cadre habituel de l'expérience pathologique. L'attitude du groupe « supérieurs » est, par contre, marquée par l'utilisation d'un éventail de soins plus large, dans lequel la qualité des recours

du groupe 2 dans le test « cœur ». Il est impossible de développer ici cette information. Mais la mise en tableau de ces résultats

montre que la confiance des sujets dans leur propre évaluation diagnostique est très inégalement répartie dans la population.

thérapeutiques joue un rôle important. On rechercherait plutôt des soins « doux », ou « sophistiqués », associés à des consultations de médecins ou de spécialistes. Le groupe « populaires » délaisse l'aspect de la qualité du soin et recherche plutôt des effets thérapeutiques rapides, comme s'il fallait optimiser le rapport « pratique thérapeutique/durée de manifestation des symptômes ».

D'autre part, les membres du groupe « supérieurs » accordent une attention plus « suivie » que le groupe « populaires » à leur « état de santé » (qui est géré un peu comme un capital), alors que le groupe « populaires » manifeste une attention moins constante face à cette question. Si les premiers pratiquent des formes d'entretien corporel destinées à perpétuer l'état de santé, les seconds choisissent plutôt la résolution ponctuelle des problèmes qui se posent. Ce dernier point éclaire un peu l'ambiance d'urgence médicale qui accompagne les premières manifestations du mal. On observe alors des disparités systématiques dans les comportements des groupes, quels que soient les tests utilisés et quels que soient les symptômes présentés.

Variations selon l'âge

L'importance que l'on accorde souvent à la variable CSP peut masquer l'effet d'autres variables intervenant dans l'évaluation profane de l'état de santé ainsi que dans le déclenchement de l'action thérapeutique. Cet effet concerne certaines variables traditionnelles comme l'âge ou le sexe des sujets, mais aussi d'autres que l'on étudie moins fréquemment, telles que le fait d'avoir ou non des enfants. Le Tableau VI montre que les groupes étudiés sous l'étiquette « supérieurs » ou « populaires » sont traversés par de nouvelles disparités internes. Ainsi, les sujets âgés manifestent une plus grande connaissance ou au moins une plus grande expérience du mal. Dans l'exercice d'interprétation des « symptômes », ils posent par exemple des diagnostics « précis », souvent inspirés du vocabulaire médical, alors que les sujets plus jeunes se contentent en général de désigner l'organe présumé atteint — *i.e.* « problème de poumon », « poumon malade ». Dans la classe « âgée », les groupes « supérieurs » et « populaires » déclarent en outre mieux reconnaître les signes proposés. Ils s'estiment de surcroît systématiquement plus gênés par les symptômes que les groupes jeunes. Suivant les cas, on constate que la « sensation » de gêne est très importante, même pour des maux qui ne sont pas reconnus comme très graves, comme par exemple les rhumes. Il faut sans doute mettre ce phénomène en rapport avec la connaissance des risques réels encourus par les sujets âgés en cas de grippe.

Les disparités que l'on observe peuvent être lues comme l'expression des marges de manœuvre différentielles que se donnent les sujets face à une même expérience du mal. Suivant la nature des symptômes et surtout suivant l'interprétation globale que l'on se fait de l'événement corporel

inhabituel, des enjeux différents apparaissent. Les sujets semblent déterminer leur attitude thérapeutique en fonction des situations et des perspectives qui se dessinent à partir de cette estimation.

Les sujets âgés, disposant d'une moindre marge de manœuvre, compensent ce handicap en faisant par exemple un travail plus important d'interprétation précoce des signes. Ils tendent aussi à recourir à des consultations médicales dès les premières manifestations du mal. Cette tendance est d'autant plus forte que l'on appartient au groupe « populaires » et que les symptômes évoqués influencent directement l'usage du corps.

A l'opposé, les sujets plus jeunes tendent à laisser les problèmes se développer dans l'espoir de les voir se résorber d'eux-mêmes. « Un rhume, c'est rien, ça passe tout seul. Il y en a qui s'arrêtent pour un rien, mais faut pas s'écouter comme ça, sinon on devient vraiment malade à la longue. »

Ces sujets adoptent une tactique où l'on oppose sa résistance corporelle à l'usure ponctuelle provoquée par les manifestations du mal, puisqu'on est en droit d'espérer une exposition aux troubles d'autant moins longue qu'on a une grande résistance physique. Le rapport qu'il y a entre les désagréments causés par le mal et les inconvénients qu'il y a à adopter « trop tôt » un rôle de malade peut être tel qu'il vaut mieux « supporter » et attendre l'atténuation des signes. Là encore, les groupes « populaires-jeunes » vont se démarquer des autres par l'adoption de soins « lourds » utilisés sur le tard (consultations, « cocktails » auto-prescrits de remèdes très concentrés), comme s'il s'agissait de supprimer ou au moins de réduire les effets des signes les plus gênants plutôt que de soigner le mal proprement dit. Les « supérieurs-jeunes » tendent, par contre, à prendre moins de « risques » en recourant surtout à des pratiques thérapeutiques, également tardives, mais soumises au contrôle d'une autorité médicale légitime.

Enfin cette dernière population, encore une fois déterminée par ses faibles systèmes de cotation en ce qui concerne la gêne ou la significativité des signes, semble détenir une moindre quantité de savoirs ou de connaissances de la maladie (voir *Tableau VII*). Les sujets les plus jeunes

TABLEAU VII

Sujets âgés	forte gêne et forte reconnaissance précoce des symptômes
Sujets jeunes avec enfants	« supérieurs » : tendancielle non concernés
	« populaires » : gêne moyenne à forte significativité moyenne à forte
Sujets jeunes sans enfants	faible gêne et faible reconnaissance des signes décrits

se déterminent sur la base d'un simple fragment de l'information contenue dans le questionnaire. Ainsi, au stade 2 du test « problème cardiaque », on trouve parfois des diagnostics du type « déchirure musculaire », ainsi commentés : « Si j'ai mal comme ça, c'est que j'ai fait un effort au sport. Cela m'arrive de temps en temps ».

Les interprétations diagnostiques posées par ces « jeunes » sont caractéristiques :

- 1) elles sont souvent en rapport avec des expériences préalables du mal; de ce fait, elles sont moins centrées sur des lésions organiques;
- 2) elles aboutissent généralement à des conclusions moins sévères que celles de leurs aînés, un peu comme si, quels que soient les symptômes exposés, la probabilité d'être à la fois jeune et sérieusement malade paraissait excessivement faible.

Variations chez les sujets les plus jeunes

D'autres variations peuvent être observées chez les sujets « jeunes » du même groupe social d'appartenance (« supérieurs » ou « populaires »), suivant qu'il s'agit ou non de jeunes parents.

Les parents de moins de 40 ans faisant en outre partie du groupe « supérieurs » sont marqués par une tendance minoritaire mais exclusivement concentrée chez eux à se déclarer « non concernés » par les notions de gêne ou par la significativité imputable aux symptômes. Ils indiquent ainsi un refus actif de se livrer à une pratique qui ne relève pas de leurs compétences. Ce refus est souvent doublé du souhait de consulter un médecin pour tous les états décrits, sauf dans le cas de migraine, qui semble être un mal très répandu dans ce groupe. Rien ne permet de déduire une absence de connaissances chez ces sujets, mais le recours systématique au médecin paraît être, pour environ un quart de cette population, une sorte de « standard thérapeutique ».

Cette tendance se retrouve moins chez les jeunes parents du groupe « populaires ». Ces derniers se caractérisent par une structuration plus complète de leurs savoirs pratiques que les cadets du même groupe. Les signes reconnus sont relativement peu nombreux mais sont très fortement associés à des diagnostics précis.

Toutefois ces variations, concernant la certitude qu'ont les jeunes parents des deux classes de poser un diagnostic juste, n'ont guère d'incidence sur les intentions de consultation. On n'observe quasiment aucune disparité à ce niveau, ni au regard de la « classe », ni au regard de la parenté, si ce n'est une très légère tendance du groupe « supérieurs » à déjà diversifier l'éventail des soins en utilisant, suivant le cas, les services d'homéopathes ou d'acupuncteurs.

Variations selon le sexe

L'enquête toulousaine ne met en évidence aucune corrélation entre le sexe des sujets, la gêne, la connaissance des symptômes, la gravité de l'état décrit, les diagnostics posés ou les intentions de recours aux soins. L'utilisation dans le test de signes faisant appel au registre de l'esthétique ou dans la construction de l'apparence corporelle (par exemple, taches brunes sur les dents de devant) ne montre pas de différence considérable selon les sexes. Il en va de même pour une hypothétique sensibilité des femmes aux signes de la dépression nerveuse utilisés dans le questionnaire.

Malgré tout, et bien qu'aucune indication de type statistique ne vienne le confirmer, les entretiens effectués avec les sujets répondant au questionnaire laissent entrevoir l'existence d'une telle relation. Les femmes « âgées » de la catégorie « populaires » ont en effet manifesté une grande sensibilité à ce problème. De très nombreuses narrations de maladie nous ont alors été confiées spontanément.

L'absence de disparités peut peut-être s'expliquer par la grande sensibilité du groupe « populaires » à l'expérience dépressive. Il est probable que de tels troubles ont dû apparaître dans l'entourage proche des sujets interrogés. Par conséquent, la connaissance et l'expérience des symptômes sont partagées par les membres du couple et, probablement, par la famille. On note alors la tendance caractéristique de ce groupe à déclarer préférer les soins généraux et l'usage de psychotropes, de Valium, de Tranxène ou de somnifères à la consultation d'un psychiatre ou d'un psychologue (qui seraient « plus facilement » choisis dans le groupe « supérieurs »).

L'absence de corrélations entre le sexe des sujets et leurs attitudes hypothétiques face aux situations décrites est d'autant plus troublante qu'en pratique on observe pour cette variable des disparités importantes dans les conduites de soins. Ceci tient probablement au fait qu'on travaille au niveau de la simple connaissance qu'ont les sujets de la maladie. Il est probable que la mise en application de ces connaissances appelle d'autres systèmes de références plus complexes qui auraient permis, finalement, l'observation de comportements véritablement différentiels.

*
**

Les disparités observées concernent principalement la « date d'entrée en maladie ». Les conditions nécessaires à la réalisation d'un rapide recours thérapeutique, à savoir l'intégration d'outils cognitifs, de savoirs, de connaissances et de compétences profanes en matière de maladie, paraissent mieux réalisées chez les sujets âgés que chez les sujets plus jeunes, ainsi qu'en atteste leur facilité manifeste à être déroutés face à des expériences inhabituelles de la maladie. Il est probable que l'acquisition de ces savoirs pratiques est en cours de réalisation chez les sujets jeunes, alors qu'elle est sinon achevée du moins largement accomplie chez des

sujets plus âgés. Mais cela ne préjuge en rien de la qualité de ces capitaux, qui paraît très fluctuante suivant l'appartenance des sujets au groupe « supérieurs » ou « populaires ». Les sujets âgés ne se basent pas sur un seul symptôme pour produire une évaluation. Ils tiennent plutôt compte de la définition intégrale de l'état décrit. De plus, on ne remarque pas de relation entre un signe particulier et la décision de recourir à un médecin. Il y en a par contre entre un état tel que les sujets l'interprètent et les solutions thérapeutiques adoptées. Ces éléments nous amènent à considérer qu'entre la proximité des personnes âgées à la culture médicale et l'éloignement manifesté par les sujets jeunes peut se ménager une période de transition permettant l'acquisition des savoirs profanes de la maladie.

D'autre part, la méthode pluri-symptomatique tend à montrer que le contexte d'apparition du signe joue pour beaucoup dans l'élaboration d'un projet thérapeutique chez le profane. En effet, les tendances observées dans les estimations ou dans les intentions de recours aux soins ne semblent pas devoir s'appliquer aux symptômes eux-mêmes, mais à l'association d'une série de symptômes ordonnés entre eux. La question est alors de savoir s'il est bien justifié d'étudier *le symptôme*, comme on le fait en général à travers des grilles mono-symptomatiques. En l'occurrence la présence d'un seul signe n'est pas suffisante pour orienter l'action thérapeutique profane. Comme les disparités les plus vives ont été observées au niveau des connaissances profanes associées à la description des symptômes, nous sommes convaincu qu'il faut rechercher la genèse de ces différences au niveau des raisonnements menant le profane vers cette conclusion provisoire qu'est l'autodiagnostic.

Jean-François BARTHE

*CeRS, Université de Toulouse-Le Mirail
5 allées Antonio Machado, 31058 Toulouse Cedex*

Payer nuit gravement à la santé : une étude de l'impact du renoncement financier aux soins sur l'état de santé

Paul Dourgnon *

Florence Jusot **

Romain Fantin ***

Résumé

Cet article propose d'analyser des déterminants du renoncement aux soins pour raisons financières puis d'étudier ses conséquences sur l'évolution de l'état de santé quatre ans plus tard à partir des données de l'Enquête Santé Protection Sociale. L'analyse des déterminants du renoncement montre le rôle important joué par l'accès à une couverture complémentaire, au côté de celui de la situation sociale présente, passée et anticipée. L'analyse montre ensuite que le renoncement aux soins a un effet causal sur la dégradation de l'état de santé ultérieur. Elle suggère ainsi que les difficultés d'accès aux soins contribuent aux inégalités de santé.

*. Irdes et PSL, Université Paris-Dauphine, Leda-Legos.

**.. PSL, Université Paris-Dauphine, Leda-Legos et Irdes.

***. Irdes.

Correspondance : dourgnon@irdes.fr

Cette recherche a bénéficié du soutien financier de la DREES. Nous remercions pour leurs commentaires, les participants du workshop sur l'accès et le renoncement aux soins organisé par l'université Paris-Dauphine avec le soutien de la Chaire Santé, placée sous l'égide de la Fondation du risque (FDR) en partenariat avec PSL, Université Paris-Dauphine, l'Ensaie et la MGEN le 9 mars 2011, les participants du colloque « Renoncement aux soins » organisé par la Drees et la DSS le 22 novembre 2011 (en particulier Denis Raynaud et Renaud Legal), les participants de la « *Sixth International Conference* » de l'*International Society for Equity in Health*, Cartagena, Columbia, septembre 2011 et enfin Caroline Berchet qui a discuté l'article lors des 33^e journées des économistes français de la santé 2011.

Summary

This article focusses on self-assessed unmet needs for financial reasons. We study its social and economic determinants and its consequences on future health status, from a longitudinal dataset: the French Health, Health care and Insurance Survey (Enquête Santé Protection Sociale). We first show that living standards, access to complementary health insurance and life course factors (past, current and anticipated socioeconomic status) have an impact on self-assessed unmet needs. We then show that self-assessed unmet needs have a detrimental causal effect on future health status, suggesting that financial barriers in access to health care contribute to social health inequalities.

Mots-clés : Renoncement aux soins, inégalités de santé, accès financier aux soins.

Keywords: Self-Assessed Unmet Needs, Social health inequalities, Financial Access to Healthcare Services.

J.E.L. : C33, I14, I13

1. Introduction

La Commission des Déterminants Sociaux de l'OMS dans son rapport 2009 (OMS, 2009) rappelle que l'équité d'accès aux soins est une condition nécessaire pour réduire les inégalités de santé. Le respect du principe d'équité horizontale implique en effet que chacun reçoive un traitement égal pour un besoin de soins égal. On observe cependant en France des inégalités sociales d'utilisation des services de santé, comme dans la plupart des pays européens, c'est-à-dire des différences de consommation de soins entre groupes sociaux à état de santé donné. Plusieurs travaux montrent ainsi que la probabilité de recours au médecin et le nombre de visites ne sont pas identiquement distribués à travers des groupes socio-économiques, après contrôle par l'âge, le sexe et l'état de santé (par exemple Couffinhal *et al.*, 2004 ; van Doorslaer *et al.*, 2004 ; Raynaud, 2005 ; Bago d'Uva *et al.*, 2009 ; Or *et al.*, 2009 ; Jusot *et al.*, 2012a ; Devaux, de Looper, 2012).

Trois types d'explications, relevant de la demande de soins et s'appuyant sur le cadre théorique du modèle de capital santé (Grossman, 2000) ont essentiellement

été proposés pour expliquer ces inégalités. Elles peuvent en premier lieu refléter des préférences différentes pour la santé ainsi que l'existence de barrières informationnelles expliquant que les populations les plus pauvres et moins éduquées aient un recours aux soins plus tardif et davantage orienté vers les soins curatifs en raison d'un rapport différent au corps et à la maladie ou d'une moindre connaissance des filières de soins. Par ailleurs, ces différences de recours aux soins peuvent être le reflet de barrières financières à l'accès aux soins, le coût des soins laissés à la charge des patients pouvant expliquer que les plus pauvres renoncent à des soins qu'ils jugent pourtant nécessaires au regard de leur état de santé. Ce second argument peut en particulier expliquer, dans le cas français, les différences sociales de recours aux soins d'optique et aux soins dentaires mais également aux soins ambulatoires, pour lesquels le reste à charge peut s'avérer très élevé¹. Enfin, des barrières liées à l'accessibilité géographique s'ajoutent aux barrières financières, les personnes les plus défavorisées vivant plus fréquemment dans des zones où les densités médicales sont les plus faibles.

Afin d'étudier plus directement les barrières financières à l'accès aux soins, des questions sur le renoncement aux soins pour raisons financières ont été introduites dans l'Enquête santé et protection sociale (ESPS) de l'Irdes depuis 1992 (Mizrahi, Mizrahi, 1993a ; 1993b). Mais ce n'est qu'à la fin des années 1990, avec les travaux préparatoires à la loi instituant la couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C), que le concept est apparu dans le débat public (Boulard, 1999). Il a donné lieu à la création d'un indicateur qui fait depuis partie des indicateurs suivis et retenus par la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES) pour évaluer l'équité du système de santé et notamment l'efficacité de la couverture maladie universelle complémentaire. Le concept de renoncement a également été utilisé dans une approche modélisée, comme élément d'évaluation du dispositif du médecin traitant (Dourgnon *et al.*, 2007, 2010). Par ailleurs, trois études ont comparé le renoncement aux soins en Europe à partir des données de l'enquête *Survey on Health Aging and Retirement in Europe 2004* et du *Survey of Income and Living Conditions 2004*, et leurs résultats convergent pour montrer que la France occupe une position moyenne (Koolman, 2007 ; Mielck *et al.*, 2009 ; Allin, Masseria, 2009). En 2008, 16,5 % des Français déclaraient avoir renoncé à des soins pour raisons financières au cours de l'année. Ces renoncements concernent principalement les soins dentaires (11 %), l'achat de lunettes (4 %) et les visites chez le généraliste ou le spécialiste (3 %) (Boisguérin *et al.*, 2010). Au-delà de

1. En France, 25 % des médecins, dont 40 % des médecins spécialistes, sont inscrits en secteur 2. Ces derniers peuvent pratiquer des dépassements d'honoraire, qui en moyenne s'élèvent à 54 % du tarif de convention fixé par la sécurité sociale. La plupart des contrats de couverture complémentaire ne prenant en charge que le ticket modérateur, c'est-à-dire la différence entre le remboursement de la sécurité sociale et le tarif de convention (à l'exclusion des franchises médicales), ces dépassements sont à l'origine d'important restes à charge pour les patients.

ces quelques chiffres, très peu d'études ont étudié les barrières financières à l'accès aux soins à l'aide de cet indicateur. De plus, bien que les travaux préparatoires à la loi instituant la CMU-C aient jugé « inacceptable » qu'un Français sur cinq déclare renoncer à des soins pour raisons financières, les propriétés de l'indicateur de renoncement aux soins sont aujourd'hui peu connues. En particulier, on ne sait pas ce que la déclaration d'un renoncement révèle sur l'accès final aux soins des personnes, ni sur ses conséquences sur l'état de santé. Quelques rares études ont toutefois montré que le renoncement aux soins était plus fréquent dans les groupes plus défavorisés en France (Bazin *et al.*, 2006 ; Boisguérin *et al.*, 2010) ou en Europe (Allin, Masseria, 2009 ; Mielck *et al.*, 2009). Une étude menée au Canada s'est par ailleurs intéressée aux liens existants entre la déclaration d'un renoncement et la consommation effective de soins (Allin *et al.*, 2010). Cependant, ses conclusions sont difficilement transposables au cas français : les systèmes de santé étant très différents, les soins concernés ne sont pas les mêmes. Enfin, une étude a mis en évidence les conséquences du renoncement aux soins sur l'état de santé buccodentaire ultérieur (Azogui-Lévy, Rochereau, 2005), mais aucune étude n'a montré l'impact que cela avait sur l'évolution de l'état de santé général.

Cet article propose de compléter cette littérature en étudiant les déterminants individuels² du renoncement aux soins pour raisons financières et ses conséquences sur l'évolution de l'état de santé. Il s'agira dans un premier temps d'étudier les facteurs associés à la déclaration d'un renoncement aux soins pour raisons financières et, notamment, d'étudier le rôle joué par le coût des soins laissé à la charge des patients au travers de la possession d'une couverture complémentaire. L'utilisation de données longitudinales permettra dans un second temps d'étudier les conséquences du renoncement aux soins pour raisons financières sur les risques de détérioration de l'état de santé, dans une approche de type « Granger ».

2. Cadre d'analyse : le renoncement déclaré comme outil d'analyse de l'accès aux soins

Cette étude propose d'étudier les conséquences des barrières financières à l'accès aux soins sur l'état de santé à partir d'un indicateur de renoncement aux soins. Il s'agit d'un indicateur subjectif obtenu directement à partir de la réponse à la question suivante : « Au cours des douze derniers mois, vous est-il déjà arrivé de renoncer, pour vous-même, à certains soins pour des raisons

2. Pour une analyse multinationale de l'effet des caractéristiques départementales de l'offre de soins sur le renoncement aux soins dentaires voir Dourgnon *et al.* (2012).

financières ? ». Cet indicateur est rarement utilisé dans les analyses de l'accès aux services de santé. Pour évaluer les inégalités sociales d'accès aux soins, celles-ci s'appuient le plus souvent les données de consommation de soins issues des données de remboursement des caisses d'assurance maladie ou déclarées dans le cadre d'enquête en population. Dans la suite du texte ces mesures du recours basées sur la consommation observée seront qualifiées de mesures « objectives » du recours, même lorsque celles-ci sont issues d'enquêtes déclaratives, dans la mesure où l'objectif poursuivi est d'avoir une mesure exacte du niveau de recours des individus. Nous montrons ci-dessous en quoi le concept de renoncement peut adresser les questions d'équité d'accès aux soins, en quoi il permet une discussion plus fine des politiques de santé et enfin, comment, en intégrant le rapport à un besoin de soins, il permet de dépasser certaines limites dans l'interprétation des indicateurs d'inégalités sociales de consommation de soins basés sur des mesures objectives.

Pourquoi approcher la question de l'équité d'accès aux soins au travers le renoncement aux soins alors que l'essentiel des travaux existants centrent l'analyse sur une mesure objective de la consommation de soins ? L'équité d'accès aux soins est ici définie par le respect du principe d'équité horizontale, qui exige un traitement égal à besoin égal, et qui est aujourd'hui largement accepté pour juger de l'équité des systèmes de soins (Wagstaff, van Doorslaer, 2000 ; Fleurbaey, Schokkaert, 2009 ; Fleurbaey, Schokkaert, 2011). L'analyse des inégalités d'accès aux soins à partir de mesures objectives de la consommation de soins, telles que la dépense ou le volume de soins consommé, requiert donc de mesurer les inégalités de consommation de soins ajustées par le besoin de soins des individus (voir, par exemple, Wagstaff, van Doorslaer, 2000 ; Van Doorslaer *et al.*, 2004 ; Couffinhal *et al.*, 2004). Cette approche pose alors la question de l'identification des besoins de soins. Ces derniers sont approximés dans ces études par l'état de santé des individus, leur âge et leur sexe, mais l'interprétation de différences de consommation de soins à état de santé donné au sein d'une population est toujours rendue délicate en raison de potentielles différences de besoin de soins inobservées. Le renoncement aux soins, au contraire, identifie des consommations de soins que la personne aurait souhaité pouvoir s'offrir mais qu'elle n'a pas engagées en raison de sa contrainte budgétaire. Cet indicateur fait donc référence à un besoin de soins non satisfait, c'est-à-dire une situation où un individu ne reçoit pas un soin dont, selon lui, il aurait eu besoin. Contrairement aux indicateurs objectifs, le renoncement permet donc en lui-même d'identifier directement un problème d'iniquité d'accès aux soins.

De plus, si des causes socio-économiques sont associées à un renoncement, c'est-à-dire que certains ne recourent pas, du fait de leur situation sociale, à des soins nécessaires, cela traduit *de facto* un problème d'équité. En effet, les indicateurs basés sur des mesures objectives présentent plusieurs limites. Un écart

de consommation de soins, à besoin de soins donné - c'est à dire une différence de recours évaluée selon une mesure objective - entre deux individus ou entre deux groupes sociaux peut relever de plusieurs phénomènes distincts : une perception différente du besoin de soins, une méfiance vis-à-vis des prestataires de soins ou des soins en général, des difficultés d'accès aux soins (manque de médecin, refus de soins...), ou une sous-consommation pour raisons financières, qui, dans notre cas, est ce que nous souhaitons étudier. Plusieurs travaux ont montré que l'évaluation de la santé subjective variait entre les groupes sociaux (par exemple, Shmueli, 2003 ; Etilé, Milcent, 2006 ; Larjane, Dourgnon, 2007 ; Bago d'Uva *et al.*, 2008 ; Devaux *et al.*, 2009), ce qui peut refléter des différences dans les préférences et le rapport au corps, ainsi que dans les attentes vis-à-vis du système de soins (Boltanski, 1971 ; Fainzang 2001). Les différences de consommation de soins peuvent alors refléter des préférences pour la santé différentes pour un même besoin de soins qui aurait été évalué selon une norme médicale. Ces différences dans les préférences peuvent être source d'un biais dans l'estimation de l'influence du statut social sur la consommation de soins, le fait qu'être plus pauvre et sous-consommer des soins (c'est-à-dire moins consommer que les riches à état de santé identique), pouvant être tous deux le produit d'une caractéristique inobservée, telle que le rapport au corps ou les préférences temporelles.

Or, les réponses des politiques publiques diffèrent largement selon les causes des inégalités de consommation de soins dans la population. Dans le cas de différences de consommation de soins expliquées par des différences de préférences en matière de santé, l'opportunité d'une intervention pourra tout d'abord être discutée (Fleurbaey, Schokkaert, 2009). Ensuite, la définition des politiques à mettre en œuvre variera également selon les causes identifiées : une campagne de prévention pour améliorer les connaissances sur la santé, des contrôles pour lutter contre le refus de soins, des aides pour le renoncement pour raisons financières... L'étude des consommations de soins ne permet pas d'identifier chacune des questions liées à l'accès de façon séparée, ce qu'au contraire le renoncement aux soins pour raisons financières semble devoir rendre possible.

Enfin, les statistiques sur l'utilisation des services de santé (taux de consommateurs, dépense, nombre de recours) permettent d'identifier des différences de recours moyen entre groupes sociaux après la prise en compte des différences d'état de santé selon les groupes. Ces analyses permettent de mesurer les inégalités de consommation de soins en terme relatif (rapport d'un groupe à un autre, rapport à la moyenne de la population) ou en terme absolu (écart absolu d'un groupe à un autre, écart absolu à la moyenne de la population), mais ne permettent pas d'interpréter ces différences au regard d'une norme médicale, qui peut être retenu comme une mesure objective du besoin de soins. On peut ainsi identifier qui consomme plus que la moyenne, qui consomme moins, mais pas qui consomme trop, ou pas suffisamment.

Le concept de besoin de soins non satisfait, mesuré par la déclaration d'un renoncement pour raisons financières, apporte donc une information supplémentaire à l'information objective sur l'utilisation des services de santé. Ce gain conceptuel et méthodologique soulève toutefois un nouveau problème. Le besoin de soins que le concept intègre est un besoin individuel ressenti et non un besoin de soins diagnostiqué par un médecin. Il est donc susceptible de varier, à besoin de soins médical identique, d'un individu ou d'un groupe à l'autre. Plusieurs éléments d'explication peuvent être à l'origine de ces différences. En particulier, la déclaration d'un renoncement ne rend compte des besoins non satisfaits que dès lors qu'un individu ressent un besoin. Or, certains besoins sont susceptibles de ne pas être perçus identiquement par tous les individus (en cas d'absence de symptômes, par exemple). Notons qu'un questionnement méthodologique de même nature s'est posé autour de la mesure de l'état de santé à partir de l'état de santé subjectif, ressenti et auto-déclaré (voir, par exemple, Idler, Benyamini, 1997, pour une revue des approches méthodologiques de l'état de santé subjectif et ses liens avec des variables de santé objectives).

Un premier travail méthodologique sur le concept de renoncement a été réalisé par Allin, Grignon et Le Grand (2010) sur données canadiennes. Il compare les apports respectifs du renoncement et de l'utilisation effective des services de santé à l'étude de l'accès aux soins. Les auteurs identifient des sur ou sous-consommations en mesurant l'écart à une consommation de soins moyenne à âge, sexe, état de santé et statut socioéconomique donnés. Ils mettent ensuite en regard cet indicateur et la déclaration d'un renoncement sur la même période. Ils mettent ainsi en évidence des corrélations entre le renoncement aux soins et la consommation de soins mesurée de façon objective. Bien que leurs catégories de renoncement diffèrent du renoncement financier que nous avons adopté, ils montrent que le renoncement « barrière », qui regroupe le renoncement financier et le renoncement inhérent à la disponibilité géographique de l'offre est lié, à état de santé et statut social donnés, à une moindre probabilité de recours au généraliste, toutes choses égales par ailleurs. Ils concluent à l'intérêt du renoncement pour l'étude de l'accès aux soins en complément des approches basées sur les mesures objectives de la consommation de soins. Une analyse menée sur les données françaises de l'enquête Santé Protection Sociale 2008 a par ailleurs permis de retrouver cette corrélation négative entre renoncement financier et recours aux services de santé, ainsi que les corrélations attendues entre renoncement, âge, sexe, niveau d'éducation et état de santé (Dourgnon *et al.*, 2012).

Enfin, une étude qualitative a été menée en amont de notre recherche, qui confirme la pertinence du recueil du renoncement financier dans les enquêtes en population générale (Després *et al.*, 2011). L'étude montre que le renoncement aux soins, s'il peut intervenir à divers moments d'une trajectoire de santé (renoncement initial, report d'un soin programmé, renoncement définitif...) et peut se combiner

à des motifs non financiers, fait bien référence, dans les catégories de population atteintes par les enquêtes en population générale, aux situations que le chercheur souhaite étudier, dans lesquelles l'individu fait face à un ensemble de contraintes, le plus souvent budgétaires, qui ne lui permettent pas d'accéder aux soins désirés.

3. Données et méthodes

3.1. L'enquête ESPS

Cette étude s'appuie sur les données de la vague 2002, 2004, 2006 et 2008 de l'Enquête santé et protection sociale (ESPS) qui est menée régulièrement par l'Irdes depuis 1988 (Allonier *et al.*, 2008). ESPS est une enquête en population générale qui interroge tous les deux ans un échantillon de 8 000 ménages dont l'un des membres fait partie de l'EPAS, un échantillon représentatif des assurés sociaux des trois principaux régimes d'Assurance Maladie (CNAMTS, RSI et MSA). L'échantillon enquêté à chaque date est représentatif de 96,7 % des ménages ordinaires vivant en France métropolitaine.

L'enquête interrogeant la moitié de l'EPAS à chaque vague tous les deux ans, il est possible de suivre à 4 ans d'intervalle les personnes étant restées dans l'EPAS et ayant pu être suivies. Ainsi les mêmes individus sont présents dans les échantillons en 2002 et 2006 d'une part, 2004 et 2008 d'autre part, moyennant le rafraîchissement et l'attrition des échantillons. L'enquête combine interviews par enquêteur et questionnaires auto-administrés.

Le questionnaire sur le renoncement financier aux soins est administré par un enquêteur et est posé uniquement à la personne échantillonnée. Celui-ci prend la forme suivante. Une première question permet de repérer les personnes ayant renoncé à des soins : « Au cours des douze derniers mois, vous est-il déjà arrivé de renoncer, pour vous-même, à certains soins pour des raisons financières ? ». En cas de réponse positive, il est demandé à l'enquêté de préciser à quels soins il a renoncé et il peut alors donner jusqu'à trois réponses. Les réponses sont libres ; il n'existe pas de liste d'items prédéfinis. Elles font l'objet d'un recodage *a posteriori*. Trois types de renoncement particuliers ont été retenus pour cette analyse : le renoncement aux soins dentaires, le renoncement à des soins d'optique et le renoncement à des séances de médecins généralistes ou spécialistes.

Par ailleurs, l'ensemble des enquêtés renseigne son état de santé au travers d'un auto-questionnaire. Les questions sur l'état de santé ont beaucoup évolué entre les vagues de l'enquête, ce qui rend délicate l'analyse de l'évolution de l'état de santé entre les vagues. Toutefois, la note d'état de santé perçu a été régulièrement recueillie depuis 1992. Celle-ci est obtenue à partir de la réponse à la question :

« Pouvez-vous noter, entre 0 et 10, votre état de santé ? » (0 : en très mauvaise santé, 10 : excellente santé). Une autre information sur l'état de santé disponible à chaque vague est apportée par le bénéfice d'une exonération du ticket modérateur en raison d'une affection de longue durée.

4. Résultats

4.1. Les déterminants du renoncement aux soins

Dans notre échantillon de travail 2008, 15,8 % des personnes interrogées déclarent avoir renoncé à un soin pour raisons financières au cours des douze derniers mois. Les soins plus particulièrement concernés sont les soins dentaires (9,9 %), l'optique (4,3 %) et les visites chez le généraliste ou le spécialiste (3,5 %) (Tableau 1).

Les modèles explicatifs du renoncement général et pour chaque type de soins montrent que la plupart des facteurs explicatifs sont communs aux différents types de renoncements (Tableau 3). Notre analyse confirme alors les résultats de la littérature sur le renoncement. Bien que le renoncement soit mesuré de diverses façons et utilisé dans des perspectives différentes, ces analyses montrent une stabilité certaine dans les corrélations entre le renoncement et les caractéristiques individuelles. Le renoncement apparaît corrélé positivement avec le fait d'être une femme, avec le niveau d'éducation, le soutien social et négativement avec le niveau de revenu et la couverture assurancielle (Elofsson, 1997 ; Ford, 1999 ; Litaker, 2004 ; Mollborn, 2001 ; Wu, 2005). Il apparaît également négativement corrélé avec l'âge et un bon état de santé (Allin *et al.*, 2010). Notons qu'une étude montrait, sur données américaines, que l'organisation des soins pouvait avoir un effet sur le renoncement : le fait de participer à un plan de santé impliquant des

5. Voir Jusot *et al.*, (2012b) pour une analyse de l'influence du milieu d'origine sur l'état de santé à partir des données de cette enquête.

professionnels de santé diminue la probabilité de déclarer un renoncement pour raisons financières (Reschovsky *et al.*, 2000).

Nos résultats montrent ainsi une probabilité plus élevée chez les femmes de déclarer renoncer, et un gradient décroissant selon l'âge pour les renoncements aux soins dentaires et aux séances de médecin. Pour les soins dentaires, ce résultat semble refléter une diminution des besoins de soins aux âges élevés. Pour l'optique, en revanche, le renoncement semble suivre une courbe en cloche, restant plutôt élevé entre 40 et 80 ans, et plus faible pour les plus jeunes et les plus âgés.

L'effet de l'éducation est, lui aussi, cohérent avec la littérature. Les personnes sans diplôme ou ayant un faible niveau d'étude déclarent renoncer moins, toutes choses égales par ailleurs (les taux bruts de renoncement selon le niveau d'étude ne montrent pas de régularité particulière). Bien que les coefficients suggèrent une forme de gradient, ils n'apparaissent plus significativement différents à partir du niveau bac.

Les effets de la couverture complémentaire confirment à la fois les résultats de la littérature sur le renoncement et les résultats des études de l'accès aux soins en France. Les personnes ayant une couverture complémentaire ou la CMUC renoncent significativement moins que les autres, ce qui est cohérent avec l'ensemble des travaux français basés sur des mesures objectives de la consommation (Raynaud, 2005). De plus, la qualité de la complémentaire, c'est-à-dire le niveau de ses remboursements, qui est mesuré ici à partir des déclarations des personnes enquêtées et selon une échelle subjective, joue sur le renoncement. L'effet de la CMUC sur le renoncement est non significativement différent de celui d'une complémentaire déclarée comme très bonne sur le renoncement général, l'optique et les soins de médecins. Notons que lorsque la précarité n'est pas prise en compte dans le modèle, la CMUC se positionne un peu moins bien par rapport aux autres niveaux de contrats de couverture complémentaire privée.

Alors que l'on observe en analyse bivariée un gradient du renoncement selon le niveau de revenu par unité de consommation, le résultat de l'analyse multivariée oppose les plus riches, c'est-à-dire le dernier quintile et, parmi ceux-ci, plus encore les cinq derniers percentiles, au reste de la population. Ceci est particulièrement marqué pour les soins dentaires et l'optique.

L'effet de la précarité sur le renoncement montre un gradient particulièrement fort, malgré la prise en compte du revenu dans le modèle. Les effets marginaux passent de 6,5 %, pour un score de précarité de 1 (une dimension de précarité déclarée) à 57,1 % pour sept dimensions et davantage. Ce résultat est cohérent avec les travaux existant sur les liens entre précarité et état de santé (Cambois, Jusot, 2011). Lorsqu'à la place du score, on inclut simultanément les neuf dimensions de précarité retenues pour la construction du score dans le modèle, chacune est significative et accroît la probabilité de déclarer avoir renoncé à des soins.

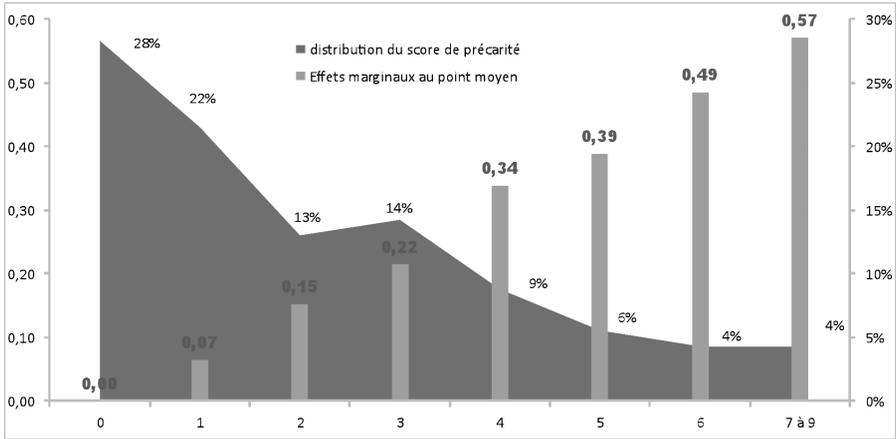


Figure 1 : Effets marginaux du score de précarité sur la probabilité de renoncer aux soins en général et distribution du score de précarité

L'utilisation du score montre qu'il existe un effet de cumul de ces dimensions. De plus, la distribution de la précarité elle-même, telle que nous la mesurons, n'est pas concentrée sur un segment réduit de population. Seuls 3 répondants sur dix ont un score de précarité nul. Les résultats de la régression mettent donc bien en évidence une forme de gradient social lié à la précarité et non au pouvoir d'achat (voir Figure 1).

Tableau 3 : Effets marginaux calculés au point moyen associés aux déterminants du renoncement aux soins, en général et pour les trois types de soins les plus fréquemment cités (Modèles Probit)

	Renoncement en général		Soins dentaires		Soins d'optique		Généraliste - Spécialistes	
	dF/dx	P> z	dF/dx	P> z	dF/dx	P> z	dF/dx	P> z
Âge								
< 30 ans	Ref.		Ref.		Ref.		Ref.	
30-39 ans	0,012	0,390	0,013	0,217	0,008	0,255	-0,005	0,295
40-49 ans	0,047	0,001	0,032	0,003	0,034	0,000	-0,003	0,533
50-59 ans	0,035	0,014	0,017	0,102	0,046	0,000	-0,010	0,025
60-69 ans	0,027	0,083	0,010	0,410	0,041	0,000	-0,013	0,007
70-79 ans	-0,015	0,383	-0,022	0,069	0,050	0,000	-0,015	0,006
80 ans et plus	-0,046	0,020	-0,050	0,000	0,014	0,269	-0,014	0,035
Sexe								
Homme	-0,040	0,000	-0,013	0,018	-0,010	0,001	-0,010	0,001
Femme	Ref.		Ref.		Ref.		Ref.	
Niveau d'études								
Sans diplôme, Brevet CAP, BEP	-0,057	0,000	-0,032	0,000	-0,012	0,005	-0,004	0,307
Baccalauréat	-0,028	0,005	-0,012	0,115	-0,002	0,672	-0,008	0,038
Études supérieures	-0,011	0,336	0,002	0,826	0,003	0,539	-0,007	0,142
	Ref.		Ref.		Ref.		Ref.	

Autres, nsp	-0,041	0,261	-0,020	0,454	-0,005	0,751	-0,009	0,556
<i>Revenu par U.C.</i>								
[0 ; 5 ^e percentile]	-0,012	0,515	0,013	0,387	-0,007	0,324	-0,007	0,264
]5 ^e percentile ; 1 ^{er} quintile]	-0,021	0,111	0,008	0,453	-0,005	0,313	-0,006	0,249
]1 ^{er} quintile ; 2 ^e quintile]	Ref.		Ref.		Ref.		Ref.	
]2 ^e quintile ; 3 ^e quintile]	-0,019	0,130	0,004	0,650	-0,009	0,057	-0,006	0,192
]3 ^e quintile ; 4 ^e quintile]	-0,007	0,590	-0,001	0,899	-0,007	0,145	0,000	0,960
]4 ^e quintile ; 95 percentile]	-0,055	0,000	-0,017	0,114	-0,009	0,096	-0,011	0,054
]95 percentile ; 5 ^e quintile]	-0,090	0,000	-0,054	0,001	-0,023	0,014	-0,011	0,251
Non renseigné	-0,010	0,397	0,002	0,792	-0,005	0,302	-0,002	0,651
<i>Score de précarité</i>								
0 (aucune dimension de précarité)	Ref.		Ref.		Ref.		Ref.	
1	0,065	0,000	0,058	0,000	0,022	0,004	0,000	0,980
2	0,153	0,000	0,104	0,000	0,054	0,000	0,017	0,019
3	0,215	0,000	0,131	0,000	0,074	0,000	0,045	0,000
4	0,339	0,000	0,210	0,000	0,142	0,000	0,076	0,000
5	0,389	0,000	0,262	0,000	0,166	0,000	0,086	0,000
6	0,486	0,000	0,311	0,000	0,189	0,000	0,144	0,000
7 et au-delà	0,571	0,000	0,395	0,000	0,252	0,000	0,217	0,000
<i>Couverture complémentaire</i>								
CMU-C	Ref.		Ref.		Ref.		Ref.	
<i>Privée</i>								
Très bonne	-0,029	0,176	-0,038	0,016	-0,007	0,396	0,007	0,509
Bonne	0,040	0,021	0,015	0,243	0,004	0,553	0,024	0,004
Moyenne	0,113	0,000	0,085	0,000	0,014	0,070	0,028	0,003
Mauvaise	0,198	0,000	0,131	0,000	0,036	0,000	0,050	0,000
<i>Sans couverture</i>								
Choisi	0,115	0,002	0,078	0,006	0,009	0,535	0,049	0,010
Subi	0,361	0,000	0,223	0,000	0,085	0,000	0,119	0,000
NSP	0,171	0,000	0,043	0,104	0,011	0,454	0,105	0,000
NSP	0,103	0,000	0,056	0,000	0,017	0,012	0,033	0,000
Probabilité observée	0,158		0,099		0,043		0,035	
Probabilité prédite au point moyen	0,119		0,069		0,023		0,021	
Pseudo R2	0,167		0,138		0,148		0,136	

5. Discussion - Conclusion

Cet article proposait d'étudier, à partir d'exploitations transversales et longitudinales de plusieurs vagues de l'enquête ESPS, les déterminants individuels du renoncement aux soins pour raisons financières et ses conséquences sur l'évolution de l'état de santé. Les résultats montrent, d'une part, que le renoncement aux soins pour raisons financières est avant tout expliqué par les difficultés économiques des patients et par l'assurance, c'est-à-dire par le niveau de reste à charge laissé au patient et, d'autre part, que ces renoncements ont un effet causal sur la dégradation à quatre ans de l'état de santé perçu.

Cette étude souligne ainsi l'existence d'importants renoncements liés à l'existence de barrières financières à l'accès aux soins. Ces derniers constituent ainsi un problème de santé publique, parce qu'ils touchent une part importante de la population, parce qu'ils sont concentrés dans certains groupes sociaux et, parce qu'au final, ils affectent significativement l'état de santé.

D'un point de vue méthodologique, cette étude souligne l'intérêt de l'indicateur de renoncement pour l'analyse des inégalités d'accès aux soins, puisqu'il permet de mettre directement en évidence des iniquités horizontales de consommation de soins. De plus, le gradient très fort entre renoncement et précarité montre l'intérêt du renoncement comme dimension d'analyse de la précarité sociale elle-même.

De manière cohérente avec les résultats des quelques études qui ont mis en évidence l'effet du volume de soin consommé et de la diminution de reste à charge sur la santé des populations à risque et les plus modestes (Newhouse, 1993 ; Couffinhal *et al.*, 2002 ; Finkelstein *et al.*, 2011), cette analyse suggère que

la présence de reste à charge est un facteur de risque pour la santé et que la gratuité des soins permettrait d'améliorer l'état de santé, en particulier, au sein des populations les plus modestes qui sont les plus susceptibles de renoncer à des soins. À ce titre, les dispositifs tels que la CMU-C semblent efficaces pour lutter contre les inégalités d'accès aux soins pour raisons financières et plus globalement de santé. En effet, toutes choses égales par ailleurs, les bénéficiaires de la CMU-C déclarent significativement moins de renoncement que les personnes non couvertes par une assurance complémentaire, ainsi que celles qui ne jugent pas « très bons » les remboursements de leur assurance complémentaire. Cependant, notre étude montre que le dispositif ne gomme pas les différentiels de recours liés à la situation sociale, en particulier, à la précarité.

Cette approche des questions d'accès aux soins basées sur le renoncement nous apparaît ainsi éclairante pour l'analyse du système de soins ambulatoires français, où les soins de ville sont dispensés contre paiement à l'acte. Dans un tel système, la régulation de la demande est traditionnellement envisagée selon des mécanismes de partage des coûts entre assureur et patient, comme le ticket modérateur. Or, il a été montré que le partage des coûts est médicalement aveugle, c'est-à-dire que la contrainte financière qu'il engendre s'applique à tous les biens médicaux, essentiels ou non. De plus, dans le cas français, le processus est fortement altéré, d'une part, par la présence de dépassements qui ne répondent pas du tout à une logique de régulation par partage des coûts, d'autre part, par la présence d'une assurance complémentaire, qui exonère en partie la grande majorité de la population de la charge du ticket modérateur public et détourne le faisceau de la contrainte publique sur une minorité de personnes défavorisées.

Un prolongement utile de ce travail pourrait consister en l'analyse de l'impact du renoncement sur les consommations de soins futures. Cela permettrait de compléter l'analyse en discutant la rationalité économique, pour le système de soins lui-même, des outils de rationnement des soins basés sur des barrières financières.

*Les usages sociaux du corps**

1. La dimension sociale des comportements corporels

S'il fallait définir le modèle auquel s'apparentent aujourd'hui la sociologie et l'ethnologie du corps, on ne pourrait sans doute trouver meilleur paradigme que celui du « colloque interdisciplinaire », lieu de rencontre fictif et abstrait où se rassemblent pour un temps, autour d'un même domaine du réel ou d'un problème social perçu et désigné comme tel par la conscience commune, des spécialistes venus des disciplines les plus différentes. Parce que son objet d'études est seulement désigné sans être systématiquement construit, la sociologie du corps paraît s'enfermer dans les débats et les querelles qui concernent la définition même de son champ d'application, et se contente souvent de poser, dans des termes qui ne sont pas loin de rappeler ceux du droit et plus particulièrement du droit international, la question de ses relations avec les autres disciplines réductible à la question du partage des terrains conquis ou de la gestion des zones d'influence ou encore prétend se fonder sur la volonté de procéder à la synthèse des différentes sciences du corps, solution qui n'est pas sans lien elle aussi avec la logique régissant les relations entre états et qui rappelle, par son caractère utopique et par l'idéologie pragmatique qui lui est sous-jacente, les efforts des organismes internationaux pour concilier verbalement (c'est-à-dire en effaçant artificiellement les différences) les intérêts les plus divergents¹.

* Nous remercions P. Bourdieu à qui ce travail doit ses principales idées directrices et dont les conseils et les suggestions nous ont été très utiles pendant la rédaction de cet article.

1. La science du corps serait alors définie, à la façon de l'océanographie, « par la juxtaposition de disciplines diverses s'appliquant à un même domaine du réel ». Cf. P. BOURDIEU, J.-C. CHAMBEREDON, J.-C. PASSERON, *Le métier de sociologue*, Mouton-Bordas éd., Paris, 1968, p. 51, ouvrage auquel on se reportera pour l'ensemble de cette analyse.

Ainsi, les variations de la consommation médicale des différentes classes sociales, dont l'analyse constitue l'argument de ce travail ou, si l'on préfère, sert d'introduction à l'analyse de la culture somatique des différentes classes (à laquelle on pourrait tout aussi bien accéder en prenant pour point de départ un grand nombre d'autres entrées possibles, soit, par exemple et pêle-mêle, les techniques de soins corporels, les pratiques sexuelles, la gestualité ou les utilisations ludiques du corps) ne sauraient trouver leur explication ni dans une simple analyse économétrique des consommations des différentes classes, ni dans une évaluation (d'ailleurs sans doute impossible à réaliser pratiquement) des besoins physiques des membres de chaque classe en matière de soins médicaux, ni même dans une description purement objectiviste ou behavioriste du traitement ou du régime (au sens où l'on parle du régime d'un moteur) auquel le corps est quotidiennement soumis dans les différentes classes sociales : de telles explications sont vouées à rester partielles parce qu'elles oublient que les déterminismes sociaux n'informent jamais le corps de façon immédiate par une action qui s'exercerait directement sur l'ordre biologique mais sont relayés par l'ordre culturel qui les retraduit et les transforme en règles, en obligations, en interdits, en répulsions ou en désirs, en goûts et en dégoûts.

2. *La consommation médicale*

S'agissant de rendre compte des variations observées dans la consommation médicale des différentes classes sociales¹ dont on sait qu'elles ne sont que faible-

1. P. BOURDIEU, *Un art moyen, essai sur les usages sociaux de la photographie*, Éditions de Minuit, Paris, 2^e éd. 1970, pp. 22-23.

2. L'analyse présentée ici, repose principalement, premièrement sur une série de recherches de terrain : observations de consultations médicales (n = 70), interviews de médecins (n = 30),

ment liées aux différences de revenu¹, on tend souvent à réduire, au moins de façon implicite, le « besoin médical » à un « besoin primaire » qui, directement subordonné aux exigences du corps, tendrait, en l'absence d'obstacle d'ordre économique (comme le prix du service médical), écologique (comme l'éloignement des équipements médicaux) ou technique, à apparaître dès qu'apparaît la maladie et à se satisfaire dès qu'il apparaît. Or, la simple mise en relation de deux indicateurs grossiers, soit le quotient ajusté de mortalité pour 1 000 à trente-cinq ans par catégorie socio-professionnelle comme indicateur de « l'usure physique » des membres de chaque classe² et la consommation médicale en francs par personne et par an selon la catégorie socio-professionnelle, comme indicateur de la morbidité exprimée et donnant lieu à des soins³ fait voir que l'écart entre le risque sanitaire encouru par les sujets sociaux et les moyens sanitaires qu'ils mettent en œuvre pour se prémunir contre ce risque est très inégal dans les différentes classes sociales. Plus précisément, ce rapprochement montre, premièrement, que les différences dans le comportement sanitaire des membres des différentes classes sociales sont beaucoup plus fortes que ne le laisserait supposer la seule prise en compte de la consommation médicale, un même niveau de consommation n'ayant pas la même signification lorsqu'il est le fait de catégories sociales dont les membres ont des chances de vie inégales (ainsi, par exemple, la consommation médicale presque identique chez les cadres supérieurs, les cadres moyens et les employés doit être rapportée, pour prendre tout son sens, aux chances de vie, c'est-à-dire *mutatis mutandis* au degré d'usure physique inégal des membres de ces catégories); deuxièmement que l'écart entre le « risque sanitaire » encouru par les membres de chaque classe et l'importance de la morbidité qu'ils expriment et des soins médicaux qu'ils consomment croît régulièrement et fortement quand on passe des cadres supérieurs aux cadres moyens, aux employés, aux patrons de l'industrie et du commerce, aux ouvriers, aux agriculteurs, aux ouvriers agricoles. Si l'on sait, en outre, que la part relative dans la consommation médicale de la pharmacie prescrite par le médecin ou des examens de laboratoires ordonnés par lui ne varie que faiblement en fonction de la catégorie socio-professionnelle, on peut voir dans la consommation en « actes de médecin » ou, si l'on préfère, dans la fréquence du recours au médecin selon la classe sociale

interviews centrés sur les pratiques sanitaires et les comportements corporels (n = 150), etc.; deuxièmement, sur l'analyse secondaire des principales enquêtes statistiques, publiées ou inédites, réalisées depuis dix ans environ dans la plupart des domaines qui intéressent la sociologie du corps. Ces différents travaux avaient essentiellement pour fonction de rendre possible la construction d'un corps d'hypothèses que l'on se propose de soumettre ultérieurement à vérification par le moyen d'une enquête statistique sur un échantillon national.

1. Cf. notamment S. SANDRIER, « L'influence des facteurs économiques sur la consommation médicale », *Consommation*, (XIII), 2, 1966, pp. 71-94 et L. KARAIMSKY, « L'influence de la Sécurité sociale sur les dépenses médicales des exploitants agricoles », *Consommation* (XIII), 2, 1966, pp. 95-102.

2. L'étude menée au Centre d'Hygiène Appliquée « Doria » de Marseille sous la direction du professeur Desanti sur dix-sept mille assurés sociaux et dont l'objet était de déterminer, au moyen de bilans de santé, le degré d'usure ou de vieillissement de sujets âgés de quarante-cinq à cinquante ans montre que les différents groupes sociaux professionnels se hiérarchisent de façon sensiblement identique selon qu'on les classe par ordre de mortalité croissante ou par ordre « d'usure physique » croissante soit : Enseignants, cadres supérieurs, cadres moyens, employés, patrons, ouvriers, manœuvres (cf. *Compte rendu, d'activité pour 1968*).

3. La morbidité ressentie et exprimée varie d'une catégorie socio-professionnelle à l'autre dans le même sens que la consommation médicale et croît régulièrement quand on passe des exploitants agricoles aux petits indépendants, aux ouvriers, aux « autres salariés ». Cf. M. MAGDELAINE, A. et A. MIZRAHI, G. RÖSCHE, « Un indicateur de la morbidité appliqué aux données d'une enquête sur la consommation médicale », *Consommation*, (XIV), 2, 1967, pp. 3-42.

le principal indicateur de l'intensité du « besoin médical » ressenti par les membres de chaque classe ou plus précisément, de l'intensité avec laquelle les membres de chaque classe perçoivent et tolèrent leurs sensations morbides (cf. tableau 1).

Tout se passe, en effet, comme si la perception des sensations morbides était inégalement acérée dans les différentes classes sociales ou plutôt comme si des sensations similaires faisaient l'objet d'une « sélection » ou d'une « attribution » différente et étaient éprouvées avec une plus ou moins grande intensité selon la classe sociale de ceux qui les éprouvent. Ainsi, pour ne prendre qu'un exemple, les sensations qui suivent l'absorption d'un repas riche en féculents et en graisses paraissent faire l'objet d'une attribution très différente selon la classe sociale, la part des individus qui les sélectionnent et les attribuent à la classe des sensations morbides — sensations de « lourdeur », de « mal au cœur », de « nausées », « d'assoupissement », et « d'encombrement », etc. — plutôt qu'à celle des sensations euphoriques de la réplétion digestive — sensations d'être « calé », d'être « rempli », de « reprendre des forces », etc. — croissant régulièrement quand on passe des classes populaires aux classes supérieures comme en témoignent par exemple les opinions sur la digestibilité des graisses ou de la viande (cf. tableau 2).

On ne saurait tenir pour négligeable la sensibilité aux impressions digestives si l'on sait, premièrement que, après les « maladies aiguës saisonnières » (grippes, angines, etc.) les « affections digestives » constituent le second motif de consommation pharmaceutique des particuliers et représentent 20 % de l'ensemble des motifs invoqués par les consommateurs de soins médicaux¹ et, deuxièmement, que les « troubles fonctionnels » siègent dans la majorité des cas (56 %) au niveau de l'appareil digestif où ils s'expriment à travers des symptômes tels que gastralgies, troubles dyspeptiques, constipations, diarrhées, dyskinésies biliaires, etc.². La classe des « maladies fonctionnelles » ou plutôt des « malades fonctionnels » n'a de définition que négative : elle réunit parmi l'ensemble des sujets qui ont une morbidité ressentie et présentent des symptômes au médecin tous les malades chez qui le médecin, avec ses procédés d'investigations habituels, ne peut déceler de lésion organique. Aussi la propension aux « maladies fonctionnelles » est-elle d'abord le signe d'une aptitude à surinterpréter les messages du corps, c'est-à-dire à percevoir, sélectionner et attribuer à la classe des sensations morbides des sensations que d'autres individus ne perçoivent pas ou auxquelles ils ne prêtent pas attention, bref, d'une aptitude à opérer la transformation de la sensation en symptôme. Or, les « malades fonctionnels », qui constituent une fraction importante de la clientèle du médecin et dont la part relative dans l'ensemble des malades traités par les praticiens s'accroît, semble-t-il, rapidement se rencontrent essentiellement, selon les médecins interrogés, chez les cadres, les membres des professions intellectuelles et des professions libérales (55 %) et secondairement, dans les classes moyennes parmi les employés (26 %) et les instituteurs (17 %)³. Parce que les malades fonctionnels

1. M. et C. MAGDELAINE, J. L. PORTOS, « La Consommation pharmaceutique des Français », *Consommation*, (XIII), 3, 1966, pp. 1-34.

2. *Les malades fonctionnels*, enquête réalisée par « Orthométrie et Information » (Laboratoires Roches), Ronéo, Paris, 1969.

3. Sur un échantillon représentatif de 235 praticiens, 42 % déclarent avoir dans leur clientèle de 10 % à 30 % de fonctionnels et 58 % de 30 % à 85 % (« Les malades fonctionnels », *op. cit.*). La part du diagnostic de « troubles fonctionnels » sur l'ensemble des diagnostics opérés par un échantillon de médecins a enregistré, entre 1963 et 1966, un taux d'accroissement de 82 % (cf. « La consommation des médicaments », *Prospective et Santé publique*, ronéo, Paris, 1970. (Résultats fournis par l'analyse périodique des diagnostics et des prescriptions effectués par un pannel de médecins : pannel DOREMA.)

se définissent par la distance entre les symptômes présentés au médecin, c'est-à-dire les symptômes exprimés verbalement par le malade, et les symptômes ou signes physiques dont la découverte est le résultat de l'intervention du médecin et exige la mise en œuvre de techniques spécifiques, la part des malades fonctionnels varie comme l'aptitude à verbaliser les sensations morbides et peut-être plus généralement les sensations corporelles, aptitude qui est très inégalement répartie dans les différentes classes sociales : alors que, en réponse aux questions de l'enquêteur qui les interroge sur les principales maladies dont ils ont souffert au cours des dernières années, les membres des classes supérieures et à un moindre degré des classes moyennes produisent une description détaillée et structurée des modifications de leur état morbide, les membres des classes populaires, malhabiles à livrer ce qu'on imaginerait être leur « expérience vécue » de la maladie se contentent, le plus souvent, de renvoyer à l'enquêteur ce qu'ils ont retenu du discours du médecin ou encore de décrire ce que le médecin leur a fait. De même, en présence du médecin et en réponse à la question qui inaugure l'interrogatoire médical « où avez-vous mal ? », les malades des classes populaires ne se plaignent souvent que de « douleurs » non localisées ou de « faiblesse » généralisée comme s'ils étaient incapables — pour parler comme les médecins — de « décrire correctement leur état » ou de « comprendre les questions les plus simples », bref, de présenter au médecin des symptômes clairs, intelligibles et signifiants, c'est-à-dire ces symptômes auxquels la médecine accorde du sens parce qu'elle les a reconnus, catalogués et décrits.

3. La compétence médicale

Si l'aptitude à entendre, identifier et exprimer les messages corporels varie comme l'aptitude à les verbaliser et croît quand on passe des classes populaires aux classes supérieures, c'est que les sensations morbides ne possèdent pas l'exorbitant privilège, que leur accorde souvent le sens commun, de s'exprimer sans langage : la perception et l'identification des sensations morbides, « acte de déchiffrement qui s'ignore comme tel »¹ et qui, à ce titre, exige un apprentissage spécifique ou diffus, implicite ou conscient², sont d'abord fonction du nombre et de la variété des catégories de perception du corps dont dispose le sujet, c'est-à-dire de la richesse et de la précision de son vocabulaire de la sensation et de son aptitude, socialement conditionnée, à manipuler et à mémoriser les taxinomies morbides et symptomatiques. En effet, le langage qui sert à exprimer les sensations morbides et, d'une manière générale, à parler de la maladie constitue l'expérience que les sujets sociaux ont de la maladie en même temps qu'il l'exprime³. Mais, loin d'appartenir au fonds commun de la langue à la façon des taxinomies morbides en usage dans les sociétés sans écriture, les taxinomies morbides et symptomatiques qui

1. P. BOURDIEU, « Éléments d'une théorie sociologique de la perception artistique », *Revue internationale des sciences sociales*, (20), 4, 1968, pp. 589-612.

2. Sur l'apprentissage culturel de la perception des sensations physiques, cf. R. MELZACK, « The Perception of Pain », *Scientific American*, (204), 2, 1961, pp. 41-49. Cf. aussi la description que donne O. S. BECKER du processus d'apprentissage social qui rend seul possible l'identification des sensations procurées par l'usage de la marijuana (in *Outsiders*, The Free Press, Glencoe, 1963, pp. 41-57).

3. Cf. notamment B. L. WHORF, *Linguistique et Anthropologie*, Denoël éd., Paris, 1969 et E. CASIRER, « Le langage et la construction du monde des objets », dans *Essais sur le langage*, Éditions de Minuit, Paris, 1969, coll. « Le sens commun », pp. 36-68.

ont cours dans une société possédant une culture savante, c'est-à-dire les taxinomies dont la connaissance permet seule l'identification, l'expression et, dans une large mesure, la perception des symptômes auxquels les médecins accordent valeur et qui pourvus, en quelque sorte, d'une fiche signalétique, constituent la classe des symptômes légitimes, sont le produit de la médecine savante : aussi leur mémorisation et leur manipulation exige-t-elle un apprentissage qui, s'il ne s'accomplit totalement que par le moyen de l'enseignement systématique et spécifique que l'institution scolaire procure aux médecins, peut se réaliser partiellement et pratiquement par le moyen d'une familiarisation progressive et diffuse, de sorte que les sujets sociaux en auront une maîtrise plus ou moins complète selon qu'ils disposent plus ou moins des moyens matériels et culturels de leur appropriation¹.

La familiarisation avec les taxinomies morbides et symptomatiques d'origine savante et l'acquisition de nouvelles catégories de perception du corps sont, pour l'essentiel, le résultat de la fréquentation du médecin qui constitue aujourd'hui le principal agent de diffusion du vocabulaire médical (et secondairement de la lecture d'articles ou d'ouvrages de vulgarisation médicale). Or, on l'a vu, la fréquence et l'intensité des relations que les malades entretiennent avec le médecin et la qualité du « colloque singulier » croissent quand on s'élève dans la hiérarchie sociale, c'est-à-dire quand diminue la distance sociale entre le médecin et son malade. Ainsi, les membres des classes supérieures qui appartiennent, par définition, à la même classe sociale que leur médecin ou encore au même « milieu », le médecin de famille étant souvent un ami de la famille ou même un membre de la famille, entretiennent avec lui des rapports de familiarité. Ils peuvent déclarer qu'ils sont « en parfait accord avec leur médecin », ou « qu'avec lui le dialogue est facile » parce qu'ils parlent le même langage, ont les mêmes « habitudes mentales », utilisent des catégories de pensée similaires, bref ont subi l'influence de la même « force formatrice d'habitudes » qui est en l'occurrence le système d'éducation. A l'opposé, les membres des classes populaires qui sont les plus nombreux, par exemple, à juger l'examen médical trop rapide et à considérer que le fait de consacrer du temps au malade est une des qualités les plus importantes d'un médecin, à estimer que leur médecin ne leur donne pas assez d'explications ou qu'il a tendance à utiliser des mots incompréhensibles, à ne pas parler de leurs problèmes personnels à leur médecin, sont éloignés de lui par la distance sociale qui sépare, en toute éventualité, un membre des classes supérieures fortement scolarisé et détenteur d'un savoir spécifique d'un membre des classes populaires et qui est redoublée ici par la distance linguistique, due aux

1. Si l'on accepte, avec A. WALLACE (« On being just Complicated Enough », *Proceedings of the National Academy of Sciences*, t. 47, 1961, pp. 458-464) de distinguer les taxinomies populaires des taxinomies savantes par cela que les premières, à l'inverse des secondes, sont connues de tous les membres d'une même société et n'exigent pas pour être acquises et manipulées un apprentissage spécifique, on voit bien qu'il n'existe pas, à proprement parler dans nos sociétés, de taxinomies populaires organisées, cohérentes et consciemment manipulées par les sujets sociaux (au moins dans des domaines comme la médecine, la zoologie, la botanique, etc.), mais seulement des taxinomies savantes construites conformément à des règles explicites et manipulées délibérément par les spécialistes (zoologistes, botanistes ou médecins), les sujets sociaux possédant une connaissance plus ou moins complète de ces taxinomies en fonction de la distance sociale qui les sépare du monde intellectuel, c'est-à-dire de leur niveau d'instruction. Il s'ensuit, entre autres conséquences, qu'on ne saurait transposer, sans risque, à l'étude du discours vulgaire sur la maladie que produisent les membres de classes sociales différentes dans une société hiérarchisée et technicienne les méthodes d'analyse componentielle utilisées par les anthropologues dans le domaine de l'ethnoscience.

différences lexicologiques et syntaxiques séparant la langue des classes cultivées de la langue des classes populaires¹ (cf. tableau 3).

Une telle différence de classe et, peut-être surtout, de niveau d'instruction limite considérablement la diffusion du savoir médical au cours de la consultation médicale. En effet, l'asymétrie de la relation malade médecin dans laquelle un des partenaires, le médecin, possède l'avantage stratégique puisque ses fonctions lui donnent la possibilité matérielle et le droit légal de manipuler physiquement et moralement le malade au nom d'un savoir que le malade ignore, croît quand croît la distance sociale entre le médecin et le malade et que décroît corrélativement la force de la stratégie que le malade peut opposer au médecin, c'est-à-dire essentiellement la force du discours que le malade est en mesure d'opposer au « discours fort » du médecin, seul détenteur de l'autorité de la science et de la légitimité médicale. Il s'ensuit que l'information médicale qui se transmet au cours de la consultation médicale est d'autant moins importante (quantitativement et qualitativement) que le malade est situé plus bas dans la hiérarchie sociale, c'est-à-dire que son aptitude à comprendre et à manier la langue savante qu'utilise le médecin et, par conséquent, ses moyens de pression sur le médecin, sont plus faibles : se sentant dispensé de rendre compte au malade de ses faits et gestes, le médecin tend à transformer la relation thérapeutique en une simple imposition d'autorité et à s'abstenir de livrer ou même à tenir cachées les raisons de ses questions, de ses actions et de ses prescriptions. Il faut en effet se garder d'oublier que la relation entre le médecin et le malade est d'abord une transaction commerciale et, à ce titre, un rapport de force : en effet, du fait de la nature même de la marchandise qu'il produit, dont il fait commerce et qui a pour caractéristique principale de tirer toute sa valeur (y compris au sens économique) de la valeur qui lui est reconnue, bref, de sa légitimité et de la rareté de ses producteurs légitimes, le médecin qui vend ses « services » c'est-à-dire ses actes et son discours, ses « conseils » et ses « prescriptions », est contraint de tout faire pour que le malade reconnaisse la valeur de ses « services », accepte son autorité et se plie à sa volonté, mais aussi pour limiter, autant qu'il se peut, le contrôle que le malade serait en mesure d'exercer sur ses actes, enfin pour se prémunir contre le danger d'une appropriation toujours possible pour le malade d'une partie de sa propre compétence et de son propre discours (par exemple la connaissance de signes cliniques, de noms de maladies et de noms de médicaments) qui permettrait au malade de se substituer à lui en certaines occasions et donc de se passer de ses services en devenant « son propre médecin »².

Sachant d'une part que l'émission d'informations médicales au cours de la consultation médicale est d'autant plus faible que le malade est situé plus bas dans

1. Cf. B. BERNSTEIN, « Social Class, Speech Systems and Psychotherapy », *British Journal of Sociology*, (15), 1964, pp. 54-64 et P. BOURDIEU, J.-C. PASSERON, M. DE SAINT-MARTIN, *Rapport pédagogique et communication*, Mouton éd., Paris, 1965, coll. « Cahiers du centre de sociologie européenne », n° 2.

2. Sachant que l'aptitude à s'approprier le discours médical est maximale chez les malades des classes supérieures, on pourrait se demander pourquoi le médecin leur transmet plus d'informations médicales qu'aux membres des autres classes. Cela tient, d'une part, à ce que les malades des classes supérieures peuvent plus aisément que les membres des autres classes (pour les raisons évoquées plus haut) faire pression sur le médecin et obtenir de lui des informations et, d'autre part, à ce que la propension à se passer du médecin est minimale dans les classes supérieures, parce que le « besoin médical » y est le plus fort, mais aussi parce que les membres des classes supérieures, qui ont subi plus longtemps que les membres des autres classes l'action de l'école sont, de ce fait, plus disposés à reconnaître la légitimité de la science médicale et du médecin.

la hiérarchie sociale et d'autre part que l'aptitude du malade à mémoriser de nouvelles taxinomies morbides et à accroître sa compétence médicale est d'autant plus forte qu'il est situé plus haut dans la hiérarchie sociale, on voit que l'effet proprement éducatif de l'acte médical s'exerce avec moins de force auprès de ceux dont la formation ou la transformation exigerait pourtant l'effort d'inculcation le plus systématique et le plus continu. En effet, plus les différences entre le système catégoriel utilisé par le médecin et le système catégoriel utilisé par le malade sont grandes, plus l'assimilation par le malade du discours lacunaire, hermétique et chiffré du médecin, c'est-à-dire la « compréhension » et la mémorisation de ce discours, exigeront un difficile « travail » de réinterprétation ou de « réinvention ». Car la diffusion des connaissances médicales, lorsqu'elle n'est pas rationnellement organisée par l'institution scolaire, s'exerce selon la logique qui régit d'une manière générale les phénomènes d'emprunt culturel : un élément arraché aux ensembles intégrés et cohérents auxquels il appartient ne peut être intégré à la culture préexistante du récepteur qu'au prix de toute une série de réinterprétations si bien que sa transmissibilité est essentiellement fonction de son aptitude à la décontextualisation, les « éléments amovibles » — comme dit Sapir — étant d'abord ceux qui, détachés de leur contexte, gardent encore un sens et peuvent être réinterprétés différemment par les différentes populations réceptrices¹. Ainsi, le discours médical produit en situation d'enquête par les membres des classes populaires, — dont on sait, par ailleurs, qu'il consiste, pour l'essentiel, dans la reproduction du discours tenu par le médecin en leur présence —, est construit tout entier autour de quelques termes empruntés au discours du médecin qui doivent sans doute d'avoir été sélectionnés et mémorisés par le malade à ce qu'ils évoquent par leur racine ou même par leur sonorité des mots de la langue commune auxquels on peut les rattacher par le moyen de la fausse étymologie. L'utilisation par le médecin du terme « ponction » incite, par exemple, le malade des classes populaires à expliquer sa maladie par la présence d'eau dans le corps. Manifestation de ce que C. Bally nomme « l'instinct étymologique »², on rattache ponction à pompage. On croit alors que le malade auquel le médecin fait une ponction, une ponction lombaire, par exemple, est « rempli d'eau », la ponction ayant pour effet de le guérir en le vidant de son trop plein d'eau. D'une manière générale, le « travail » de réinterprétation qu'exigent la « compréhension » et la mémorisation par le malade du discours médical et qui est nécessairement d'autant plus considérable et difficile que le malade est dépourvu de « capital culturel » consiste, pour l'essentiel, à opérer une suite de réductions analogiques des catégories de la médecine savante à des catégories plus générales qui « constamment présentes dans le langage sans qu'elles y soient de toute nécessité explicitées » sont « presque inséparables du fonctionnement normal de l'esprit »³ qu'il s'agisse, par exemple, des catégories de l'espace comme le haut et le bas, l'inté-

1. Cf. R. LINTON, *De l'homme*, les Éditions de Minuit, Paris, 1968, coll. « Le sens commun », notamment pp. 360-380 et E. SAPIR, *Anthropologie*, Les Éditions de Minuit, Paris, 1967, coll. « Le sens commun », vol. 2, pp. 42 et suiv.

2. Cf. C. BALLY, *Traité de stylistique française*, C. Klineksieck éd., Paris, 1951, vol. 1, pp. 32-40. Sur l'étymologie populaire des termes médicaux, cf. aussi, J. VENDRYES, *Le langage, introduction linguistique à l'histoire*, Albin Michel éd., Paris, 1923 (nouvelle édition, 1968, pp. 203-204) et P. GUERAUD, *Le français populaire*, P.U.F., Paris, 1963, pp. 13-29 et 51-77.

3. M. MAUSS, *Œuvres*, Les Éditions de Minuit, Paris, 1967, coll. « Le sens commun », vol. 1, p. 28 et E. DURKHEIM, *Les formes élémentaires de la vie religieuse*, P.U.F., Paris, 1960, p. 13.

rieur et l'extérieur, la droite et la gauche ou encore de catégories de substance comme le maigre et le gros, le doux et le fort, le sec et l'humide¹.

Bref, plus la distance sociale entre le médecin et son malade augmente, moins la mémorisation et la reproduction par le malade des termes savants utilisés par le médecin auront pour résultat de modifier les représentations que le malade a de son corps ou d'accroître le nombre et la diversité de ses sensations corporelles parce que les catégories nouvelles empruntées à la science, en même temps que les mots qui les supportent, seront immédiatement submergées par les catégories plus anciennes et plus générales dont le malade fait un usage courant et qui lui sont familières. Ainsi, s'il est vrai que le besoin médical des sujets sociaux est fonction, au moins partiellement, de leur compétence médicale, le besoin de ceux dont la compétence médicale est la moins forte s'accroîtra moins vite que le besoin de ceux dont la compétence médicale est la plus forte puisque, premièrement, l'accroissement de la compétence médicale est fonction de l'accroissement du recours au médecin qui résulte lui-même de l'accroissement du besoin médical et que, deuxièmement, la fréquentation du médecin accroît d'autant plus la compétence médicale du malade que le malade est situé plus haut dans la hiérarchie sociale (et que, corrélativement, son besoin médical est plus fort), c'est-à-dire qu'il est plus en mesure d'exiger des explications du médecin et de tirer partie de ces explications, de les mémoriser, de les intégrer et de les reproduire. Il s'ensuit que les individus qui, situés au bas de la hiérarchie sociale, possèdent en conséquence le vocabulaire de la sensation le plus sommaire mais aussi le plus archaïque — car le langage des sensations porte en lui les acquis successifs de la science médicale — premièrement ne seront en mesure d'identifier qu'un nombre limité de sensations ou pourront percevoir des sensations inhabituelles sans les tenir pour les signes ou les symptômes de maladies alarmantes et donc, si elles ne sont pas trop intenses, sans leur prêter grande attention²; deuxièmement, éprouveront souvent des sensations qui ne devraient plus exister, c'est-à-dire des sensations dont les médecins d'aujourd'hui contestent la réalité et le bien fondé et que les membres des classes supérieures ou de la frange supérieure des classes moyennes ne sont plus en mesure d'éprouver, comme, par exemple, ces étranges sensations en « points » ou en « boules », « points » dans le dos ou dans les poumons, « boules » dans le ventre ou dans les reins qui reviennent si fréquemment dans le discours médical des membres des basses classes.

1. On dira ainsi que certaines maladies résultent d'un mouvement *vers le haut* ou *vers le bas* d'un organe ou d'un liquide. Par exemple, dans la méningite, « le sang monte à la tête », et dans certaines maladies du tube digestif, l'estomac, les intestins, se décrochent et tombent; ou encore, en recourant aux catégories d'*intérieur* et d'*extérieur*, on imaginera le corps comme une sorte de sac, d'enveloppe, qui aurait une surface extérieure visible, mais aussi, une profondeur, une densité, où s'encastre la maladie conçue alors comme une sorte de corps étranger : on dira alors que la maladie doit sortir pour que le malade guérisse. Ainsi, par exemple, dans la coqueluche il faut « rejeter les glaires », « changer d'air », et « éviter la brume » qui « fait étouffer » et « empêche de sortir quelque chose qu'on a dedans ». (On trouvera une analyse plus détaillée du discours populaire sur la maladie dans L. BOLTANSKI, *La découverte de la maladie*, Ronéo, Centre de sociologie européenne, Paris, 1969.)

2. Cf. M. ZBOROWSKI, « Cultural Components in Responses to Pain », *Journal of social Issues* 8, 1952, pp. 16-30 : plus le niveau d'instruction est élevé (et par-là même la classe sociale), plus on tend à voir dans la douleur le signe ou le symptôme d'une maladie grave. Sur les variations de l'aptitude à reconnaître et identifier les symptômes selon la classe sociale, cf. aussi, S. H. KING, *Perception of Illness and Medical Practice*, Russel Sage Foundation, New York, 1962, pp. 122-127.

4. La culture somatique

Mais rendre compte de l'inégalité du besoin médical dans les différentes classes sociales par les variations de la compétence médicale et par elles seules, c'est oublier que la mise en œuvre de la compétence médicale est elle-même soumise à des règles qui déterminent le degré d'intérêt et d'attention qu'il est convenable de porter aux sensations morbides et peut-être, plus généralement, aux sensations corporelles et au corps lui-même, le degré auquel il est convenable de parler de son corps, de faire part à autrui de ses sensations corporelles et, plus particulièrement, de se plaindre de ses sensations morbides et corrélativement, les seuils d'intensité à partir desquels une sensation doit être tenue pour anormale et être consciemment ressentie, acceptée, exprimée, et déterminer le recours au médecin. Or ces règles ne sont pas identiques dans les différents groupes sociaux. L'intérêt et l'attention que les individus portent à leur corps, c'est-à-dire, d'une part à leur apparence physique, plaisante ou déplaisante, d'autre part, à leurs sensations physiques, de plaisir ou de déplaisir, croît à mesure que l'on s'élève dans la hiérarchie sociale (passant des agriculteurs aux ouvriers, des ouvriers aux employés, des employés aux cadres), et que diminue la résistance physique des individus qui n'est autre que la résistance qu'ils sont en mesure d'opposer à leur corps et leur force physique, c'est-à-dire le parti qu'ils peuvent tirer de leur corps. De telles « règles de bienséance », qui définissent la façon conforme d'accomplir les actes physiques les plus quotidiens, de marcher, de se vêtir, de se nourrir, de se laver, de se maquiller et, pour certains, de travailler, la façon correcte dont doivent se dérouler les interactions physiques avec autrui, la distance que l'on doit maintenir avec un partenaire, la façon dont on doit le regarder, le toucher, les gestes qu'il est convenable d'accomplir en sa présence et cela en fonction de son sexe, de son âge, selon qu'il est un parent, un ami, un étranger, qu'il appartient ou non à la même classe sociale, selon le lieu et l'heure de la journée¹, enfin et peut-être surtout la façon correcte de parler du corps, de son aspect extérieur et des sensations physiques et qui, jamais énoncées de façon explicite et systématique ou sous la forme d'injonctions positives, ne s'expriment verbalement que de manière négative et indirecte à travers le rappel à l'ordre, la moquerie, le dédain condescendant, le mépris ou l'indignation morale forment une sorte de *code des bonnes manières* d'être avec son corps, profondément intériorisé et commun à tous les membres d'un groupe social déterminé. Parce qu'un tel code, largement inconscient, ne s'exprime, comme les codes linguistiques, qu'à travers ses produits, c'est-à-dire dans la pratique de ceux dont il règle la pratique, on ne peut le saisir que par l'observation, l'analyse et la comparaison des pratiques corporelles des membres des différents groupes sociaux de sorte que les règles ainsi reconstruites par simple déduction ne sont que les règles dont il faut postuler l'existence pour rendre compte de l'aptitude des sujets sociaux à produire des comportements spécifiques ou encore qu'il faudrait utiliser si l'on voulait reproduire artificiellement les comportements physiques propres aux membres d'un groupe social particulier. Les règles qui régissent les conduites physiques des individus et qui leur permettent d'adopter dans des situations déjà expérimentées aussi bien que dans les situations nouvelles où ils peuvent être placés, des comportements

1. Cf. E. T. HALL, « Proxemics », *Current Anthropology*, (9), 2-3, 1968, pp. 83-108 et « A System for the Notation of Proxemic Behavior », *American Anthropologist* (65), 5, 1963, pp. 1003-1026; cf. aussi, R. L. BIRDWHISTELL, « Body Motion Research and Interviewing », *Human Organisation*, (11), 1, 1952, pp. 37-38.

conformes à la culture somatique de leur groupe, possèdent un caractère suffisamment général pour s'appliquer à une infinité de cas particuliers. Ainsi, par exemple la règle qui, dans les classes populaires, régit l'expression verbale des sensations corporelles ou, ce qui revient sensiblement au même, l'exhibition visuelle du corps et interdit, sous certaines réserves, de trop parler de son corps ou encore de l'exposer aux yeux d'autrui, s'exprime aussi bien dans les attitudes à l'égard de la maladie et de l'expression des sensations morbides que dans les attitudes à l'égard de la sexualité et de l'expression de la sexualité. Interrogée sur l'importance qu'il convient d'accorder à la sexualité, une ouvrière de vingt-sept ans déclare : « Il y a des choses auxquelles on doit accorder plus d'importance que ça; ça, c'est la nature, on ne doit pas en parler tant. » Une telle « pudeur » (qu'il faudrait se garder de confondre avec un puritanisme pratiqué volontairement et consciemment au nom de principes éthiques ou religieux déterminés) conduit à condamner les allusions explicites à l'acte sexuel, l'exhibition du corps, et peut-être plus généralement, à évacuer la sexualité du discours, si ce n'est entre personnes du même sexe (et dans une certaine mesure du même âge) et sur le mode fortement stéréotypé et routinisé de la plaisanterie ou de la joute verbale.

Parce que la « pudeur » dont on entoure ce qui a trait à la sexualité est particulièrement forte dans le milieu familial et en présence des enfants, on ne peut mieux la saisir qu'en analysant les attitudes à l'égard de l'éducation sexuelle. Tandis que, dans les classes supérieures, qui disposent de la maîtrise du vocabulaire à la fois technique, métaphorique et abstrait conventionnellement utilisé pour parler avec décence de la sexualité, l'éducation sexuelle détient cette sorte de légitimité que lui confèrent l'autorité et la respectabilité de ses prosélytes les plus ardents, médecins, psychologues, enseignants et même ecclésiastiques, elle ne paraît pas avoir conquis son autonomie dans les classes populaires où, faute d'un vocabulaire spécifique et de justifications savantes, on a peine à opérer la distinction entre le discours éducatif sur la sexualité et le discours obscène, et où l'on tend, en conséquence, à ne pas donner spontanément d'informations d'ordre sexuel aux enfants ou même à laisser leurs questions sans réponse. On comprend, dans ces conditions, que les membres des classes populaires qui sont moins opposés au principe même de « l'éducation sexuelle » (à l'exception des agriculteurs) qu'à l'idée de procéder eux-mêmes à cette éducation (comme en témoigne la variation des opinions sur la création de cours d'éducation sexuelle dans les écoles), soient les moins nombreux à considérer que l'éducation sexuelle doit être donnée précocement, à partir de l'âge de six ans ou même de trois ans, c'est-à-dire à un âge où ils considèrent qu'un tel effort éducatif incomberait essentiellement à la famille (cf. tableau 4).

Appliquée aux soins corporels et aux soins de beauté, la même règle de pudeur qui, lorsqu'elle est énoncée, s'exprime plutôt sous la forme éthique (« ce n'est pas convenable ») que sous la forme esthétique (« ce n'est pas joli ») limite strictement les investissements en argent et en temps qu'une femme convenable est censée consacrer à l'ornement et à l'entretien de son corps : les femmes des classes populaires se maquillent moins que les femmes des autres classes et vont beaucoup moins chez le coiffeur. En outre, les variations de la consommation de chaque produit de beauté en fonction de la catégorie socio-professionnelle sont d'autant plus fortes que l'on passe des produits de maquillage aux produits de soin, plus particulièrement, aux produits destinés à soigner et entretenir le corps : les femmes des classes populaires achètent et emploient presque exclusivement des produits (rouge à lèvres, poudre, etc.) dont la fonction est de maquiller le visage et dont l'utilisation, fortement institutionnalisée, est liée aux temps forts de la vie sociale. A l'inverse,

elles n'utilisent que très peu — contrairement aux femmes des classes supérieures — les produits, déodorants, crèmes, « laits » ou dépilatoires, par exemple, qui sont destinés à « soigner » et à « embellir » le corps tout entier et de façon permanente, y compris les parties du corps qui restent habituellement cachées et auxquelles, conformément aux règles qui régissent le rapport au corps dans les classes populaires, il n'est pas convenable de prêter trop fortement attention (cf. tableau 5).

Si les conduites en matière de soins corporels et de soins de beauté sont beaucoup plus directement déterminées par les variables économiques que les conduites sanitaires, il reste que les attitudes à l'égard de la santé et de la beauté sont verbalisées et rationalisées à peu près dans les mêmes termes : ainsi, par exemple, les femmes des classes populaires tracent un portrait presque identique et, également réprobateur, des femmes qui « soignent leur beauté » et « vont chez le coiffeur ou l'esthéticienne » et des femmes qui « surveillent leur santé » et qui « passent leur temps chez le médecin » ; les premières sont « des femmes qui ont le temps et l'argent pour ça », qui « ne travaillent pas », les « femmes du monde qui sont qualifiées pour », les « femmes qui ont les moyens et veulent garder leur ligne » ; les secondes sont « des femmes qui n'ont pas grand-chose à faire », qui ont « toujours mal quelque part », qui ont « le temps de s'écouter ». De fait, les membres des classes populaires qui réprovent celui qui « s'écoute trop » et qui « passe sa vie chez le médecin » et qui valorisent la « dureté au mal », attendent souvent avant de consulter le médecin que la sensation morbide soit devenue d'une intensité telle qu'elle leur interdise de faire un usage normal de leur corps. Il faudrait pourtant se garder de voir dans cette résistance à la douleur et à la maladie la mise en application de principes moraux qui valoriseraient la douleur pour elle-même, le résultat d'une volonté d'ascétisme, d'une adhésion aux règles et aux valeurs d'une *éthique* ascétique comme « système de principes explicites prétendant régler la conduite ». Les membres des classes populaires, dont l'*ethos* ascétique n'est pas explicitement systématisé ni verbalisé et ne se manifeste « qu'à travers la conduite et son style particulier », invoquent très généralement, pour justifier leurs conduites médicales, la pression de la nécessité plutôt qu'une règle morale, un « principe » fermement institué et strictement suivi. Si on refuse de « s'écouter », si on attend la dernière extrémité pour aller « voir le médecin », se « faire opérer » ou « rentrer à l'hôpital », c'est que les contraintes de la vie quotidienne, les contraintes économiquement, interdisent ou rendent pour le moins extrêmement difficile l'abandon des tâches quotidiennes, du travail, du travail physique que l'on exige continuellement du corps. Car l'interdit qui inhibe l'expression des sensations physiques (et par suite leur perception) a pour corollaire la règle positive qui prescrit de faire de son corps en toutes circonstances l'utilisation maximum : en conséquence, l'expérience que les membres des classes populaires ont de leur corps tend à se concentrer dans l'expérience qu'ils ont de leur force physique, c'est-à-dire de leur plus ou moins grande aptitude à faire fonctionner leur corps et à l'utiliser le plus longtemps et le plus intensément possible. Aussi l'idée de force qui exprime l'essentiel d'une représentation mécaniste du corps jamais explicite ni systématisée, constitue-t-elle le principe de cohérence de toute une série d'attitudes indépendantes en apparence. Appliquée par exemple aux conduites alimentaires, la règle qui régit l'activité physique et qui prescrit le mode d'utilisation correct du corps, conduit les membres des classes populaires qui, d'une manière générale, semblent accorder plus d'importance à l'alimentation que les membres des autres classes (ils consacrent plus de temps à la préparation des repas que les membres des autres classes et demeurent à table plus longtemps qu'eux, ils sont les plus nombreux à prendre un casse-croûte

le matin, etc.), à rechercher les aliments tenus pour « nourrissants » et « fortifiants » qui « soutiennent », « tiennent au corps », « remplissent », « calent » ou « ravigotent » et dont l'absorption est censée donner de la vigueur et de la force. Tels sont les pâtes, les pommes de terre, les soupes, les graisses, la charcuterie, les ragoûts, tous ces aliments riches avec lesquels on fait, comme le déclare une ouvrière, la « grosse cuisine »¹. Ainsi, les femmes des classes populaires sont les plus nombreuses à juger les féculents « essentiels à la santé », à utiliser le lard et le saindoux dans la cuisine et à souhaiter augmenter la consommation des matières grasses, à faire souvent des plats de viande à cuisson longue et à déclarer que « la viande est bonne pour la santé parce qu'elle est fortifiante » (cf. tableau 7).

C'est par référence à l'idée de force que l'on peut interpréter aussi les caractères particuliers de la consommation d'alcool dans les classes populaires. Ainsi, s'il est vrai que la proportion de ceux qu'on est en droit de tenir, au nom de critères nécessairement normatifs, pour des « alcooliques », augmente quand on passe des classes supérieures aux classes populaires (comme en témoigne l'accroissement de la consommation quotidienne d'alcool), il n'en reste pas moins que les boissons consommées ne sont pas les mêmes dans les classes populaires et dans les hautes classes, la consommation de vin augmentant considérablement quand on passe des classes supérieures aux classes populaires, alors que la consommation de spiritueux varie en sens inverse. Si l'éthylisme des membres des classes populaires est presque toujours un œnolisme, c'est que, outre qu'il est moins cher, le vin et particulièrement le vin rouge, contrairement aux spiritueux et aux apéritifs, est tenu par les membres des classes populaires pour un aliment nourrissant et fortifiant. Ainsi, alors que la quantité de vin octroyée à un travailleur non manuel est à peu près identique dans les classes populaires et dans les classes supérieures, les membres des classes populaires sont à peu près deux fois plus nombreux que les membres des classes supérieures à considérer qu'il est normal pour un travailleur de force de boire plus d'un litre de vin par jour. Car le vin est par excellence un aliment qui « donne de la force » de sorte que sa consommation, même en quantité

1. Cf. Thi NGUYEN HUU et G. VANGREVELINGHE, « Premiers résultats d'une enquête permanente sur la consommation alimentaire des Français », *Études et conjoncture*, 22^e année, n° 7, juillet 1967, pp. 30-90. Cette enquête permanente (qui porte sur un échantillon national de 10 000 personnes) montre que la consommation des aliments tenus pour nourrissants par les membres des classes populaires, soit par exemple, le pain, les pâtes alimentaires, les légumes secs, les saucisses, etc. croît quand on passe des classes supérieures aux classes populaires tandis que décroît la consommation des aliments réputés « sains » et « légers » comme les grillades, les salades, etc. On ne peut se contenter de voir, dans ces différences, les résultats directs des contraintes économiques : des groupes dont le revenu est à peu près identique soit, par exemple, les ouvriers (dont le revenu moyen par ménage était au moment de l'enquête de 15 118 F) et les employés (dont le revenu déclaré était de 16 558 F) ont des consommations alimentaires qui s'organisent de façon nettement différentes; deuxièmement des produits de prix à peu près équivalents sont consommés dans des proportions très inégales dans les différents groupes sociaux. Sans doute n'est-on pas en droit non plus d'expliquer le type de consommation alimentaire des membres des classes populaires uniquement par la « recherche d'aliments riches en éléments énergétiques » due à la « pénibilité du travail physique exercé ». Sur les limites de l'explication des comportements alimentaires en termes purement physiologiques, cf. J. TRÉMOLIÈRES et J. CLAUDIAN, « Apport des études de comportement à la compréhension des facteurs de l'appétit », *Cahiers de nutrition et de diététique*, vol. 1, fasc. 1, pp. 39-51; J. CLAUDIAN, « Ethnologie du jeûne », *Cahiers de nutrition et de diététique*, vol. 1, fasc. 4, pp. 51-64.

assez considérable, ne peut nuire au « travailleur de force » pour qui elle remplace même avantageusement l'absorption d'aliments solides¹ (cf. tableau 9).

La valorisation de l'activité physique et de la force physique qui est corrélative d'un rapport instrumental au corps font que la maladie est ressentie d'abord comme une entrave à l'activité physique et occasionne essentiellement un sentiment de « faiblesse ». Aussi, face au médecin, les malades des classes populaires ne se plaignent souvent que d'un « manque de force », exprimant ainsi leur expérience intime de la maladie. La maladie c'est ce qui enlève sa force au malade, c'est-à-dire ce qui lui interdit de « vivre normalement » et de faire de son corps un usage (professionnel surtout) habituel et familier. Ainsi, pour les membres des classes populaires qui ne prêtent pas volontiers attention à leur corps, qui l'utilisent d'abord comme un outil et qui lui demandent avant toute chose de fonctionner, la maladie se manifestera brutalement parce qu'on n'en a pas perçu les signes avant-coureurs ou qu'on s'est refusé à les percevoir et sera saisie, le plus souvent, sur le modèle de l'accident imprévisible et soudain. A l'inverse, les membres des classes supérieures qui prêtent attention à leur corps et ont une perception aiguë des messages qu'ils en reçoivent, n'établissent pas une différence aussi tranchée entre l'état de santé et l'état de maladie, si bien qu'ils ont tendance à voir dans la maladie une sorte de dégradation longue et insidieuse de la santé plutôt qu'un accident soudain. La maladie a pour eux une histoire, un début souvent invisible, une évolution, une fin, des suites. Elle s'inscrit dans le temps². Aussi les membres des classes supérieures adoptent-ils à l'égard de la maladie une attitude de prévision, soit qu'ils cherchent, dans le présent, les signes avant-coureurs de maladies qui ne se sont pas encore manifestées brutalement, soit qu'ils se soumettent à un certain nombre de règles qui visent à les préserver de l'atteinte de la maladie. On comprend, dans ces conditions, que la part des sujets sociaux qui acceptent de se soumettre aux exigences de la médecine préventive croisse quand on passe des classes populaires aux classes supérieures; comme en témoigne la prise en compte d'un certain nombre d'indicateurs, tels que la présentation régulière des nourrissons au médecin, la tenue d'un carnet de santé pour les enfants ou les opinions sur les visites médicales préventives pour les adultes (cf. tableau 8).

En effet, les règles de conduites auxquelles l'individu doit se plier et dont la réunion forme ce qu'on appelle habituellement la « médecine préventive », sont objectivement porteuses d'une philosophie implicite et exigent de ceux qui doivent les appliquer un certain type d'attitude globale devant la vie et particulièrement face au temps. La médecine préventive requiert des sujets sociaux l'adoption d'une conduite rationnelle face à la maladie qui, réinsérée à titre d'éventualité possible dans un plan de vie, peut alors être maîtrisée ou surmontée par la prévision à long terme. Or, les conditions objectives dans lesquelles se meuvent les membres des classes populaires et, plus particulièrement, l'insécurité économique qui les retient

1. 62 % des ouvriers touchés par une enquête réalisée en 1958 dans la région de Lorient répondent affirmativement à la question : « pensez-vous que le vin nourrisse ? ». 34 % d'entre eux déclarent que le vin peut remplacer d'autres aliments et 32 % qu'un buveur d'eau doit manger plus qu'un buveur de vin. Cf. P. FRÉOUR, M. CERISE, P. COUDRAY, J. CHATON et KERFELEC, « Étude préliminaire à une prophylaxie de l'alcoolisme », *Journal de médecine de Bordeaux*, n° 9, septembre 1958, pp. 937-943.

2. Comme les conduites économiques, les représentations de la santé et de la maladie des membres des classes supérieures et des classes populaires et les conduites sanitaires qui leur sont liées mettent en jeu des types différents d'attitudes face au temps (cf. P. BOURDIEU et L. BOLTANSKI, J.-C. CHAMBOREDON, *La banque et sa clientèle*, Ronéo, C.S.E., Paris, 1963, p. 158).

INTER-SCIENCES

d'adopter dans le domaine économique une attitude de prévision (supposée, par exemple, par la planification à long terme des décisions d'achat) leur impose l'intériorisation d'un *ethos* et d'une attitude à l'égard du temps qui leur interdit, a fortiori, l'adoption d'une telle attitude de prévision face à la maladie. Les membres des classes populaires ne peuvent réinsérer la maladie dans une temporalité parce que la maladie est justement pour eux ce qui interrompt le temps, ce qui coupe inutilement le déroulement normal de la vie et oblitère l'avenir tout entier, ce sur quoi on n'a pas de prise, bref une catastrophe économique et familiale à laquelle on n'ose même penser.

6. Les besoins physiques

Seul le détour par le rapport que les individus entretiennent avec leur corps permet de rompre avec la théorie naturaliste des besoins et des fonctions qui sous-tend souvent, quoique de façon implicite, l'analyse économétrique de la consommation et qui porte à voir dans chaque consommation particulière, ici la consommation médicale, l'expression directe d'un besoin spécifique préexistant, ici le « besoin sanitaire », sorte de besoin primaire dont la nature serait identique dans tous les temps et dans tous les groupes et dont l'économètre se condamne à postuler implicitement l'existence lorsque, ayant choisi d'étudier coup par coup chaque consommation particulière, il ne peut l'expliquer que par les variations de l'intensité du besoin particulier dont elle est censée être l'actualisation. Une telle théorie implicite interdit d'apercevoir, premièrement, le caractère spécifique des conduites sanitaires (mais aussi, par exemple, alimentaires, ou sportives) des membres de chaque classe sociale et, deuxièmement, l'espèce « d'affinité » qui existe entre l'ensemble des comportements physiques propres aux individus d'une même classe (et a fortiori d'en rendre compte) parce qu'elle se prive, délibérément, du principe générateur et unificateur des conduites qui est *l'habitus* corporel des membres d'un groupe comme système des règles profondément intériorisées qui, sans jamais être exprimées en totalité ni de façon systématique, organise implicitement le rapport des individus d'un même groupe à leur corps ¹ et dont l'application à un grand nombre de situations différentes permet la production de conduites physiques différentes et différemment adaptées à ces situations mais dont l'unité profonde réside en ce qu'elles restent toujours conformes à la culture somatique de ceux qui les réalisent.

C'est à condition d'apercevoir que la consommation médicale et les conduites sanitaires sont des terrains d'application du système des schèmes implicites, régissant le rapport que les individus entretiennent avec leur corps, que l'on accède au principe d'explication qui permet de rendre compte des différences de consommation médicale des membres des différents groupes sociaux mais aussi, au moins partiellement, de l'évolution dans le temps de ces consommations. Car les différences qui, comme on l'a vu, séparent sous le rapport de *l'habitus* corporel, les membres des classes populaires des membres des classes supérieures, ou les hommes des femmes, semblent reproduire d'une certaine façon, l'évolution dans le temps du rapport des sujets sociaux à leur corps ² : ainsi le système des conduites physiques (donc des conduites sanitaires) qui est aujourd'hui encore dominant dans les classes populaires, particulièrement chez les hommes, tend à apparaître de moins en moins souvent et de moins en moins complètement à mesure qu'on se rapproche de la frange inférieure des classes moyennes, alors que le système des conduites physiques qui trouve sa réalisation la plus accomplie dans les classes supérieures, particulièrement chez les femmes, tend à se diffuser très rapidement et à s'imposer à un nombre de plus en plus grand d'individus, notamment dans les classes moyennes.

1. Sur la notion d'*habitus* corporel, cf. P. BOURDIEU, « Célibat et condition paysanne », *loc. cit.*

2. Il semble bien, en effet, que les positions respectives, sous le rapport de *l'habitus* corporel, des différentes classes sociales aujourd'hui reproduise l'évolution dans le temps de la relation que les individus ont entretenue avec leur corps. Ainsi, les travaux des historiens qui se sont intéressés à l'évolution des pratiques corporelles montrent l'accroissement continu depuis le XVIII^e siècle de l'attention et de l'intérêt portés au corps (cf. notamment l'ensemble des travaux réalisés par le groupe réuni autour de la revue *Annales* et publiés régulièrement sous la rubrique « vie matérielle et comportement biologique »).

Études & Résultats

DIRECTION DE LA RECHERCHE, DES ÉTUDES, DE L'ÉVALUATION ET DES STATISTIQUES



JUILLET
2017
NUMÉRO
1018

L'essor des modèles prédictifs dans les systèmes de santé internationaux

Aux côtés des modèles qui s'appuient notamment sur le génome pour essayer de prévoir la survenue de pathologies précises chez un individu, des modèles prédictifs d'événements relatifs au système de soins, tels que l'hospitalisation non programmée ou l'entrée dans un établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes, se développent depuis une décennie au niveau international.

Dans ces modèles, un score de risque est associé à chaque individu. Ce score décrit la probabilité que l'événement modélisé ait lieu. Cette information permet ensuite au système de santé de réagir en mettant en place les actions nécessaires pour retarder ou éviter sa survenue.

En favorisant l'identification d'individus comparables en matière de risque de santé, elle est aussi précieuse pour évaluer les organisations de soins et de services. Un usage des modèles prédictifs de coûts pour allouer des ressources aux assureurs et aux organisations des soins s'est également développé, notamment au Royaume-Uni et aux États-Unis.

Les développements récents des technologies de l'information favorisent la constitution de bases de données de plus en plus riches et complètes sur l'état de santé et la consommation sanitaire de millions d'individus. De telles informations détaillées permettent d'élaborer des modèles statistiques qui constituent des outils importants d'aide à la décision pour les acteurs des systèmes de santé. Longtemps, les modèles statistiques dans le domaine de la santé étaient limités à la prise en compte des seuls facteurs démographiques (âge et sexe). Or, aujourd'hui les sciences de l'information et la constitution de bases de données médico-administratives exhaustives permettent de complexifier et de raffiner les modèles, favorisant ainsi l'émergence de nouveaux leviers de régulation : modes de rémunération innovants, profils plus précis des établissements, actions ciblées sur les patients, etc. Depuis dix ans, on observe au niveau international un développement important de ce champ de la recherche appliqué aux modèles prédictifs.

Définition et performance des modèles prédictifs en santé

Dans les modèles prédictifs, le principe est toujours le même : décrire la probabilité qu'un individu connaisse l'événement redouté, qu'il s'agisse d'une admission hospitalière en urgence, de la perte d'auto-

David Bernstein, Emin Agamaliyev (DREES)

nomie fonctionnelle (dépendance), ou de la probabilité de devenir très consommateur de soins, à 30 jours, 6 mois ou 1 an.

Ils peuvent ainsi être classés en trois catégories, selon l'événement prédit :

- les modèles d'hospitalisation : qui déterminent la probabilité de connaître une hospitalisation (ou une ré-hospitalisation) non programmée dans une période donnée (le plus souvent un an, mais parfois 30 jours ou 3 mois) ;
- les modèles de perte d'autonomie : qui définissent la probabilité de perdre son autonomie/d'être transféré en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD)/de devenir très consommateur d'aide à domicile dans l'année ;
- les modèles de coûts : qui indiquent la probabilité de devenir très consommateur de soins dans l'année.

Cependant, leur construction est limitée par le type d'informations dont dispose le système de santé qui souhaite les développer. Les variables explicatives qui entrent en ligne de compte dans le modèle varient donc selon ce système. Par exemple, les systèmes anglais et suédois n'enregistrent pas systématiquement au niveau individuel la consommation médicamenteuse en soins primaires tandis que leurs recueils de diagnostics sont de meilleure qualité. En revanche, aux États-Unis, les modèles prédictifs incluent souvent la consommation médicamenteuse et les codes diagnostics hospitaliers. La multimorbidité, toujours déterminante dans ces modèles, est prise en compte de façon variable, selon les informations disponibles. Les versions les plus abouties de ces modèles trouvent leur force dans le chaînage des données de consommation de soins et des données cliniques de premier recours, hospitalières, et médico-sociales. Dans certains cas des facteurs de risque (obésité, tabagisme...), des variables socio-économiques sont intégrées. L'intérêt des facteurs de risque ou des variables socio-économiques est largement reconnu, notamment pour certaines maladies comme le cancer, le diabète... La difficulté subsiste quand ces informations ne sont pas structurées et reposent seulement sur de petits échantillons.

À noter également que ces modèles s'appuient sur des groupes de pathologies construits à partir des codes diagnostics (hospitaliers seuls ou également ambulatoires) ou/et des consommations médicamenteuses. Or, il existe une multitude de méthodes de regroupement des codes diagnostics. Aux États-Unis notamment, des équipes universitaires ou du secteur privé (assureurs, gestionnaires de soins...) ont développé des algorithmes pour créer ces groupes (*risk grouper*). Une analyse comparative du pouvoir prédictif des modèles a été effectuée dans le cas américain par R. Winkelman *et al.* (2007). Ils comparent les modèles de consommation de soins construits à partir des différents groupes de risque qui mobilisent des données hospitalières, éventuellement complétées par des données du secteur ambulatoire, et/ou les consommations médicamenteuses. Le pouvoir prédictif des modèles des consommations

de soins est relativement modeste, entre 25 % et 30 % pour les plus performants (tableau).

Les modèles prédictifs de l'hospitalisation (ou de la ré-hospitalisation) des individus montrent une meilleure performance, les valeurs prédictives positives (VPP) variant entre 50 % et 80 % (encadré 1). Pour certaines pathologies, par exemple les maladies cardio-vasculaires, les VPP sont particulièrement performantes pouvant atteindre jusqu'à 85 %.

Un vaste champ d'application pour les modèles prédictifs

Les expériences internationales montrent que le spectre d'application est très large : allocation des ressources, amélioration des parcours de soins et réalisation d'études et d'évaluations (schéma).

Leur principe de base est de hiérarchiser les patients et de cibler ceux présentant la plus forte probabilité de réalisation du

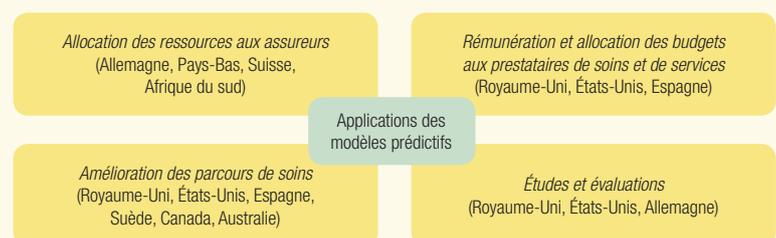
TABLEAU

Performance des modèles prédictifs américains

Développeur du modèle	Groupes de risque	Données mobilisées	Performance du modèle (R ²) (en %)
Université de John Hopkins	Clinique (ACG – <i>adjusted clinical groups</i>) + consommations médicamenteuses (\$Rx)	Âge/sexe, diagnostics hospitaliers, ambulatoires, consommations médicamenteuses	25,4
3M	Clinique (CRG – <i>clinical risk group</i>)	Âge/sexe, diagnostics hospitaliers et ambulatoires	20,5
Université de Californie	Clinique, invalidité (CDPS – <i>chronic disability payment system</i>)	Âge/sexe, diagnostics hospitaliers et ambulatoires	24,6
Verisk	Clinique (DxCG – <i>diagnostic cost groups</i>) + médicament (Rxgroup)	Âge/sexe, diagnostics hospitaliers, ambulatoires, prescriptions médicamenteuses	27,1
Symmetrie/Ingenix	Épisode de soins (ERG – <i>episode risk groups</i>) + médicament (PRG – <i>pharmacy risk groups</i>)	Âge/sexe, diagnostics hospitaliers, ambulatoires, prescriptions médicamenteuses	26,5
IHCIS/Ingenix	Impact pro (<i>Impact pro</i>)	Âge/sexe, diagnostics hospitaliers, ambulatoires, prescriptions médicamenteuses	27,2

SCHÉMA

Types d'application des modèles prédictifs selon les pays



ENCADRÉ 1 Méthodologie

Les modèles prédictifs en santé ont recours à plusieurs techniques statistiques. La régression linéaire est souvent utilisée pour prédire la dépense de santé des individus, en général pour l'année suivante. La régression logistique est appliquée pour prédire la probabilité des individus d'être hospitalisés ou de perdre leur autonomie au cours d'une période donnée (souvent à 30, 90 jours ou l'année suivante). La performance de ces modèles est appréciée par plusieurs indicateurs dont, notamment, la sensibilité, la spécificité, la valeur prédictive positive (VPP) et la valeur prédictive négative (VPN). La sensibilité mesure la capacité à prévoir correctement les cas positifs (en l'occurrence l'hospitalisation de l'individu), la VPP donne le pourcentage de cas positifs prévus par le modèle et qui sont en réalité positifs. La spécificité est mesurée par le nombre de cas négatifs que le modèle prévoit correctement (non-hospitalisation de l'individu), la VPN correspond au pourcentage des cas négatifs prévus et qui sont en réalité négatifs.

À côté de ces méthodes statistiques usuelles, des techniques de « big data » (*machine learning*) sont mobilisées pour le développement des modèles prédictifs. Ce sont essentiellement des méthodes de partitionnement fondées sur des arbres de décision et des réseaux de neurones. L'avantage principal des arbres de décision tient à la relative facilité d'application et d'interprétation des résultats. Leur inconvénient réside dans l'instabilité de ces modèles : de faibles modifications dans les données peuvent avoir des conséquences importantes dans la structure de l'arbre final. L'approche des forêts aléatoires consiste à faire tourner un nombre important d'arbres de décision construits à partir de la base initiale. Cette approche permet de stabiliser les arbres de décision et de classer les variables selon leur pouvoir prédictif. Les techniques de réseaux de neurones ont un fort pouvoir prédictif. Néanmoins l'interprétation des résultats issus de ces méthodes et leur mise en pratique peuvent se révéler complexes.

risque étudié. Il s'agit donc de précieux outils d'aide à la décision pour les régulateurs et les praticiens. Leur capacité prédictive permet, en particulier, de passer d'une logique réactive à une prise en charge préventive. Cependant, appliquer les modèles prédictifs à des patients pour les soigner nécessite que les données utilisées soient nominatives ou, au moins, qu'il soit possible d'identifier la personne. L'usage à des fins d'études et d'évaluations se développe également. Il vise à assurer la juste comparabilité des organisations de soins et des territoires en tenant compte des différences de morbidité entre les individus.

Les modèles allemand et néerlandais pour l'allocation des ressources aux assureurs

L'usage d'un modèle prédictif pour l'allocation des ressources aux assureurs est relativement ancien. Il est utilisé comme méthode d'ajustement au risque en Allemagne, en Suisse, aux Pays-Bas et en Afrique du Sud.

Depuis 1996, en Allemagne, des méthodes d'ajustement au risque sont ainsi utilisées afin de calculer les allocations des caisses d'assurance maladie publique qui couvrent environ 90 % de la population. L'assurance maladie publique est essentiellement financée par des cotisations proportionnelles aux revenus et qui ne dépendent pas de l'état de santé des personnes. Ces

sommes alimentent un fonds qui reverse ensuite les montants aux caisses selon le profil de risque de leurs assurés. Un système de péréquation des risques est ainsi mis en place, qui permet de moduler les budgets alloués aux caisses selon les caractéristiques de leurs assurés. Ce système s'appuie sur une méthode d'ajustement au risque. Celle-ci prend en considération l'âge, le sexe, la morbidité mesurée par les données hospitalières et ambulatoires et l'invalidité afin d'élaborer une classification en 80 groupes homogènes d'assurés.

Aux Pays-Bas, une méthode similaire est utilisée pour allouer les montants aux compagnies d'assurances. Depuis la réforme de 2006, qui a rendu l'assurance maladie obligatoire pour tous, c'est le fonds national d'ajustement au risque qui collecte et répartit ces montants entre les compagnies d'assurances. Le système vise à mettre les compagnies d'assurances en concurrence pour accroître leur efficacité tout en évitant les effets de sélection des individus. Celle-ci est d'ailleurs interdite (les questionnaires médicaux à l'adhésion ne sont pas autorisés et une compagnie ne peut refuser une personne qui souhaite souscrire un contrat). Les informations sur l'âge, le sexe, les revenus individuels et du ménage, la région, les diagnostics hospitaliers, la consommation médicamenteuse sont incluses dans le modèle néerlandais.

Rémunérer et allouer des budgets aux prestataires de soins et de services : les modèles anglo-saxon et américain

Au Royaume-Uni, le *Practice Based-Commissioning*, un système d'allocation des ressources aux cabinets de médecins généralistes, a été proposé au début des années 2000. Une étape importante a été franchie en 2007 par le développement des modèles *Person-Based Resource Allocation* (PBRA) qui sont mobilisés pour un ajustement des budgets selon le niveau de risques des personnes. Depuis avril 2013, les cabinets de médecine générale sont obligés de se constituer en réseaux de soins responsables de la santé de la population de leur localité. Ces réseaux sont appelés *Clinical Commissioning Groups* (CCG). Ils sont composés essentiellement de cabinets de la localité, mais leur conseil d'administration doit inclure des représentants des médecins hospitaliers, des professionnels paramédicaux et des associations de patients de la région. Le territoire anglais est actuellement découpé en 211 unités, chacune gérée par une trentaine de cabinets de médecine générale, pour la prise en charge d'environ 226 000 personnes chacune. Ces nouvelles structures en réseau sont responsables de la planification et de l'achat de la majorité des services de santé pour le compte de leur localité, dont les urgences, les hospitalisations programmées, les maternités et la santé publique. En 2015, le *National Health Service* (NHS) a délégué 72 milliards de livres à ces structures, soit environ 60 % de son budget. L'objectif de cette politique résolument décentralisatrice est de favoriser la coordination, voire l'intégration des acteurs locaux, en donnant aux médecins des leviers économiques et administratifs. Ces structures doivent avoir pour premières missions la constitution de parcours de soins intégrés (*Integrated Clinical Pathways*). C'est dans ce contexte que le NHS a décidé d'obliger les CCG à se doter d'outils prédictifs pour stratifier leur population. Le NHS publie divers guides et recueils de bonnes pratiques afin que les CCG partagent les méthodologies et les actions à mettre en œuvre.

Aux États-Unis, à la fin des années 1980, le concept de *Managed Care Organization* (MCO) s'est développé. Celui-ci prévoit qu'une organisation des soins en réseau doit améliorer la coordination et ainsi réduire les dépenses de santé tout en améliorant leur qualité. Les prestataires de soins sont rémunérés par un forfait prospectif annuel (une capitation) selon certains contrats de Medicare, Medicaid et de compagnies d'assurances privées. Ce forfait est ajusté en fonction de l'âge, du sexe, du statut Medicaid (si le patient est éligible à la fois à Medicare et à Medicaid), de la morbidité, d'un éventuel handicap, ainsi que de la nature du lieu de résidence (EHPAD, par exemple).

Adoptée en 2010, la loi *Patient Protection and Affordable Care Act* (pour la protection des patients et des soins abordables), plus connue sous le nom d'Obamacare, prévoit la création des *Accountable Care Organizations* (ACO). L'ACO est un groupement de prestataires des soins (primaires, hospitaliers et autres prestataires de soins) travaillant en mode collaboratif pour fournir des soins coordonnés de qualité. Les ACO sont responsables à la fois des coûts et de la qualité des soins prodigués aux patients. Au premier trimestre 2016, 838 ACO couvrent environ 28 millions de personnes, soit environ 9 % de la population américaine. Les prestataires de soins, membres des ACO, continuent pour la plupart à être rémunérés à l'acte, bien qu'un budget virtuel soit calculé en fonction des dépenses observées des patients faisant partie des ACO. Pour accroître la responsabilité financière, les modèles ACO prévoient des mécanismes de partage des économies (*shared savings*) en cas de réduction du budget initial et de partage de risque (*shared risk*) dans certains contrats (pénalités en cas de dépassement du budget). Certains contrats ACO prévoient une rémunération à la capitation, partielle ou totale. Dans ce cas, l'ACO porte entièrement la responsabilité financière des dépenses qu'elles soient en hausse ou en baisse. Comme pour le MCO, les modèles prédictifs sont utilisés pour ajuster la capitation selon le risque de santé des individus. Ce type de contrats reste néanmoins très minoritaire dans l'ensemble des contrats ACO. Une nouvelle génération des modèles ACO associe également des objectifs de

qualité mesurés par 33 indicateurs, contribuant aux montants finaux payés aux ACO. Les leviers financiers sont ainsi censés, via la contractualisation, créer des incitations suffisantes pour une meilleure prise en charge de la patientèle des ACO.

Des modèles prédictifs pour améliorer les parcours de soins

Les modèles prédictifs constituent des outils importants pour mettre en place les parcours tenant compte du risque de santé des individus. Aujourd'hui, la plupart des actions de prévention des hospitalisations ont lieu tardivement. C'est souvent à l'issue d'un premier épisode hospitalier que les patients sont inclus dans des programmes de prévention spécifiques et que les services médico-sociaux sont mis à contribution. Or, l'enjeu réside dans la prévention de la séquence d'hospitalisation tout entière. Ainsi, inclure des patients dans un programme de prévention sur le seul critère du risque avéré, c'est-à-dire quand l'épisode d'hospitalisation a eu lieu, est bien moins efficace que des critères s'appuyant sur le risque émergent.

Depuis 2006, le Royaume-Uni développe des modèles prédictifs pour identifier les patients à risque d'hospitalisation ou de ré-hospitalisation. Le premier modèle a d'abord concerné les réadmissions hospitalières à un an, *Patients at Risk of Re-hospitalisation* (PARR), puis les admissions hospitalières à un an, *Combined Predictive Model* (CPR). À la différence du modèle PARR qui utilise seulement les données hospitalières, le modèle CPR combine les données hospitalières et les codes cliniques des médecins généralistes. Plus récemment, l'appariement des données du NHS avec celles des services sociaux des municipalités a permis de développer un modèle de probabilité de perte d'autonomie dans l'année. Pour prévenir les admissions et réadmissions évitables les programmes similaires ont également été développés au Canada et en Australie.

Ces modèles sont mis en œuvre dans les différents programmes du NHS ayant pour objectif la réduction des recours aux hospitalisations non programmées ou des réadmissions. Dans ce cadre, le NHS a mis en place les programmes d'« hôpital virtuel » (*virtual ward*). Un programme

multidisciplinaire de prise en charge sanitaire et sociale, visant à éviter les recours aux hospitalisations non programmées, se fonde précisément sur le modèle prédictif CPR pour en sélectionner les bénéficiaires. De plus, le niveau d'attention portée par les équipes à un patient dépend de son profil de risque d'hospitalisation (cinq niveaux de complexité différents). Les plus à risque peuvent bénéficier d'hospitalisation à domicile préventive par des équipes pluridisciplinaires incluant le médecin généraliste, l'infirmière, le pharmacien, le travailleur social, l'ergothérapeute et, si besoin, un spécialiste. L'idée du programme a été reprise non seulement dans d'autres localités d'Angleterre, mais aussi dans plusieurs États du Canada et dans la ville de New York.

En Suède, certaines régions se servent de modèles prédictifs d'hospitalisation pour déterminer à quelles personnes âgées fragiles les infirmières des centres de santé communautaires doivent rendre visite en priorité dans la localité.

Le NHS du pays de Galles a aussi créé un service d'information aux médecins généralistes qui fournit une liste hiérarchisée de leurs patients par ordre de probabilité d'hospitalisation : le *Welsh Predictive Risk Service* (service gallois du risque prédictif). Ce tableau de bord doit permettre aux médecins généralistes, aux infirmières et aux gestionnaires de cas (*case managers*) du cabinet d'identifier les patients les plus à risque et de prendre les dispositions adéquates.

Au Pays basque espagnol, les modèles prédictifs ont été mobilisés pour sélectionner des patients dans divers programmes de gestion des maladies chroniques (*disease management*) et allouer des infirmiers aux fonctions avancées aux cas les plus complexes.

Aux États-Unis, dans le cadre de leur gestion du risque, les assureurs utilisent souvent des modèles prédictifs, qu'ils développent eux-mêmes ou achètent auprès de prestataires. Ils servent en particulier à recruter les assurés dans des programmes de gestion des maladies chroniques (*disease management*) ou dans des prises en charge plus intenses et personnalisées pour les assurés les plus à risque, avec des gestionnaires de cas (*case management*). Plus récemment, les ACO appliquent

les modèles prédictifs pour identifier les patients à risque élevé qui nécessitent une prise en charge personnalisée. En général, selon le type de besoins, elles acquièrent les modèles prédictifs auprès de prestataires, mais quelques-unes ont adapté ou développé leurs propres modèles prédictifs en intégrant parfois des informations qui ne figurent pas dans les données médico-administratives.

Dans un contexte où les établissements de santé sont de plus en plus incités à mieux organiser l'aval des hospitalisations, ils ont eux aussi intérêt à cibler les patients les plus risqués. Aux États-Unis, où des pénalités financières ont été instaurées en cas de ré-hospitalisations excessives, on voit désormais des établissements investir dans des dispositifs de télésurveillance postopératoire, salarier des infirmières et des gestionnaires de cas responsables des parcours de soins post-hospitaliers. Or, ces ressources coûteuses ne pouvant être allouées à chaque patient à sa sortie, les établissements adoptent des modèles prédictifs de ré-hospitalisation pour identifier les bénéficiaires de ces dispositifs innovants.

Les modèles prédictifs au service des études et des évaluations

En tenant compte des différences de morbidité entre les individus, et en limitant ainsi les biais, les modèles prédictifs permettent de comparer de manière plus équitable les territoires et les organisations de soins. Il s'agit là de la fonction traditionnelle de la standardisation des données pour assurer une juste comparabilité entre des entités dont les profils de patients diffèrent. Désormais, les taux d'hospitalisation des malades chroniques ou les taux de réadmission sont considérés comme des indicateurs habituels de performance des systèmes de santé. Or, pour comparer correctement les indicateurs entre des organisations ou des territoires, le recours aux profils de risque prédits est préconisé et permet de tenir compte des différences intrinsèques de propension à recourir aux soins.

À l'échelle internationale, les modèles prédictifs sont de plus en plus mobilisés dans le cadre de l'évaluation des nou-

velles prises en charge : télémédecine, programmes spécifiques de prise en charge des patients ayant des maladies chroniques, nouvelles organisations... En particulier, la constitution des groupes témoins (qui représentent ce qu'aurait été la situation des groupes traités ou des groupes d'intervention, en l'absence de traitement) peut faire appel à ces modèles. Si plusieurs méthodes existent pour créer les groupes témoins, le but ultime est toujours le même : obtenir un groupe de contrôle ayant le plus de caractéristiques similaires avec le groupe d'intervention, avant le démarrage de l'intervention. Lors de la sélection des groupes témoins, les évaluations s'efforcent donc de reproduire le profil de risque du groupe d'intervention. Au Royaume-Uni, il est désormais devenu courant d'utiliser les scores de risque lors de la constitution de groupes de contrôle pour l'évaluation de nouvelles organisations, qu'il s'agisse d'actions de prévention pour personnes âgées ou de télémédecine. Ainsi, les modèles prédictifs de recours à l'hospitalisation non programmée sont utilisés dans le cadre de l'évaluation des programmes sur les nouvelles organisations de prise en charge des personnes âgées. Les valeurs prédictives positives (VPP) de ces modèles varient entre 45 % et 55 %. Les groupes témoins sont sélectionnés en

fonction du score de risque mais aussi selon les autres variables, comme la proportion de personnes âgées, de femmes, le nombre moyen d'admissions *via* les urgences...

Aux États-Unis, les modèles prédictifs sont utilisés pour les évaluations de la performance des ACO dans le cadre des programmes de partage des économies de Medicare. Les scores de risque sont calculés à la fois pour les bénéficiaires des ACO et les autres, avant et après les contrats ACO. L'objectif est de pouvoir disposer de profils de risque similaires entre les patients ACO et les autres.

D'abord limitée aux États-Unis au début des années 1990, la recherche autour des modèles prédictifs s'est pratiquement généralisée dans les pays développés. Depuis quelques années, le stade de la recherche a été dépassé et les systèmes de santé utilisent désormais concrètement ces outils pour divers usages mentionnés ci-dessus.

Grâce à la richesse des données médico-administratives du système national des données de santé (SNDS) [encadré 2], le système de santé français paraît bien placé pour développer de tels modèles et amplifier les chantiers d'amélioration déjà lancés sur les parcours de santé et leurs évaluations. ■

ENCADRÉ 2

Le système national des données de santé (SNDS)

Le décret n° 2016-1871 du 26 décembre 2016 relatif au traitement de données à caractère personnel dénommé Système national des données de santé (SNDS) est entré en vigueur le 1^{er} avril 2017. Il ouvre le droit aux organismes habilités à exploiter à des fins de recherche et développement des données médico-administratives. Géré par la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS), ce système comprendra à l'horizon 2019 diverses sources de données :

- les données de l'Assurance maladie (base du système national d'information inter-régimes de l'Assurance maladie [SNIIRAM]) ;
- les données des hôpitaux (base du programme de médicalisation des systèmes d'information [PMSI]) ;
- les causes médicales de décès (base du Centre d'épidémiologie sur les causes médicales de décès [CépiDC] de l'Inserm) ;
- les données relatives au handicap (en provenance des Maisons départementales des personnes handicapées [MDPH], données de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie [CNSA]) ;
- un échantillon de données en provenance des organismes d'Assurance maladie complémentaire.

Les deux premières catégories de données sont déjà disponibles et constituent la première version du SNDS. Le chaînage de ces diverses bases devrait permettre d'analyser finement les mécanismes à l'œuvre dans le système de santé français, en particulier d'observer les parcours des patients dans les soins de ville, à l'hôpital, et dans une certaine mesure dans le champ médico-social.

DOSSIER

Les prénoms

(53 pages)

1 – La transmission d’un bien symbolique : le prénom, Jean-Claude Sangoï, *Terrain*, n°4, 1985, p. 70-76 – extraits (6 pages).

2 – Les enfants de Michel et Martine Dupont s’appellent Nicolas et Céline, Guy Desplanques, *Économie et statistique*, n°184, 1986, p. 63-83 – extraits (14 pages).

3 – Peut-on donner n’importe quel prénom à ses enfants ?, *Le Monde*, 25 janvier 2018 (2 pages).

4 – Un classique peu conformiste : *La Cote des prénoms*, François Héran, *Revue européenne des sciences sociales*, Tome XLII, n°129, 2004, p. 159-178 – extraits (9 pages).

5 – Les prénoms, révélateurs des discriminations du bac, *Le Monde*, 7 juillet 2016 (2 pages).

6 – Prénom et ressemblance. Appropriation symbolique des enfants, économie affective et systèmes de parenté, Bernard Vernier, in *Adoptions. Ethnologie des parentés choisies*, Agnès Fine (dir.), Paris, Éditions de la MSH, 1998, p. 97-119 – extraits (4 pages).

7 – La nomination de l’enfant dans les familles franco-maghrébines, Jocelyne Streiff-Fénart, *Sociétés contemporaines*, n°4, 1990, p. 5-18 – extraits (5 pages).

8 – Le choix du prénom chez les Hmong au Laos puis en France. Diversité, complexification et processus d’individuation, Jean-Pierre Hassoun, *Revue française de sociologie*, n°36, 1995, p. 241-271 – extraits (7 pages).

Jean-Claude Sangoi

La transmission d'un bien symbolique : le prénom

Bas-Quercy 1750-1872

Pagination originale : p. 70-76



- 1 La plupart des recherches historiques et anthropologiques sur les familles rurales en domaine occitan ont fait ressortir l'importance d'un type particulier de morphologie familiale : la « famille-souche », fondée sur la liberté du père, chef de maison, de choisir dans sa descendance un héritier appelé à lui succéder après une période de cohabitation dépendante, les autres enfants étant dotés et exclus de la succession. En place dans les montagnes pyrénéennes depuis le Moyen Âge, elle semble se généraliser en Gascogne, Provence et dans la plus grande partie de la zone occitane au XVI^e siècle¹. Ce type de famille paraît encore dominant au XIX^e siècle dans l'Ouest occitan, en Gévaudan, en Rouergue et en Bas-Quercy, région sur laquelle portent mes propres recherches.
- 2 Un certain type de morphologie familiale entraîne-t-il ou non un système particulier de transmissions sociales ? Telle est la problématique du groupe de recherche auquel j'appartiens². Comment s'opèrent les transmissions symboliques au sein des lignées, question difficile que pour ma part j'ai abordée en historien démographe, en analysant la transmission d'un bien symbolique par excellence, celle des *prénoms*. Je disposais pour mener cette recherche d'un important corpus, après l'étude démographique de trois communes de l'actuel département du Tarn-et-Garonne (Labarthe, Molière, Vazerac) sur une période de cent vingt ans (1751-1872)³. Les 16 880 naissances ou baptêmes reclassés dans leurs familles m'ont permis de rechercher les règles de prénomination des enfants. Deux publications récentes sur la question avaient d'ailleurs ouvert des voies méthodologiques très intéressantes⁴.
- 3 Chaque individu hérite à la naissance d'un patronyme, quelquefois d'un surnom de maison. Mais il hérite aussi d'un prénom qui le distingue dans sa fratrie tout en le reliant à d'autres membres de sa parenté. Ce prénom selon le catéchisme du concile de Trente « doit être le nom de quelqu'un qui ait mérité par l'excellence de sa piété et de sa fidélité pour Dieu, d'être mis au nombre des saints ». Or, malgré la multitude des saints honorés, on voit qu'un nombre très restreint d'entre eux sont utilisés comme noms de baptême. La faiblesse des stocks de prénoms dans les populations anciennes a été observée dans toutes les études. Dans mes villages du Bas-Quercy, de 1750 à 1870, cinq prénoms seulement forment les trois quarts du corpus masculin (Jean, Antoine, Pierre et à un moindre degré François et Guillaume), cela pendant la quasi-totalité de la période considérée ; près du tiers des hommes s'appelaient Jean. Est-ce en raison

d'une dévotion particulière envers ces saints, ou bien plutôt parce que la dation des noms répond à des règles particulières ?

Parrains, marraines et transmission des prénoms

- 4 En effet, on sait par les attestations des ethnographes, ainsi que par les études statistiques menées par les historiens démographes, que le filleul recevait le jour de son baptême le prénom de son parrain, la filleule celui de sa marraine ; cela dans la quasi-totalité des pays de la chrétienté dès le XVI^e siècle (et peut-être même avant).
- 5 Le jour du baptême, le parrain et la marraine se substituaient aux parents ; ils présentaient l'enfant à Dieu et à la communauté des chrétiens. Au nom du baptisé, ils promettaient fidélité. Et ils lui donnaient un prénom. Une parenté spirituelle s'instaurait donc entre parrains et enfants. Quelques obligations pratiques en découlaient, parfois difficiles à assumer (du moins pour les pauvres). Ainsi Marie Gaillard, une célibataire journalière-fileuse de lin habitant Fronton, qui se retrouve enceinte (1826). Discutant avec une voisine, elle dit : « Je dois être marraine. Si ma belle-sœur fait un garçon, il me faudra lui faire un serre-tête de l'une de mes coiffes et si c'est une fille il me faudra lui acheter une coiffe. » La voisine traduit ainsi les propos de Marie : « ... l'entretien des garçons coûte bien moins que l'entretien des filles et elle ajouta que si c'était une fille elle la noyerait, et que si c'était un garçon elle le garderait (...) »⁵. La marraine prenait soin de son filleul, s'inquiétait de sa santé, faisait office de seconde mère. Voici les paroles de la jeune Marguerite Caminade rapportées par un juge d'instruction dans une affaire de meurtre : « ... Elle tint sur les fonts baptismaux l'enfant... que comme marraine elle allait le voir tous les jours... (trouvant l'enfant malade) le témoin lui observa (à la mère) que peut-être son lait n'était pas bon qu'elle devrait le faire allaiter par quelqu'autre... »⁶.
- 6 Le choix des parrains par les parents revêtait donc une extrême importance. Le problème ne se posait pas pour les filles-mères. Quelquefois, la matrone qui avait procédé à l'accouchement ou l'officier de santé portait l'enfant sur les fonts baptismaux. Le 5 août 1764, le jeune enfant de Marie Lamothe reçut le baptême à l'église de Vazerac, entouré par Jean Laporte, chirurgien juré, et Marguerite Dumas, son épouse. Souvent, des voisins acceptaient le parrainage. La meunière Anne Lespinasse faisait bien remarquer à Marguerite Senegoux, une future mère célibataire, qu'elle ne pourrait compter sur sa famille et qu'elle serait bien contente de trouver une voisine : « Je lui demandai si elle n'était pas grosse... je lui soutins qu'elle ne disait pas la vérité et lui demandai en badinant si elle me ferait marraine... »
- 7 La coutume de donner le prénom du parrain ou de la marraine au filleul ou à la filleule est si générale qu'elle concerne 90 % des naissances dans nos villages quercinois. Proportion énorme qu'on a observée dans d'autres aires géographiques y compris dans le Nord de la France. La parenté spirituelle ne présenterait pas un caractère spécifique dans le Sud, malgré la morphologie bien particulière des structures familiales.
- 8 Puisque la parenté spirituelle explique le système de transmission des prénoms, on comprend qu'il faille connaître les critères qui présidaient au choix des parrains et marraines par les couples mariés.

Choix des parrains et marraines

- 9 Ce choix était extrêmement codifié, tout au moins dans les familles rurales. Aussi loin historiquement que l'existence des registres paroissiaux nous permet de le vérifier (dans l'Europe rurale), les parents choisissent les parrains de leurs enfants dans la parenté proche, en commençant par les grands-parents, puis par les oncles et tantes. Mais ce choix doit, pour chaque enfant, respecter la symétrie des branches, paternelle et maternelle. Si le parrain est choisi du côté paternel, la marraine l'est du côté maternel, ou *vice versa*.
- 10 Les enquêtes contemporaines auprès des personnes âgées de villages ruraux montrent l'importance du respect de la symétrie. « Il fallait en prendre un de chaque côté, ça c'était sacré ! » Cette règle de l'équilibre des branches est une manière « d'affirmer symboliquement l'égalité entre les deux lignées, celle de l'homme et celle de la femme au sein de l'alliance. Alors que le nom de famille se transmet de manière patrilinéaire (le patronyme), la transmission des prénoms par le biais des parrains et marraines consacre la bilatéralité du système de filiation »⁸.

- 11 Cette affirmation se fait à tour de rôle pour chacun des enfants qui naît lorsqu'on ne donne qu'un prénom à l'enfant. C'est en fonction de son sexe qu'une des deux branches transmettra le prénom.
- 12 Mais cela peut se réaliser en la personne du même enfant par l'utilisation des prénoms composés. En 1782, un couple de bourgeois, Antoine Rolland (avocat à Molières) et Marthe Gaches, eurent un onzième (et dernier) enfant : une fille. Le parrain fut un parent maternel, le noble Alphonse Durieu de Rives ; la marraine, une cousine paternelle habitant Cahors, Marie Anne Besse de la Roumigièrre. Suivant la règle, la marraine donna son prénom à la filleule (Marie Anne) mais un troisième prénom fut ajouté : Alphonsine. L'alliance entre les deux familles se trouvait ainsi renforcée et les tensions évitées. Cela présentait aussi l'avantage d'enrichir le patrimoine des prénoms en y intégrant ceux de la lignée utérine.
- 13 On comprend dès lors tout l'intérêt de l'attribution de plusieurs prénoms. Elle permet d'étendre les significations et de multiplier les intentions. Elle pouvait satisfaire des dévotions personnelles et permettait de « jouer » avec les possibilités. Or, la coutume d'utiliser des prénoms composés est l'apanage des couches sociales les plus élevées.

Le prénom composé, classificateur social

- 14 On constate, en Bas-Quercy, la présence à l'intérieur de la paysannerie, de groupes sociaux différenciés. Bien que liés étroitement à la terre, ces groupes présentaient des niveaux de fortune et de vie distincts. Celui des possédants (nobles, bourgeois, laboureurs du XVIII^e siècle, propriétaires cultivateurs du XIX^e siècle) vivait des ressources tirées des biens fonciers possédés. Les cultivateurs pauvres n'avaient pas assez de terre, ils recouraient au mercenariat (domestiques journaliers) ou complétaient leurs maigres ressources par un travail artisanal. Les métayers (appelés bordiers) ont été intégrés dans cet ensemble. Les artisans forment le troisième groupe. De 1770 à 1830, 15 à 20 % des possédants donnent à leurs enfants des prénoms composés, tandis que 10 % seulement des artisans et 6 % des cultivateurs pauvres le font. Est-ce à dire que le petit enfant qui reçoit plusieurs prénoms à la naissance est héritier non seulement de biens matériels de ses parents, mais aussi d'un bien immatériel plus étendu puisqu'il rappelle à la fois ses liens avec son parrain *et* sa marraine ? Cette pratique passe du groupe social le plus élevé aux autres groupes par imitation. Les artisans adoptent en plus grand nombre cette marque de distinction (16 % en 1830-1839, 32 % en 1840-1849), tandis que les cultivateurs pauvres restent beaucoup plus longtemps à l'écart de ce mouvement. Le modèle noble tel qu'on peut l'observer au XVIII^e siècle s'étend peu à peu aux autres groupes sociaux permettant à chaque naissance à la fois d'affirmer l'équilibre des lignées et de jouer subtilement avec les règles. Le souci d'équilibre est patent en 1791 chez les d'Escayrac-Testas de Folmont qui venaient d'avoir une fille. Antoine Montagut de Favols, oncle maternel, et Jeanne Gabrielle Sophie Boissy, apparentée au père, la portèrent à l'église. L'enfant se prénomma Jeanne Gabrielle Antoinette. Equilibre nuancé dans le cas suivant. Le 27 mars 1787, un cinquième accouchement se produisit chez les nobles moliérains Durieu de Reilhac : une quatrième fille arriva. Le parrain en fut Charles Claude Barthélemy de Reilhac, lieutenant des vaisseaux du roi et oncle maternel ; la marraine Marguerite de Villefranche, épouse de Jean-Baptiste de Gros, Seigneur de Perroudil, tante paternelle. Leur filleule s'appela Charlotte Claudine Marguerite. L'équilibre des lignées était préservé mais le parrain fut privilégié. Pour quelles raisons ? Les parents ont-ils voulu compenser un déséquilibre précédent ?
- 15 Donner plusieurs prénoms permettait également d'accroître le réseau d'alliances. A Vazerac, le 27 août 1777, Raymond Dessaux, cordonnier, et Marguerite Lautard eurent une fille comme sixième et dernier enfant. La marraine fut Elizabeth Cougoulou, épouse de Bertrand Rey, un autre cordonnier du village ; le parrain, Guillaume, le fils des précédents. La fille se nomma Elizabeth Bertrande. Ainsi se trouvait particulièrement honoré un confrère et affirmés des liens d'amitié au sein de cette profession.
- 16 Le 22 juillet 1759, le notaire Simon Boussac et Marie Granger choisirent pour parrainer leur garçon Bertrand Dezes, professeur en droit à Toulouse, et Jeanne Marie Labat, épouse de Jean Pierre Brian, également professeur à l'université de Toulouse. Le prénom du bébé fut Bertrand Pierre. Grâce à ce procédé, la famille Boussac renforçait sa puissance au sein de la communauté

villageoise. Ses relations privilégiées avec la brillante société de la grande ville lointaine lui donnaient du prestige. Dans les milieux sociaux privilégiés, on voit quels jeux subtils permet l'utilisation du nom composé.

- 17 L'observation de la régularité de certaines pratiques éclaire celles qui sont atypiques. Dans certains cas, l'équilibre des lignées n'est pas respecté : les parrains et marraines étant pris systématiquement du même côté. C'est généralement le signe d'une inégalité sociale entre les deux branches. On choisit pour ses enfants la protection de la lignée la plus prestigieuse. Ou encore, on sort de son groupe social et de sa parenté, en sollicitant le parrainage de personnes riches et influentes. Ainsi, le 2 janvier 1758, naquit un garçon chez Pierre Sabatié, notaire à Nevèges. Le parrain fut un oncle paternel, Antoine ; la marraine, une noble voisine, Françoise Célestine d'Escayrac. L'enfant ne reçut pas le prénom de son oncle, mais le second prénom masculinisé de sa prestigieuse marraine : Célestin. Le souci d'honorer une amie avait paru plus important que la gestion des prénoms du patrimoine familial.
- 18 Voici de même une famille modeste de « sergers » (fabricants de serges) carillonneurs, les Bernard Périé - Anne Arnal. En 1773, une deuxième fille vit le jour. Les parents sollicitèrent des nobles moliérains : Jordi Lefranc (un parent de Lefranc de Pompignan) et sa sœur Françoise. Ces personnes haut placées n'allaient-elles pas assurer la protection de l'enfant ? Les Lefranc acceptèrent mais ne vinrent pas à l'église, déléguant leurs pouvoirs à deux de leurs domestiques. La fille se prénomma Guillaume (prénom de la servante-marraine remplaçante), Jordiette (prénom féminisé du parrain absent). Les Périé étaient-ils les employés plus ou moins directs des Lefranc ? N'y avait-il pas des liens économiques ?

Parrains et parents

- 19 Si le parrain ne peut refuser le parrainage sollicité par les parents et doit s'incliner devant la volonté de « ceux qui le font parrain », les parents doivent en revanche se plier aux exigences des parrains quant au choix du prénom. Je n'ai pu encore mener d'enquêtes de terrain sur ce point, mais cela apparaît nettement dans le vocabulaire même des personnes âgées interrogées par A. Fine en Pays-de-Sault⁷. Si le parrain ne transmet pas son propre prénom il peut « exiger » (*sic*) un prénom de son choix. « Ça, c'est sa marraine qui l'a voulu » est-il souvent indiqué lorsqu'un prénom n'appartient pas au stock familial. L'exigence du parrain peut porter sur le nombre des prénoms à donner. « Lorsqu'on m'a fait parrain, j'ai exigé que l'enfant porte exclusivement mon nom, je n'en ai pas voulu d'autres », exigence si véhémement que le petit-neveu du parrain la rapporte aujourd'hui intacte dans son souvenir ! Pourtant, au Pays-de-Sault, une règle officieuse est plus forte que la volonté des parrains et marraines d'imposer leur prénom ou un autre de leur choix : celle de donner à un enfant le nom d'un disparu de la famille si tel est le souhait des parents. Souhait que les parrains et marraines ne remettent d'ailleurs jamais en question. Christiane Klapisch-Zuber⁸ observe cette pratique à Florence où l'on dit ainsi « refaire » la personne décédée. Cela est courant aussi dans la Grèce où l'on pense « faire anastassi », c'est-à-dire ressusciter les ancêtres (l'âme passant dans l'enfant qui porte le prénom du disparu)⁹. « Pour Henriette (à Bessède - Pays-de-Sault), dit son père, c'est moi qui ai choisi. Et ni le parrain ni la marraine ne s'y sont opposés, puisque j'avais un frère aîné qui est mort à trois ans qui s'appelait Henri et le frère du père de ma femme qui a été tué en 1914 qui s'appelait Henri aussi. Alors j'ai dit : elle portera le prénom des deux familles en souvenir des disparus. » De nombreuses années s'étaient écoulées entre les morts évoqués et la naissance d'Henriette. Mais l'argumentation du père invoquant les disparus, et qui plus est, les disparus des deux côtés, a pu convaincre parrains et marraines⁸. Je trouve aussi assez souvent dans mon corpus du Bas-Quercy, qu'un enfant décédé est ainsi remplacé par l'enfant suivant. Le 15 août 1791 mourut Bernard Daynès, âgé d'un an, fils d'un charpentier. Le 30 novembre naquit un garçon qui prit le prénom de son frère récemment défunt.

Prénom de l'aîné : héritier ou successeur ?

- 20 Dans nos régions à système précipitaire, la structure familiale particulière (famille-souche) induit-elle une transmission particulière des prénoms ? C'est ainsi qu'en Pays-de-Sault, A. Fine observe qu'un autre système de transmission de prénom se combine avec celui du parrainage.

Le grand-père vivant, s'il est à coup sûr le parrain du premier de ses petits-fils, ne lui donne pas nécessairement son prénom. En effet, le premier-né de ses petits-fils n'est pas forcément celui avec lequel il cohabite. C'est à ce dernier seulement qu'il transmettra son prénom, le « cap d'ostal » (chef de maison) désignant par là même son futur successeur. Il existe ainsi des prénoms emblématiques de lignées, qui sautent une génération, passant de grand-père en petit-fils. La transmission des prénoms des grands-pères aux petits-fils de la maison n'a-t-elle pas eu pour fonction essentielle de « légitimer aux yeux de tous et spécialement aux yeux des cadets, les droits exclusifs des aînés sur l'héritage » ?

- 21 J'ai entrepris des recherches en ce sens sur mon corpus, mais elles ne sont pas achevées. Je repère cependant jusqu'à nos jours des prénoms emblématiques de lignées. Chez les Vidal ou les Cavagné, les aînés portent toujours le même prénom, Pierre pour les premiers, Sylvestre pour les seconds. Le parrain donne les autres noms de baptême. L'habitude est si bien ancrée qu'une branche cadette des Vidal appelle ses aînés Pierre. Au XIX^e siècle, ces familles ne possédaient pas de terres et vivaient du métayage. C'est d'autant plus intéressant que la possession du bien foncier n'existant pas, on peut se demander si cette coutume ne désigne pas plutôt qu'un héritier, d'abord un *successeur* dans l'exercice de l'autorité ? Succession dans la fonction d'autorité à l'intérieur de la maison, mais aussi dans la communauté villageoise, les Calvet se succèdent de grand-père en petit-fils à la tête de la commune de Labarthe de la fin de la monarchie de Juillet à nos jours !

Les prénoms des derniers enfants

- 22 A mesure que les naissances au sein d'une même fratrie épuisent les possibilités de parrainage dans les branches collatérales de la parenté, les règles de transmission du prénom sont moins contraignantes. Les derniers enfants ont souvent pour parrain ou marraine un frère ou une sœur aînée qui, alors, ne transmettait pas toujours son prénom. Deux exemples illustrent cette pratique. Le 21 août 1778, les laboureurs Guillaume Mourgues et Anne Brousse ont un dixième enfant, un garçon. Son frère Jean et sa sœur Jeanne le portent sur les fonts baptismaux. Le nouveau-né est prénommé Christophe, nom du saint du jour. Louis Mourgues et Jeanne Desplats, des travailleurs de terre, ont un onzième et dernier enfant le 11 août 1766. Cette fille reçoit pour marraine sa sœur Jeanne âgée de treize ans mais s'appela Claire. Le 11 août, l'église fête les Claire. Ces deux cas mettent en valeur l'action double de l'Église. D'une part, elle renforce la fonction de désignation du prénom. Ce dernier s'individualise ; les risques de confusion s'amenuisent. D'autre part, comme le souligne A. Burguière, il existait une sorte de pédagogie du prénom¹⁰. L'Église espérait que le porteur du prénom imiterait le saint patron devenu figure exemplaire. Poussant l'analyse à l'extrême, A. Burguière y voit la substitution d'une relation purement individuelle (enfant saint) aux solidarités traditionnelles¹¹.

La dévotion

- 23 A Florence, C. Klapisch-Zuber remarque que les trois quarts des deuxièmes prénoms font référence à la religion⁹.
- 24 On voit des exemples où le prénom est celui du saint du jour du baptême de l'enfant. Le 10 août 1842 naquit Jean Laurent Verdié. Le 10 août 1772 fut baptisé Jean Laurent Landrevie, neuvième enfant d'un laboureur ; son parrain était Jean, un frère aîné. Un Patrice fut baptisé le 16 mars 1767, jour de la Saint-Patrice. Il semble que soit retenu le nom du saint fêté le jour de baptême. Ce jour marque l'entrée dans la communauté chrétienne et prend le pas sur la date de naissance.
- 25 La remarque vaut pour Antoinette Appolonie Gleye, baptisée le 9 février 1768 (fête de Sainte-Appoline). Sa mère, Antoinette Bonnemort accouchait les Moliéraines après avoir été l'élève de la célèbre sage-femme du XVIII^e siècle, Le Boursier du Coudray. Par ce double prénom, ne s'agissait-il pas d'individualiser la fille tout en rappelant le nom de sa mère ? Cette femme dévote ne devait-elle pas compter avec l'Église et les saints qui la protégeaient dans son délicat travail ?
- 26 Le prénom faisait parfois référence à une fête religieuse. Pâques connaissait un incontestable succès. Quatre fois le nom de Pascale fut donné à une fille (un seul Pascal).

- 27 Le 21 décembre 1848, dans une famille de propriétaires exploitants aisés, les Esclavissat, Noël Antoine vint au monde. La fête proche éclipsa le saint du jour. La difficulté de l'accouchement (la mère Marie Anne Buzenac mourut quelques années plus tard lors d'autres couches) explique l'appel au Christ, d'autant plus que Noël Antoine était le premier enfant et l'héritier d'un ostal important. Dixième fortune labarthaise d'après la liste des plus imposés de 1857, les Esclavissat possédaient plus de 23 hectares de terres.
- 28 Un exemple résume les sens multiples des prénoms : référence à la religion et volonté d'équilibrer les deux lignées. Il est pris chez les nobles Jean Antoine de Bodosquier et Ursule de Lafaverie Martignac. Le 29 juillet 1777 leur naquit une fille. Le parrain en fut un oncle paternel, Alphonse Durieu, la marraine une tante maternelle, Marie Henriette de Lafaverie Martignac. L'enfant fut enregistré sous le nom de Marie Henriette (prénoms de la marraine) Marthe (sainte du jour) Alphonsine (prénom féminisé du parrain) !
- 29 L'histoire du système d'appellation se confond avec celle de la communauté. L'irrésistible montée des prénoms multiples et extraordinaires d'abord chez les artisans en 1830-1840, puis chez les cultivateurs pauvres dans les années 1860, coïncide avec l'ouverture de la commune au monde extérieur : l'émigration modifie les formes traditionnelles de la transmission des biens, tandis que les jeunes enfants prennent le chemin de l'école. Cette mutation a lieu au moment où l'intensification de la limitation des naissances et la baisse de la mortalité infantile donnent à l'enfant une place nouvelle dans la famille et dans les désirs de ses parents. A la volonté d'affirmer par le prénom d'abord les solidarités familiales et communautaires, se substitue peu à peu le désir pour les parents de mieux individualiser l'enfant lui-même. Au point même qu'à partir des années 1930, certains parents abandonnent les « noms de famille » et se permettent d'affirmer leurs goûts personnels en donnant à leurs enfants des prénoms de héros ou d'héroïnes fictifs de roman ou de cinéma qu'ils ont aimés...

Notes

1 Cette question sera l'objet de la contribution de J. Poumarède à la publication commune du groupe de recherche « Hérité sociale des familles occitanes ». (Mars 1985.)

2 Cette équipe toulousaine « Hérité sociale des familles occitanes : statuts, symboles, et idéologies dans la reproduction des lignées » travaille avec le concours du Patrimoine ethnologique et du Conseil régional de Midi-Pyrénées.

3 J.-C. Sangoï : « *Histoire démographique de trois communes rurales du Bas-Quercy de 1751 à 1872, démographie et groupes sociaux dans la paysannerie* », Toulouse, 1982 (à paraître — Publications du CNRS, 1985).

4 *L'Homme*, octobre-décembre 1980, tome xx, n° 4. Le Prénom, mode et histoire. Les entretiens de Malher, 1980. Ecole des hautes études en sciences sociales, 1984.

5 Instruction du procès de Marie Gaillard, accusée d'infanticide. Jugement en appel rendu par la cour d'assises de Tarn-et-Garonne le 15 décembre 1826 (AD 1 U 133).

6 Instruction du procès d'Arnaud Lacassagne, laboureur à Caumont (Tarn-et-Garonne) accusé de meurtre. Jugement du 13 février 1824 (AD 1 U 129).

7 A. Fine : Transmission des prénoms et parenté en Pays-de-Sault, in : le Prénom, mode et histoire, *op. cit.*, note 4, pp. 109-125.

8 C. Klapisch-Zuber : « Le nom refait ». La transmission des prénoms à Florence (xiv^e-xvi^e siècle) in revue *L'Homme*, octobre-décembre 1980, tome XX, n° 4, p. 86.

9 B. Vernier : « La circulation des biens, de la main-d'œuvre et des prénoms à Karpathos : du bon usage des parents et de la parenté », in *Actes de la recherche en sciences sociales*, janvier 1980, n° 31, pp. 63-92.

10 A Burguière : « Un nom pour soi. Le choix du nom de baptême en France sous l'Ancien Régime (xvi^e-xviii^e siècle) » in revue *L'Homme*, octobre-décembre 1980, tome XX, n° 4, p. 39.

Pour citer cet article

Référence électronique

Jean-Claude Sangoï, « La transmission d'un bien symbolique : le prénom », *Terrain* [En ligne], 4 | 1985, mis en ligne le 23 juillet 2007. URL : <http://terrain.revues.org/2873>

Extrait d'ÉCONOMIE et STATISTIQUE n° 184, janvier 1986
revue mensuelle de l'INSEE, 18 bd A.-Pinard, 75675 Paris Cedex 14

Les enfants de Michel et Martine Dupont s'appellent Nicolas et Céline

par Guy Desplanques *

« A côté de l'élément romanesque, [...] il y a le symptôme social. Il n'est pas rare aujourd'hui que le garçon bouvier se nomme Arthur, Alfred ou Alphonse, et que le vicomte — s'il y a encore des vicomtes — se nomme Thomas, Pierre ou Jacques. Ce déplacement qui met le nom « élégant » sur le plébéien et le nom campagnard sur l'aristocrate n'est autre chose qu'un remous d'égalité. L'irrésistible pénétration du souffle nouveau est là comme en tout. »

Victor Hugo
« Les Misérables »

Depuis un siècle, le stock des prénoms couramment attribués s'élargit, principalement sous l'influence des médias. En outre, depuis une vingtaine d'années, les prénoms se différencient plus nettement entre les sexes : les prénoms féminins homonymes de prénoms masculins, comme Danielle, Michèle ou Dominique, tombent en désuétude, et ceux qui résultent d'une féminisation trop apparente, tels Yvette, Jacqueline ou Simone entre les deux guerres, sont moins fréquents.

La rotation des prénoms les plus attribués est de plus en plus rapide, les prénoms à la mode s'usent de plus en plus vite. Les règnes de Louis, puis de Jean, celui de Marie, avaient duré plusieurs décennies. Ceux de Sébastien ou de Céline ont été beaucoup plus éphémères.

Un changement du mode d'attribution transparaît derrière ces tendances : du modèle classique, hérité d'une France rurale associant transmission

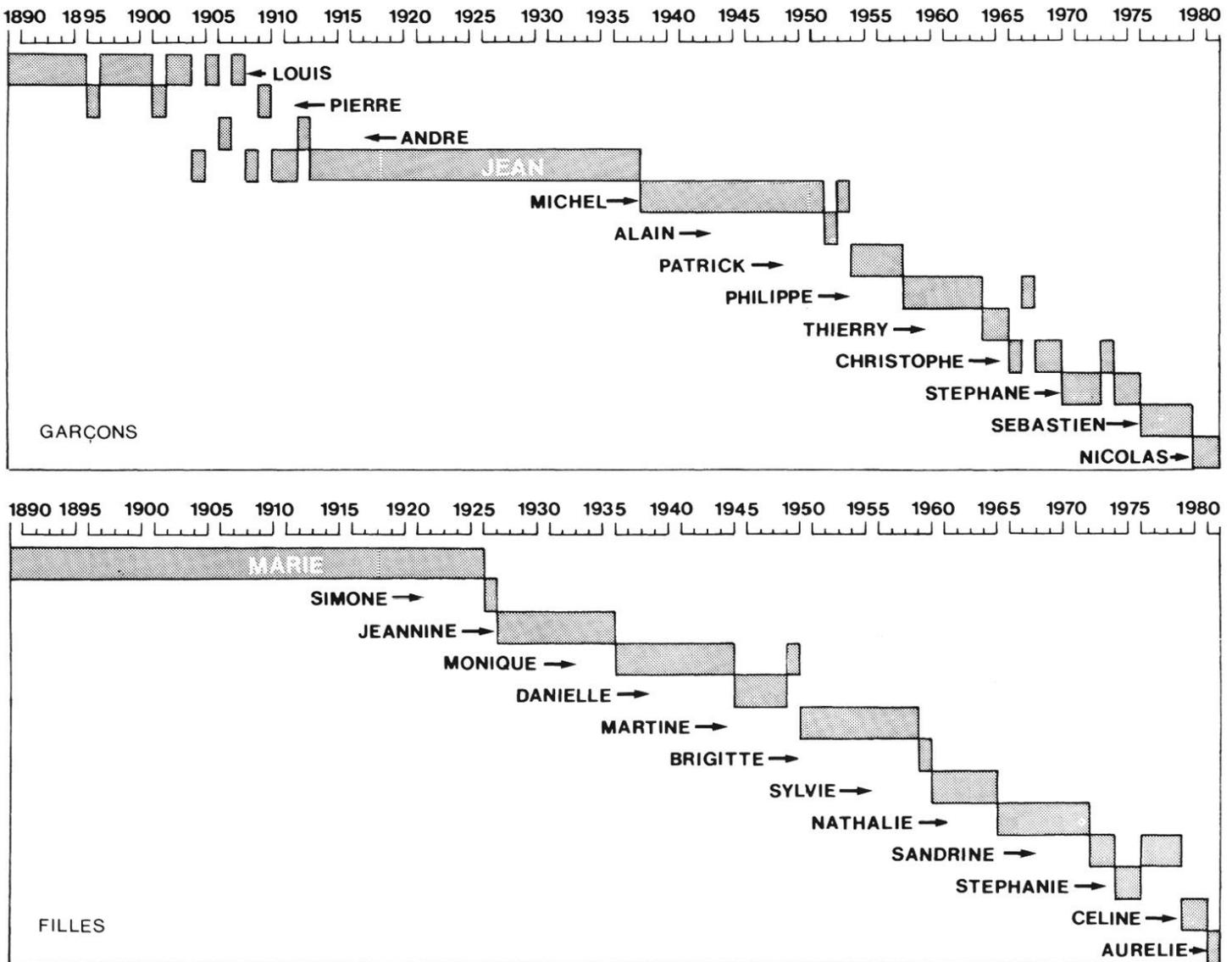
du nom et transmission des biens, on est passé à un modèle dont les références sont plus ouvertement celles de la mode et de la distinction.

L'impact des médias est décisif : Brigitte, Sylvie, Nathalie, ainsi que Sébastien et Nicolas n'auraient sans doute pas triomphé sans leur intervention, sinon comme initiateurs, du moins comme relais ou comme amplificateur. D'autre part, ce sont les « cadres et professions intellectuelles supérieures » qui lancent la mode d'un prénom; mais ils s'en détachent plus vite, et leur choix se porte souvent aussi sur un prénom classique.

* Guy Desplanques fait partie du service de la Démographie du département Population-ménages de l'INSEE.

Les nombres entre crochets renvoient à la bibliographie en fin d'article.

Graphique I *Prénom le plus souvent attribué de 1890 à 1981**.



* Dans le cas d'écart très faibles, les aléas statistiques dus aux échantillons peuvent modifier le classement réel des prénoms.

Aujourd'hui, le choix d'un prénom n'est plus limité par des règles de transmission familiale, comme il l'était il y a deux ou trois siècles. En théorie, il s'exerce en toute liberté. En fait, la statistique des prénoms, accumulation de toutes les décisions individuelles, révèle une grande logique dans les mécanismes d'attribution des prénoms. A un moment donné, les parents effectuent leur choix dans un éventail relativement restreint, comme si l'ensemble de la société leur imposait des règles. Le prénom relève ainsi d'un phénomène social.

En un siècle, plusieurs prénoms ont eu la vedette, tant pour le sexe masculin que pour le sexe féminin (graphique I). A la fin du XIX^e siècle, c'est Louis qui prédomine chez les garçons : environ un garçon sur seize, entre 1890 et 1894, reçoit ce prénom comme premier prénom. Pierre vient ensuite. Dans les années qui suivent, jusqu'en 1910 environ, Louis reste le

prénom masculin le plus souvent donné, mais il décline, tout comme Joseph et François dont le succès ne s'était pas démenti au cours du siècle précédent.

A Louis succède Jean, qui sera jusqu'à la veille de la seconde guerre mondiale le prénom masculin le plus fréquemment attribué [1]. Un peu en retrait, Pierre reste très prisé, tandis qu'André progresse très rapidement, du moins pour l'époque : de 1,7 % entre 1890 et 1894, la part des André passe à 5,1 % dans les années qui précèdent la première guerre (tableau 1).

Michel succède à Jean vers 1940

Jusque vers 1935, Jean, Pierre et André restent, avec René, les prénoms phares ; leur cote atteint son maximum dans les années vingt, au cours desquelles

Michel, Claude et Jacques apparaissent de plus en plus souvent. Il s'agit pour ces trois prénoms d'un retour puisqu'ils figuraient parmi les prénoms du XVI^e et du XVII^e siècles. Peu avant 1940, Michel détrône Jean; celui-ci régresse au profit des prénoms composés qui sont alors très appréciés. Michel conserve la première place jusqu'au début des années cinquante. Alain, après une ascension rapide au cours de la guerre, le rejoint alors.

Après la guerre, une nouvelle génération de prénoms envahit les faire-part de naissance. Daniel et Gérard n'avaient jamais été très fréquents par le passé; Alain, semble-t-il, était peu connu. Ce n'est pas le cas de Philippe. Sans être très répandu, ce prénom est quand même un classique; il a patronné une minorité de garçons depuis longtemps. Peu d'années après la fin de la guerre, il commence à figurer dans le peloton de tête. En 1958, il devient le prénom masculin le plus donné. Il prend alors la place de Patrick qui, pour une courte période, a succédé à Michel et Alain. Philippe va conserver la faveur jusqu'en 1967; il ne quitte les premiers rangs qu'au début des années soixante-dix.

En 1964 et 1965, Thierry et Christophe supplantent momentanément Philippe; mais celui-ci revient à la première place pendant deux nouvelles années. Après Philippe, plusieurs prénoms vont se succéder en tête des prénoms masculins, Christophe en 1968 et 1969, Stéphane jusqu'en 1975, puis Sébastien pendant quatre années. En 1980 et 1981, Nicolas est le plus prisé.

Déclin de Marie et de Jeanne au début du siècle

A la fin du siècle dernier, aucun prénom masculin ne devance nettement les autres. La situation est différente pour les filles : parmi celles nées entre 1890 et 1900, plus d'une sur sept se prénomme Marie. En ajoutant Marie-Louise, et sans compter d'autres prénoms composés, c'est près d'une fille sur cinq qui porte alors un prénom commençant par Marie. La faveur de ce prénom n'est pas immémoriale. Marie n'apparaît qu'au XVI^e siècle, devient un prénom fréquent au XVII^e siècle, puis perd des adeptes pendant toute la première moitié du XX^e siècle. Mais, entre 1905 et 1909, on donne encore ce prénom à une fille sur dix et, quinze ans après, Marie reste le prénom féminin le plus donné. Pendant toute cette période, Jeanne a conservé la deuxième position, faisant preuve d'une grande stabilité puisque 5 % à 6 % des filles reçoivent ce prénom chaque année.

Le déclin de ces prénoms laisse la place à de nouveaux venus : Simonne ou son homonyme Simone, déjà courants avant la guerre, après une ascension rapide, Jeannine et ses voisins Janine, ou Jeanine, qui prennent les points perdus par Jeanne, mais aussi

Jacqueline qui culmine au début des années trente. Jeannine et Jacqueline supplantent Marie au moment où Jean jouit de la plus grande faveur (tableau 1). A la fin des années trente, Monique, dont la montée a été rapide, est le prénom féminin le plus souvent attribué. Cependant moins d'une fille sur vingt y répond. A une date voisine, un garçon sur quinze se prénomme Michel.

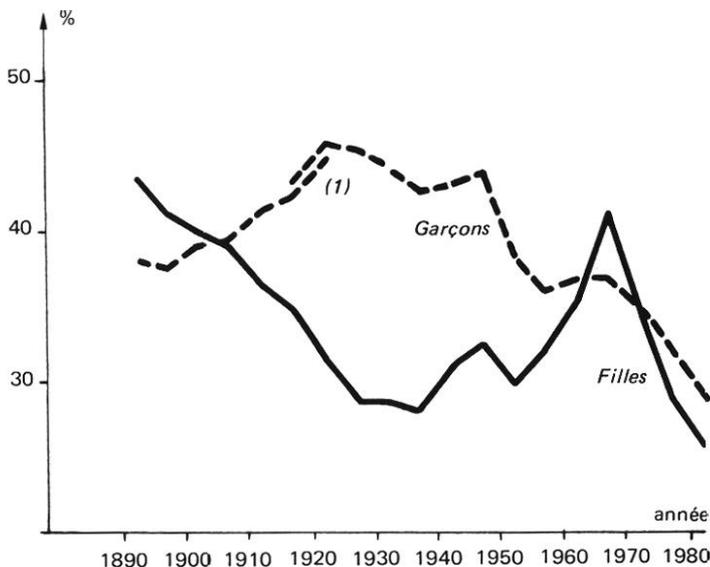
Dans les années d'après-guerre, Danielle (ou Danièle) dépasse Monique, mais aucun prénom féminin ne se détache nettement, jusqu'à l'arrivée de Martine qui occupe le premier rang de 1950 à 1958. Après un court intermède de Brigitte, Sylvie occupe la tête jusqu'en 1964, avant de céder la place à Nathalie pour sept années. Sandrine supplante Nathalie en 1972. Malgré la concurrence de Stéphanie puis de Céline, elle reste en première ou deuxième position jusqu'en 1979. Parmi les filles nées en 1980 et 1981, Céline est à son tour en compétition avec Aurélie et Émilie.

Dispersion de plus en plus forte

A la fin du siècle dernier, avec la domination de Marie et de Jeanne, la concentration sur quelques prénoms est plus forte pour les filles que pour les garçons. La proportion d'enfants désignés par les dix prénoms les plus courants est supérieure à 40 % pour les filles, inférieure pour les garçons (graphique II).

Graphique II

*Des prénoms moins concentrés aujourd'hui qu'il y a un siècle
(cumul des fréquences des dix premiers prénoms courants par groupe de cinq années)*



(1) La rupture observée en 1920-1924 correspond à la différence de saisie des prénoms composés dans les deux sources statistiques relatives à cette période.

Tableau 1

Les dix prénoms masculins les plus fréquents et la proportion d'enfants qu'ils représentent, suivant le groupe d'années de naissance.

En %

1895-1899		1900-1904		1905-1909		1910-1914		1915-1919		1920-1924	
Louis	5,0	Louis	4,8	Louis	4,6	Jean	5,2	Jean	5,7	Jean	6,7
Joseph	4,4	Pierre	4,6	Pierre	4,6	André	5,1	André	5,3	André	6,1
Pierre	4,4	Jean	4,3	Marcel	4,4	Pierre	4,7	Pierre	4,8	Pierre	5,1
Jean	4,3	Marcel	4,2	Jean	4,4	Marcel	4,6	Marcel	4,8	René	4,8
Henri	3,7	Henri	4,2	André	4,4	Louis	4,5	René	4,2	Marcel	4,5
Marcel	3,4	Joseph	4,1	Henri	3,7	René	4,0	Louis	4,1	Roger	4,2
Georges	3,2	André	3,6	René	3,7	Henri	3,8	Henri	3,8	Robert	3,7
Émile	2,9	Georges	3,4	Joseph	3,5	Joseph	3,3	Georges	3,6	Louis	3,5
Charles	2,9	René	3,3	Georges	3,2	Georges	3,2	Roger	3,2	Henri	3,4
Paul	2,9	Paul	2,7	Paul	2,8	Roger	3,0	Maurice	3,0	Georges	3,1
1925-1929		1930-1934		1935-1939		1940-1945		1945-1949		1950-1954	
Jean	8,3	Jean	7,9	Jean	6,6	Michel	7,1	Michel	7,4	Michel	5,7
André	5,9	André	5,5	Michel	6,0	Jean-Claude	5,0	Alain	5,7	Alain	5,3
Pierre	5,5	Pierre	5,1	Claude	5,1	Jean	4,4	Gérard	4,3	Bernard	4,0
René	4,8	Michel	4,6	André	4,7	Bernard	4,0	Daniel	4,3	Patrick	4,0
Roger	4,5	René	4,1	Pierre	4,6	Daniel	3,9	Bernard	4,1	Christian	4,0
Robert	3,8	Roger	3,8	Jacques	3,8	Claude	3,8	Christian	4,0	Gérard	4,0
Marcel	3,7	Jacques	3,6	Bernard	3,3	Gérard	3,8	Jean-Pierre	4,0	Daniel	3,6
Jacques	3,3	Claude	3,5	René	3,3	Jacques	3,8	Jean-Claude	3,9	Jean-Pierre	2,8
Georges	2,9	Robert	3,4	Roger	2,9	Jean-Pierre	3,7	Jacques	3,5	Philippe	2,7
Louis	2,8	Marcel	3,1	Robert	2,8	André	3,7	Claude	2,8	Jacques	2,5
1955-1959		1960-1964		1965-1969		1970-1974		1975-1979		1980-1981	
Patrick	5,2	Philippe	6,0	Christophe	4,9	Stéphane	5,1	Sébastien	5,0	Nicolas	5,3
Philippe	4,9	Pascal	4,6	Philippe	4,9	Christophe	4,8	Christophe	3,5	Julien	3,9
Michel	4,4	Éric	4,4	Laurent	4,3	David	4,4	David	3,5	Sébastien	3,6
Alain	4,3	Thierry	4,2	Thierry	4,2	Laurent	4,0	Nicolas	3,4	Cédric	2,6
Christian	3,7	Patrick	3,9	Éric	3,9	Frédéric	3,4	Frédéric	3,3	Mickaël	2,5
Dominique	2,9	Alain	3,2	Pascal	3,7	Olivier	3,2	Stéphane	3,2	Guillaume	2,3
Bernard	2,9	Michel	3,0	Frédéric	3,3	Sébastien	2,7	Jérôme	2,9	David	2,3
Didier	2,8	Didier	2,9	Stéphane	3,1	Éric	2,6	Mickaël	2,6	Frédéric	2,2
Pascal	2,4	Bruno	2,6	Olivier	2,6	Philippe	2,4	Cedric	2,4	Jérôme	2,2
Daniel	2,3	Dominique	2,4	Franck	2,4	Jérôme	2,3	Olivier	2,3	Christophe	2,1

Au cours du premier quart du XX^e siècle, la situation s'inverse : avec le déclin de Jeanne et de Marie, et l'offensive de Jean, la concentration augmente assez fortement pour les garçons; elle diminue très nettement pour les filles : vers 1930, les dix prénoms les plus usités de chaque sexe sont portés par moins de 30 % des filles mais par plus de 45 % des garçons.

Après 1945, les parents ont tendance à recourir à un éventail de prénoms plus large, surtout pour les

garçons. A la fin des années soixante-dix, 29 % des filles et 32 % des garçons portent un des dix prénoms les plus fréquents de chaque sexe.

Par rapport à cette tendance séculaire, les années soixante constituent une anomalie, avec un retour momentanément à une gamme plus restreinte de prénoms, en particulier pour les filles. Cette anomalie pourrait être liée à la forte urbanisation qui a marqué ces années, les anciens ruraux cherchant à tout prix à adopter les comportements urbains.

Tableau 1 (suite)

Les dix prénoms féminins les plus fréquents et la proportion d'enfants qu'ils représentent, suivant le groupe d'années de naissance.

En %

1895-1899		1900-1904		1905-1909		1910-1914		1915-1919		1920-1924	
Marie	14,7	Marie	11,7	Marie	10,2	Marie	8,5	Marie	6,8	Marie	5,1
Jeanne	5,9	Jeanne	5,5	Jeanne	5,5	Jeanne	5,6	Jeanne	5,1	Jeanne	4,7
Marguerite	3,6	Marguerite	3,8	Marie-Louise	3,6	Marie-Louise	3,5	Madeleine	3,7	Simone ¹	3,9
Marie-Louise	3,6	Marie-Louise	3,7	Marguerite	3,4	Marguerite	3,0	Marie-Louise	3,2	Madeleine	3,0
Louise	3,0	Germaine	3,7	Germaine	3,0	Yvonne	3,0	Simone ¹	3,2	Yvonne	2,9
Germaine	2,8	Louise	2,6	Yvonne	3,0	Madeleine	3,0	Yvonne	3,0	Suzanne	2,8
Yvonne	2,2	Madeleine	2,4	Madeleine	2,8	Germaine	2,7	Marguerite	2,8	Denise	2,6
Maria	2,0	Yvonne	2,3	Suzanne	2,6	Simone ¹	2,6	Suzanne	2,6	Paulette	2,5
Marthe	1,6	Suzanne	2,3	Louise	2,6	Suzanne	2,6	Marcelle	2,6	Marie-Louise	2,4
Madeleine	1,5	Marthe	1,8	Marcelle	2,2	Marcelle	2,2	Renée	2,3	Marcelle	2,3
1925-1929		1930-1934		1935-1939		1940-1945		1945-1949		1950-1954	
Jeannine ¹	3,9	Jeannine ¹	4,6	Monique	4,9	Monique	4,6	Danielle ¹	4,3	Martine	5,2
Simone ¹	3,4	Jacqueline	3,8	Jeanine ¹	4,1	Nicole	3,9	Michèle ¹	4,0	Françoise	3,7
Jacqueline	3,2	Monique	3,0	Jacqueline	3,7	Danielle ¹	3,9	Monique	3,9	Chantal	3,4
Marie	3,1	Simone ¹	2,8	Nicole	2,9	Michèle ¹	3,5	Françoise	3,8	Monique	3,0
Jeanne	3,0	Yvette	2,7	Yvette	2,3	Jacqueline	3,2	Nicole	3,8	Michèle ¹	2,9
Denise	2,8	Denise	2,5	Marie-Thérèse	2,2	Françoise	3,0	Annie	3,8	Nicole	2,7
Paulette	2,5	Marie	2,5	Colette	2,1	Jeanine ¹	2,9	Christiane	3,0	Annie	2,4
Odette	2,5	Jeanne	2,4	Marie	2,1	Christiane	2,8	Chantal	2,8	Dominique	2,3
Yvette	2,4	Paulette	2,3	Christiane	2,1	Marie	2,1	Martine	2,8	Danielle ¹	2,3
Suzanne	2,4	Marie-Thérèse	2,3	Simone ¹	2,0	Marie-Thérèse	1,9	Anne-Marie	2,6	Christiane	1,9
1955-1959		1960-1964		1965-1969		1970-1974		1975-1979		1980-1981	
Martine	4,8	Sylvie	5,9	Nathalie	7,2	Sandrine	5,9	Sandrine	4,5	Céline	3,5
Brigitte	3,8	Catherine	4,9	Isabelle	5,6	Nathalie	4,9	Stéphanie	4,3	Aurélie	3,4
Catherine	3,6	Christine	3,9	Sylvie	5,1	Isabelle	3,6	Céline	3,5	Émilie	3,0
Françoise	3,5	Isabelle	3,8	Valérie	5,0	Valérie	3,5	Virginie	2,7	Virginie	2,9
Sylvie	3,5	Véronique	3,6	Catherine	3,4	Karine ¹	3,3	Karine ¹	2,7	Sandrine	2,6
Christine	3,2	Patricia	2,8	Véronique	3,2	Stéphanie	3,3	Nathalie	2,5	Stéphanie	2,5
Chantal	2,9	Corinne	2,6	Corinne	3,2	Sophie	2,5	Sophie	2,2	Laetitia	2,1
Dominique	2,5	Nathalie	2,6	Laurence	3,0	Sylvie	2,4	Séverine	2,2	Audrey	1,9
Patricia	2,2	Martine	2,6	Christine	2,9	Chris	2,1	Delphine	2,1	Sabrina	1,8
Michèle ¹	2,1	Brigitte	2,5	Sandrine	2,6	Laurence	2,1	Laetitia	1,9	Élodie	1,8

1. Les fréquences sont obtenues en regroupant les orthographes voisines.

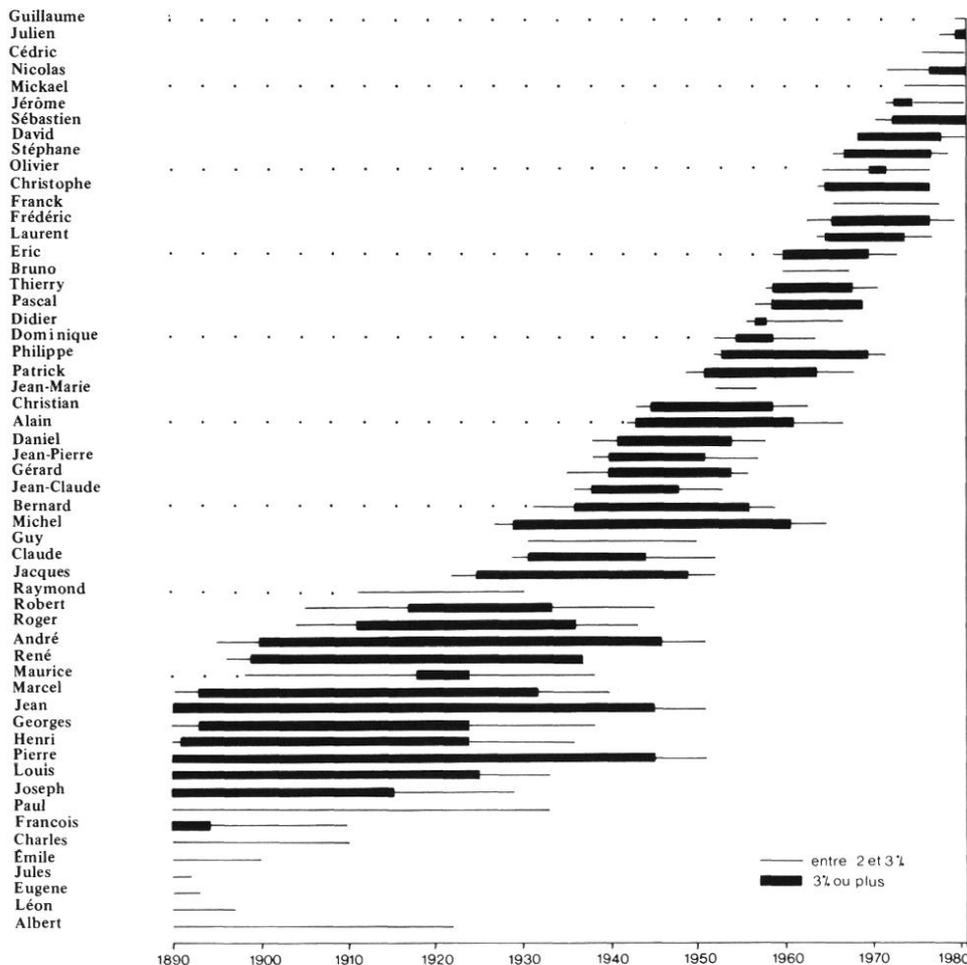
Disparition du modèle classique...

Pour les garçons comme pour les filles, la succession des prénoms les plus courants est beaucoup plus rapide aujourd'hui qu'au début du siècle. Les règnes de Louis et de Jean, comme celui de Marie, avaient duré plus de vingt ans, sans compter les années antérieures laissées ici dans l'ombre. Ceux de Sébastien ou de Céline, à la fin des années soixante-dix, sont très éphémères.

Le modèle d'attribution des prénoms qui avait prévalu au XVII^e et au XVIII^e siècle n'avait pas totalement disparu vers 1900 (encadré p. 70). Transmission du prénom et transmission des biens immobiliers allaient fréquemment de pair. Au début du siècle, c'est encore souvent un enfant mâle qui reprend l'exploitation paternelle. Cette coutume peut expliquer la persistance des prénoms masculins anciens, les parents se sentant moins liés à la tradition pour le choix d'un prénom de fille. La transmission du prénom du parrain ou du grand-père — c'est parfois la même personne — empêche alors une rotation rapide des prénoms courants [2; 3].

Graphique III

Durée de vie des prénoms masculins de plus en plus brève (prénoms dont la fréquence a atteint au moins 2 % au cours d'une année, de 1890 à 1981)



... d'abord pour les prénoms féminins

Le passage du modèle ancien au modèle actuel, commence pour les filles. Jusqu'en 1920, la liste des dix premiers prénoms ne change que d'une ou deux appellations en cinq ans (tableau 2). Entre 1925 et 1929, quatre prénoms féminins nouveaux s'insèrent dans cette liste. Pour les garçons, le rythme de remplacement ne se modifie que dans les années 1940-1945 : des prénoms qui avaient commencé à se répandre dans les années trente deviennent alors fréquents. C'est l'époque où fleurissent les prénoms composés, avec à leur tête Jean-Claude et Jean-Pierre (tableau 3).

A la fin de la seconde guerre mondiale, la liste des dix prénoms les plus usités n'a plus rien de commun avec celle du début du siècle. Mais, à cette époque, les prénoms nouveaux, pour les garçons surtout, ont été puisés dans un stock ancien. Ils reprennent des appellations qui, à d'autres époques, ont été fréquentes.

Tableau 2

Le renouvellement commence pour les filles dès les années vingt

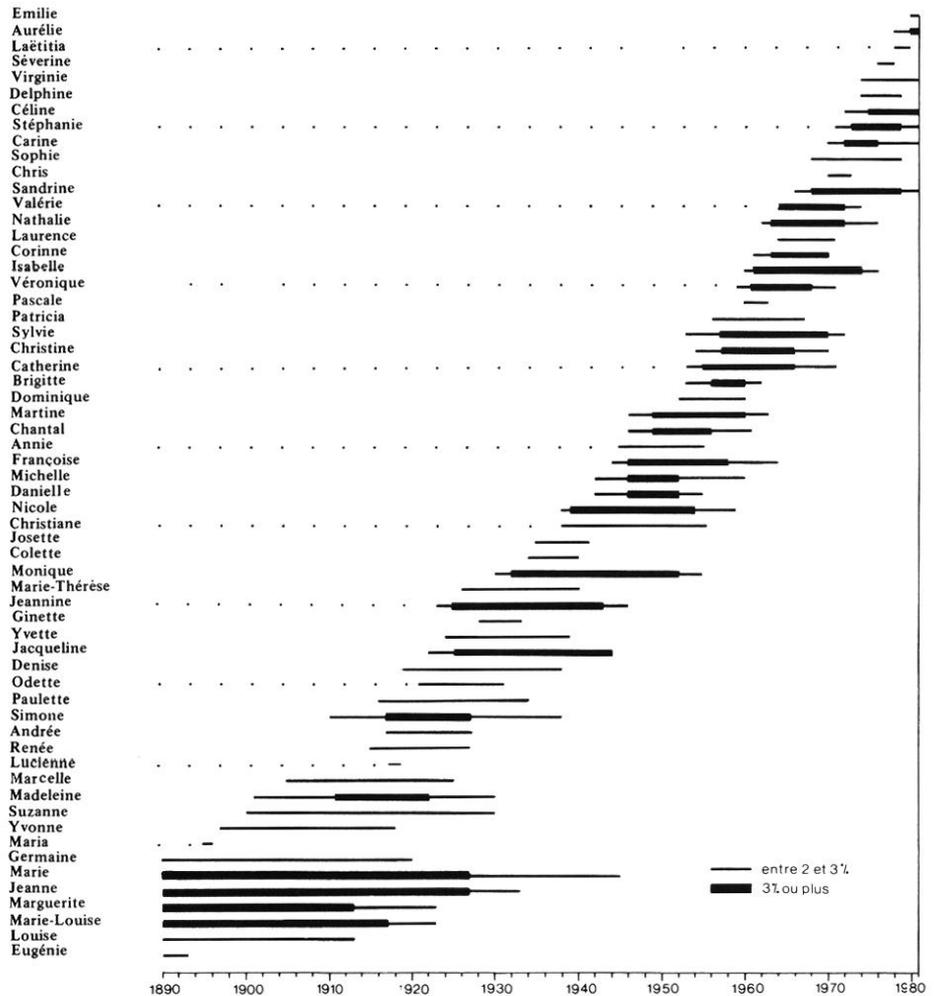
(nombre de prénoms figurant dans les dix premiers d'une période et ne figurant pas dans les dix premiers de la période précédente, suivant le sexe)

	Garçons	Filles
1900-1904.....	2	2
1905-1909.....	0	1
1910-1914.....	1	1
1915-1919.....	1	1
1920-1924.....	1	2
1925-1929.....	1	4
1930-1934.....	2	2
1935-1939.....	1	3
1940-1945.....	4	3
1945-1949.....	1	3
1950-1954.....	2	1
1955-1959.....	3	5
1960-1964.....	3	4
1965-1969.....	6	3
1970-1974.....	3	3
1975-1979.....	3	5
1980-1981 ¹	2	5

1. Cette période n'étant que de deux ans, il est normal que ces nombres soient plus faibles.

Graphique IV

Durée de vie des prénoms féminins de plus en plus brève
(prénoms dont la fréquence a atteint au moins 2 % au cours d'une année, de 1890 à 1981)



Le renouvellement des prénoms de l'entre-deux-guerres correspond au changement de modèle d'attribution : Marie et Jeanne étaient parmi les prénoms transmis par les marraines; Jeannine, Simone ou Monique symbolisent ce changement. La ronde des prénoms qui s'instaure après 1945 est de nature très différente : elle est inhérente au modèle actuel.

Depuis la fin de la guerre, pour les deux sexes, la liste des dix prénoms les plus fréquents est modifiée de trois à cinq vocables en cinq ans. La durée de vie des prénoms se réduit. Entre 1900-1904 et 1940-1944, soit près de quarante ans, la part d'André est restée supérieure à 3 %. Pour Michel, la durée correspondante n'atteint que trente années (graphique III). A la même époque, pour les prénoms féminins, elle est plus courte : Monique se maintient au-dessus de 3 % pendant vingt ans. De nos jours, les prénoms ont une vie beaucoup plus brève, dont la durée est du même ordre pour les deux sexes. Contemporains, Sandrine et Stéphane ne dépassent 3 % que pendant une dizaine d'années (graphique IV).

Tableau 3

Les prénoms composés les plus courants

En %

	Masculins		Féminins	
	Fréquences		Fréquence	Fréquence
	1940-1945	1950-1954		
Jean-Claude . .	5,0	2,3	Marie-Thérèse . .	1,9
Jean-Pierre . .	3,7	2,8	Anne-Marie	1,8
Jean-Paul . . .	1,3	1,6	Marie-France . . .	1,0
Jean-Marie . .	1,1	(1)	Marie-Claude . . .	0,9
Jean-Louis . . .	1,0	1,4	Marie-Louise . . .	0,6
Jean-Jacques .	0,6	0,9	Marie-Claire	0,5
Jean-François .	0,5	0,8	Marie-Françoise .	0,4
Jean-Michel . .	0,4	0,8	Marie-Jeanne . . .	0,4
Jean-Yves . . .	0,3	0,6	Marie-Madeleine .	0,3
Jean-Marc . . .	0,2	(1)	Marie-José	0,3
Jean-Luc	0,2	1,4	Marie-Paule	0,3
Jean-Baptiste .	0,1	(1)	Marie-Rose	0,3
	14,4			8,7

1. Non disponible.

L'ATTRIBUTION DES PRÉNOMS : QUELQUES ÉLÉMENTS HISTORIQUES

Dans le haut Moyen Âge, les hommes sont désignés par un seul vocable : chacun porte un prénom qui assure la transmission et identifie la lignée. Dans la noblesse, pour laquelle nous disposons d'informations, l'héritier reçoit le nom de celui auquel il succédera.

Vers le XIII^e siècle, le mode de dénomination actuel commence à se répandre : au prénom, s'ajoute un nom, nom de lieu, de métier ou sobriquet. Selon les régions, ce modèle mettra du temps à s'imposer; la plupart des artistes florentins du XV^e siècle sont encore le plus souvent désignés par un prénom.

Au début du second millénaire, le prénom est souvent d'origine germanique. Au cours des siècles, les prénoms chrétiens vont gagner du terrain. Le recours aux personnalités célèbres de l'histoire sainte, aux apôtres du Christ ou à ses proches, à des noms symboliques (Benedictus) est de plus en plus fréquent.

Au XV^e siècle, l'attribution d'un prénom chrétien ou reconnu par l'Église n'est pas encore impérative. Elle le deviendra dans les siècles suivants. En 1539, l'ordonnance de Villers-Cotterêts confie à l'Église la charge des registres de naissances et de décès. Au début du XVII^e, l'Église édicte des règles concernant le choix des prénoms. Les enfants doivent recevoir le nom d'un saint, le saint patron, censé leur servir de modèle. Un modèle de dénomination s'instaure alors, qui se prolongera jusqu'au début du XX^e, bien au-delà de la Révolution française, dont la tentative de briser l'emprise cléricale échoue en grande partie.

Le modèle classique présente différentes caractéristiques, dont la principale est la transmission du prénom. Au moment du baptême, chaque enfant se voit attribuer un parrain et une marraine, dont le rôle peut être important en cette période de forte mortalité : ils peuvent être amenés à prendre en charge l'enfant en cas de décès des parents. Lorsque l'enfant est un garçon, il reçoit le prénom du parrain; si c'est une fille, elle prend celui de la marraine. Bien sûr, cette règle n'est pas absolue.

La désignation des parrains et marraines obéit à des traditions régionales : souvent un aîné de sexe masculin reçoit

comme parrain le grand-père paternel. Là encore, compte tenu de la mortalité, les pratiques sont diversifiées. Le choix des parrains et marraines peut aussi répondre à des stratégies d'alliance; ainsi, une famille bourgeoise peut demander à un notable en vue d'être parrain d'un de ses enfants.

De ce mode de transmission des prénoms découlent plusieurs conséquences. Tout d'abord le stock des prénoms est réduit. Dans un village ou un bourg, il arrive souvent que quatre ou cinq prénoms se partagent les deux tiers des garçons; pour les filles, la concentration apparaît plus grande encore. Parmi les prénoms courants, on retrouve presque partout Jean, Pierre, Marie (à partir du XVI^e siècle seulement), et Jeanne. Très localement, d'autres prénoms peuvent être très communs, à cause d'une dévotion particulière; c'est le cas de Martial et de Léonard en Limousin [3]. En second lieu, ce stock n'évolue que très lentement, précisément à cause du mode de transmission.

Au XVII^e siècle, une pratique nouvelle apparaît : celle d'attribuer un deuxième prénom à l'enfant. Cette façon de faire apparaît dans des milieux citadins aisés. Elle ne se développe que très lentement au cours du siècle suivant, mais devient largement répandue dans la seconde moitié du XIX^e; une part notable des enfants reçoivent alors trois ou quatre prénoms, quelquefois plus.

Cette pratique donne l'occasion d'élargir le stock des prénoms et de les renouveler : un prénom reste celui du parrain ou de la marraine, l'autre est affaire de choix personnel des parents. Ainsi les prénoms issus de la Révolution française (Marceau, Kléber, Églantine...) apparaîtront souvent comme seconds prénoms. En outre, l'enfant peut, à l'âge adulte, choisir de se faire appeler par un prénom autre que le premier. Le XIX^e siècle inaugure ainsi un mécanisme de renouvellement qui préfigure, à certains égards, le modèle actuel.

Cependant, avant la première guerre mondiale, une fraction importante des enfants reçoivent encore le prénom du parrain ou de la marraine. Après la deuxième guerre, ce modèle ne subsiste plus guère. Les parents sont libres de leur choix, la contrainte sociale est plutôt celle de la mode.

Pour les filles, disparition des homonymes...

La plupart des prénoms apportés par le christianisme étaient masculins, que ce soient les noms de la Bible, ceux des apôtres puis ceux des saints. Nombre de prénoms féminins ont été créés par adjonction d'un suffixe à ces prénoms masculins : autrefois, Perrine, Perrette, Peyronnelle tenaient lieu de féminin de Pierre. Ce mode de construction explique les homonymes de sexe féminin. Il provoque aussi des ambiguïtés entre prénoms de sexes différents, tels Daniel, d'un côté, Danielle et Danièle de l'autre.

Ces prénoms apparentés sont souvent contemporains les uns les autres; ils sont très fréquents dans les années de renouveau du stock féminin. Andrée, Renée, Marcelle sont des prénoms courants dans les années vingt; Michèle et Danielle, pour prendre l'orthographe la plus courante, sont en tête des classements dans les années quarante. Dominique, au début des années cinquante, en fournit encore un exemple.

Dans les vingt dernières années, les prénoms féminins jouissent d'une plus grande autonomie. La prononciation du prénom ne suscite plus d'ambiguïté. Le prénom Valérie peut, certes, être confondu avec Valéry, mais celui-ci est très peu répandu parmi les

garçons qui ont aujourd'hui quinze ans. Il ne subsiste plus guère, comme homonymes assez fréquents, qu'Emmanuel et Emmanuelle.

Par contre, les variantes se développent pour le sexe masculin. Cette façon de multiplier le stock de prénoms remplace, dans les années cinquante, le recours aux prénoms composés, très prisés autour de la seconde guerre mondiale. Dans le temps, cette pratique revêt différentes formes. Patrick et Patrice apparaissent et disparaissent en même temps. Francis et François sont contemporains; vers 1970, ils sont éclipsés par Franck, mais la vogue de ce dernier est éphémère et, en 1980, seul François, le plus classique, se maintient. Christian et Christophe sont des prénoms différents qui ont chacun leur fête. Ils ne sont d'ailleurs pas contemporains : dans les années soixante, Christophe prend la relève de Christian.

Les homonymes ne sont pas absents : parmi une foule d'Éric se distinguent quelques Érick. Dans ce cas, la diversification orthographique s'appuie sur une variante étrangère ou régionale du prénom.

Mickaël et ses variantes Michaël et Mikaël en constituent un autre exemple. A travers eux, c'est Michel qui se perpétue, tout comme Jean, devenu rare, revit dans les Johann, Yohan, Jehan. Sur ce plan, le sexe féminin n'a rien à envier au sexe fort. Ainsi, Christiane, prénom répandu à la fin de la guerre, cède assez vite la place à Christine; un peu plus tard, Cristelle, Kristel, Chris multiplient les choix possibles.

...et de certaines terminaisons

Les apparentements précédents s'appuient sur un radical commun. La dernière syllabe, qui, dans la langue française, porte l'intonation, définit également des familles de prénoms; ce sont tous les prénoms féminins obtenus à partir de prénoms masculins par addition d'un suffixe. Ils s'avèrent très sensibles aux effets de la mode. Les années vingt et trente voient fleurir les prénoms terminés par « ette » : Yvette, Odette, Paulette, puis Josette et Colette. Ils disparaissent après la guerre.

Vers 1920 aussi, se répandent les prénoms en « ine » : Jacqueline, Jeannine. Leur succès pâlit dans les années quarante, mais se renouvelle avec Martine, pour ne plus se démentir. Entre 1975 et 1979, parmi les prénoms les plus courants figurent Sandrine, Céline, Delphine, Karine. Les terminaisons en « ie » sont également prisées : Aurélie, Stéphanie, Émilie, Virginie, Julie sont très nombreuses dans les classes de maternelle et les écoles primaires. Malgré un vaste éventail, les parents concentrent leur choix sur un nombre restreint de consonances de prénoms.

Ces terminaisons nous ramènent près de cent ans en arrière : vers 1870, des prénoms tels que Julie,

L'ANNUAIRE STATISTIQUE DE LA FRANCE 1985

**la base de toute
documentation économique**

**L'annuaire statistique de la France
fournit
l'essentiel de l'information
économique, démographique et sociale
disponible**

Il publie :

- Des séries longues, des données d'enquêtes, des comparaisons internationales fournissant l'essentiel de l'information statistique disponible.
- Une liste d'organismes utiles à connaître, des références documentaires précises facilitant l'accès à une information plus détaillée.
- Des commentaires techniques, des définitions et des précisions méthodologiques permettant une bonne compréhension des données chiffrées.

Le volume, 890 pages, 440 F.

INFORMATION, CONSULTATION, VENTE : B11
dans les observatoires économiques régionaux de l'INSEE
(adresses en fin de publication) et chez les libraires spécialisés.

INSEE

Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques.

Émilie, Amélie, ainsi que Léontine, Alexandrine ou Clémentine figuraient parmi les plus courants [2]. Retour des consonances, retour aussi des prénoms : Émilie, Amélie et Julie ont regagné la faveur des parents, tout comme Julien pour les garçons.

L'usure des prénoms

Chaque année, plus de 5 % des parents d'un garçon ou d'une fille portent leur choix sur un même prénom. Compte tenu du renouvellement continu, il est surprenant de constater que la dispersion ne soit pas plus grande, et que le prénom le plus courant atteigne une fréquence aussi élevée que Louis à la fin du siècle dernier, alors que la rotation des prénoms était beaucoup plus lente.

Dans le modèle actuel, la distribution des prénoms obéit à une loi qui traduit un double souci de la plupart des parents : éviter les prénoms trop communs, éviter un prénom trop original que l'enfant aura du mal à porter. Ces deux exigences, en partie contradictoires, font qu'un prénom ne peut pas se maintenir très longtemps aux premières places; devenu trop courant, il est délaissé par les parents au profit de nouveaux prénoms. L'usure est inévitable. Selon ce schéma, la durée de vie du prénom dépend de la rapidité avec laquelle les parents prennent conscience des prénoms qui percent et de ceux qui ne sont plus au goût du jour.

De nos jours, la montée d'un prénom aux premières places prend en moyenne une dizaine d'années, entre le moment où il n'est donné qu'exceptionnellement et son apogée. C'est le cas pour Sébastien, pratiquement ignoré des parents en 1966, qui culmine en 1976. Les Sandrine se comptent sur les doigts de la main en 1962, elles fourmillent en 1972. C'est en 1965 qu'un Thierry a les plus fortes chances d'être né. En 1974, moins d'un garçon sur cent reçoit encore ce prénom. Le déclin de Philippe est plus lent. Sa fréquence dépasse encore 1 % en 1980, quinze ans après sa période de gloire (graphique V).

A vrai dire, le temps de montée des prénoms est variable d'un prénom à un autre. Nicolas, qui débute son ascension vers 1960, avant Sébastien, parvient à son sommet quatre ans après ce dernier. Comme Philippe, Nicolas fait en quelque sorte partie du vieux fonds de prénoms. Par exemple, dans le Vexin, c'était un prénom très fréquent au XVIII^e siècle [2].

L'air du temps

Brigitte, puis Nathalie et Sébastien ont eu une ascension beaucoup plus rapide. Le succès de Brigitte n'est sans doute pas étranger à la popularité de Brigitte Bardot. Thierry et Sébastien doivent une partie de leur faveur à des feuilletons télévisés. L'engouement pour Nathalie, au milieu des années soixante, vient peu de temps après la sortie d'un « tube » de Gilbert Bécaud. Nicolas est l'un des deux enfants qui, à la fin des années soixante sur le petit écran, s'endorment chaque soir bercés par Nounours. Plus récemment, Émilie est l'héroïne d'un spectacle destiné aux enfants.

Mais, pour tous ces prénoms, les médias jouent surtout un rôle d'amplificateur; ils constituent rarement le point de départ de la progression des prénoms. Dès les années 1945-1949, Brigitte atteint une fréquence de 0,7 % et même de 2 % chez les cadres, alors que le premier grand succès de Brigitte Bardot date de 1956.

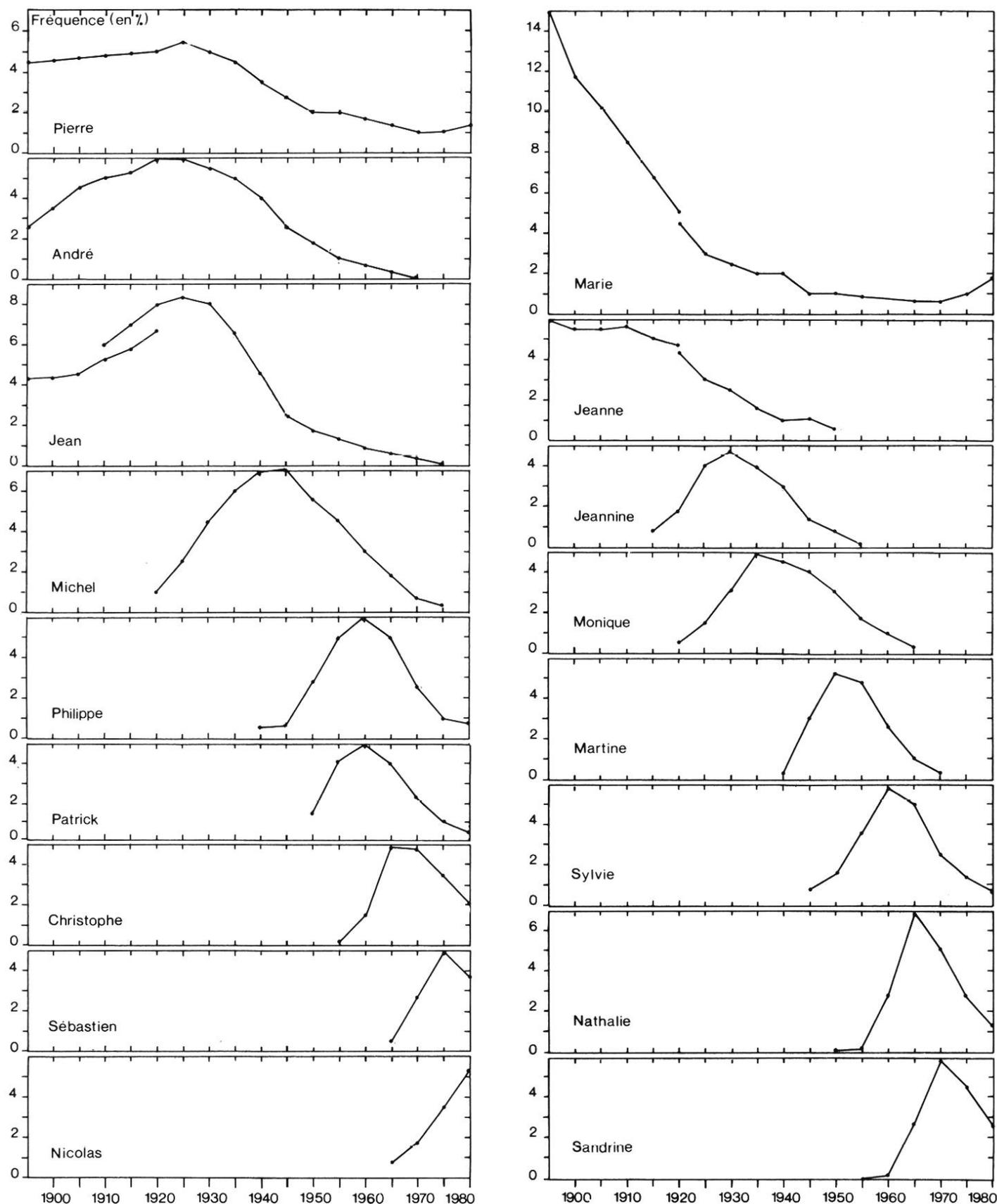
Le phénomène est plus flagrant encore pour Thierry. Il atteint sa vogue maximum au cours des années soixante, au moment de la diffusion de « Thierry la Fronde » sur le petit écran. Mais, dès la fin de la guerre, Thierry est volontiers choisi par les cadres et les professions intermédiaires.

Ces deux exemples illustrent la complexité de l'interaction entre les médias et la diffusion des prénoms. Le réalisateur qui crée un film ou un feuilleton télévisé choisit pour ses personnages des prénoms qui sont déjà dans l'air, au moins dans certaines couches de la population. On sait par ailleurs que beaucoup de chanteurs adoptent des noms d'emprunt qui correspondent mieux à l'image qu'ils veulent donner.

Par leur impact, les moyens de communication modernes ont accéléré le processus de renouvellement. Avant la guerre, le temps de montée d'un prénom était un peu plus long. Dix ans après le seuil de 1 %, Jeannine et ses homonymes parviennent à leur point culminant; il leur faudra près de quinze ans pour redescendre à 2,5 %. Au cours des années trente, le rythme d'expansion est analogue pour Monique, puis Danielle. Comme on l'a vu, les prénoms masculins sont alors moins touchés par ce phénomène. Michel, qui arrive au faite au cours de la seconde guerre mondiale, a commencé sa progression dès la fin de la première guerre.

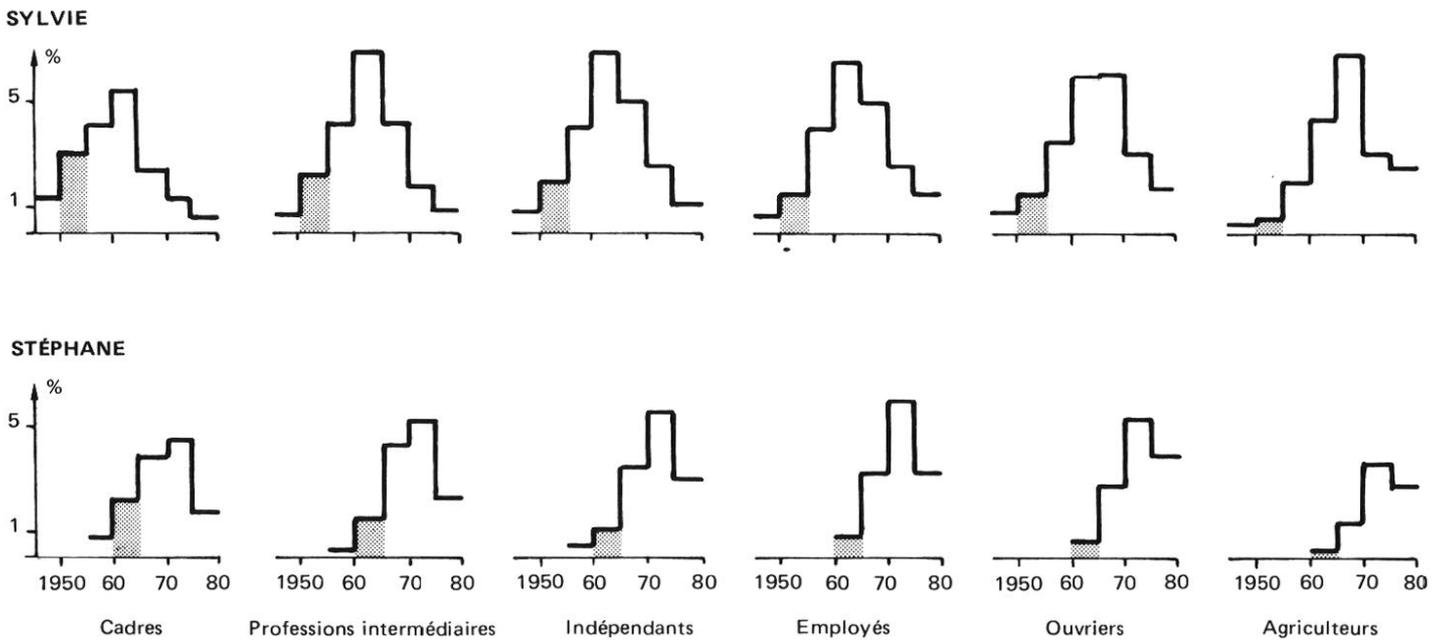
Graphique V

Montée et déclin de quelques prénoms depuis un siècle *



* Pour Marie et Jean, le décrochement observé en 1920-1924 correspond à la différence de saisie des prénoms composés dans les deux sources statistiques relatives à cette période (encadré p. 82).

Diffusion de deux prénoms courants après 1950 suivant le milieu social



Les cadres lancent la mode...

La diffusion d'un prénom commence dans les couches sociales élevées et moyennes. Puis les autres groupes sociaux emboîtent le pas : d'abord les professions intermédiaires et les artisans et commerçants, puis les employés et les ouvriers, enfin, avec un peu de retard, les agriculteurs.

Au cours des années 1950-1954, Sylvie est un prénom porté par 3 % des filles de cadres et 2 % des filles de professions intermédiaires, mais seulement par 0,5 % des filles d'agriculteurs (graphique VI). Les ouvriers se situent entre ces extrêmes. Dans les couches aisées ou moyennes, ce prénom culmine entre 1960 et 1964, tandis qu'il continue sa progression en milieu ouvrier ou agricole où il plafonne dans la quinquennie suivante (tableau 4).

Le phénomène est le même pour les prénoms masculins. Le déclin de Michel est plus précoce parmi les cadres, tout comme la période faste de Patrick et de Philippe. La fréquence de ce dernier prénom avait enregistré une poussée en 1941, au début du gouvernement de Vichy, avec 1,4 %, puis était retombée à 0,8 %. Elle augmente à nouveau après la fin de la guerre, mais de manière très inégale suivant les milieux sociaux : dans les années 1945-1949, 3 % des enfants de cadre portent ce prénom, mais 0,6 % des

enfants d'employé ou d'ouvrier. Philippe atteint son apogée entre 1955 et 1959 dans les catégories les plus aisées, entre 1960 et 1964 dans les autres groupes sociaux, sauf les agriculteurs chez qui ce prénom progresse encore jusqu'en 1965-1969.

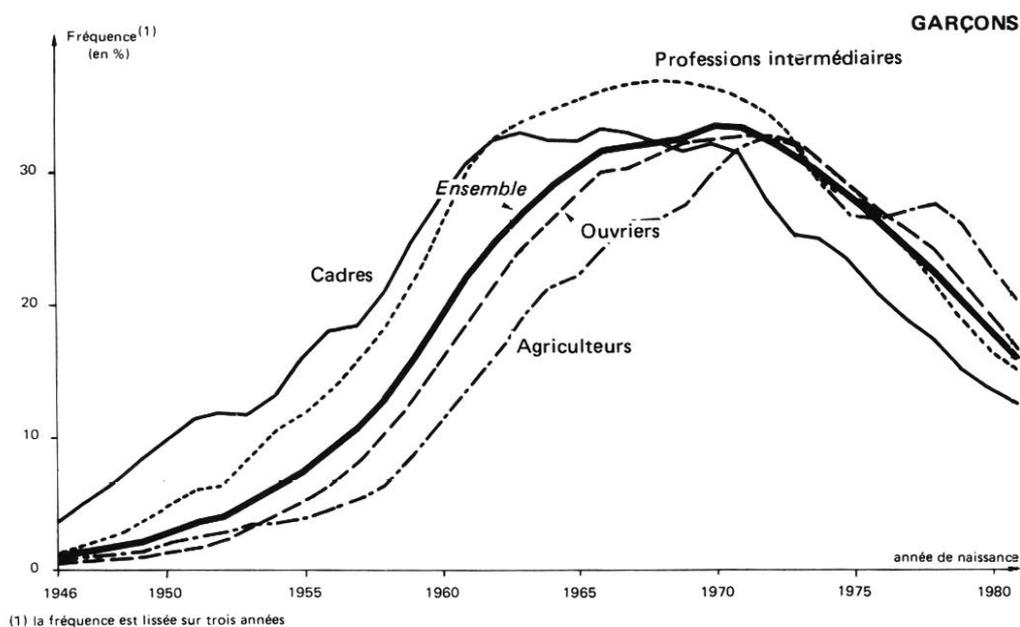
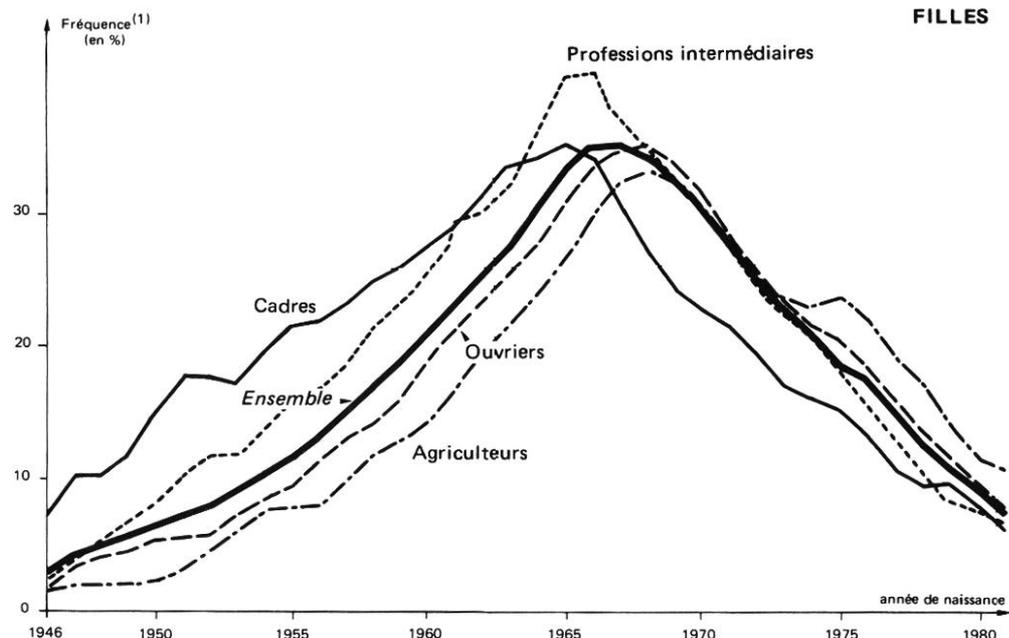
Pour les prénoms qui sont à la mode au milieu ou vers la fin des années soixante, les cadres ont eu près de cinq ans d'avance sur les ouvriers et six sur les agriculteurs (graphique VII). Entre 1950 et 1960, dix ans avant leur apogée, ces prénoms sont trois fois plus courants parmi les enfants des premiers.

Dans ce processus de diffusion, les professions libérales et les professions de l'information et du spectacle devancent légèrement les autres groupes classés parmi les cadres et professions intellectuelles supérieures (tableau 5).

L'avance des catégories supérieures était déjà perceptible dans l'entre-deux-guerres. Dans les générations 1925-1929, les futurs diplômés d'études supérieures, qui viennent souvent des catégories aisées, reçoivent déjà fréquemment les prénoms Michel et Jacques (tableau 6). Dans les générations 1930-1934, Monique est le prénom le plus répandu parmi les bachelières ou les diplômées d'études supérieures. Ce ne sera le cas que quelques années plus tard pour les jeunes filles dont le niveau d'instruction est plus faible.

Graphique VII

La diffusion des prénoms à la mode vers 1965-1969



Dans les années soixante et soixante-dix, aussi bien pour les filles que pour les garçons, le décalage est un peu plus réduit entre les différents groupes sociaux : partout, Nathalie est à son plus haut niveau entre 1965 et 1969, Stéphane entre 1970 et 1974, Sébastien entre 1975 et 1979. Cependant, l'émergence de la plupart des prénoms qui atteignent à la notoriété commence toujours dans les catégories aisées : c'était le cas pour Nathalie, cela le reste pour Sébastien, Céline et Nicolas. La réduction des délais de diffusion à l'ensemble des catégories sociales explique peut-être la moindre dispersion des prénoms au cours de cette période.

... mais s'en détachent plus vite

Entre 1965 et 1969, la fréquence des prénoms Sébastien et Nicolas, encore faible, décroît depuis les cadres jusqu'aux agriculteurs, suivant l'ordre précédent. Mais dès les années 1970 à 1974, Sébastien, qui monte encore, est plus répandu dans les catégories moyennes et chez les ouvriers que chez les cadres.

De fait, Sandrine et Sébastien n'atteignent pas, chez les cadres, les fréquences observées parmi les professions intermédiaires ou les ouvriers. C'était déjà

Tableau 4

Les prénoms masculins les plus fréquents depuis 1945, selon la catégorie socioprofessionnelle du père

	1945-1949		1950-1954		1955-1959		1960-1964	
Agriculteurs	Michel	8,3	Michel	6,4	Michel	6,1	Michel	4,9
	Bernard	4,7	Bernard	4,9	Alain	4,9	Philippe	4,3
	André	4,0	Alain	4,5	Bernard	4,4	Alain	3,6
	Jean-Claude	4,0	Gérard	4,2	Christian	3,7	Pascal	3,5
	Gérard	3,8	Daniel	4,1	Daniel	3,1	Christian	3,4
Indépendants	Michel	6,9	Michel	5,5	Philippe	5,4	Philippe	6,5
	Alain	5,6	Alain	5,0	Patrick	4,9	Éric	5,6
	Bernard	4,4	Christian	4,4	Michel	4,1	Thierry	5,2
	Christian	4,2	Philippe	4,0	Christian	4,1	Pascal	4,6
	Jean-Pierre	3,9	Patrick	3,9	Alain	4,0	Patrick	3,2
Cadres	Michel	6,5	Philippe	5,7	Philippe	7,2	Philippe	6,5
	Alain	6,4	Michel	4,7	François	4,0	Éric	5,1
	Bernard	5,0	Alain	4,6	Pierre	3,8	Thierry	4,2
	Pierre	4,3	Patrick	4,3	Patrick	3,6	Pierre	4,0
	Christian	3,8	Christian	3,7	Michel	3,4	François	3,5
Professions intermédiaires	Alain	8,5	Alain	6,2	Philippe	6,8	Philippe	7,4
	Michel	6,9	Michel	5,3	Patrick	5,5	Éric	5,4
	Daniel	4,6	Patrick	5,2	Michel	4,3	Thierry	5,3
	Gérard	4,5	Bernard	4,0	Alain	4,0	Pascal	5,0
	Jean-Pierre	4,2	Christian	3,9	Christian	3,6	Patrick	3,7
Employés	Michel	7,8	Michel	6,1	Patrick	6,0	Philippe	6,5
	Alain	6,6	Alain	5,4	Philippe	5,6	Pascal	5,1
	Gérard	5,3	Patrick	5,0	Alain	4,7	Éric	5,1
	Christian	5,1	Christian	4,5	Michel	4,7	Thierry	4,8
	Jean-Claude	4,9	Gérard	4,3	Christian	3,7	Patrick	4,2
Ouvriers	Michel	7,5	Michel	5,6	Patrick	5,8	Philippe	5,5
	Daniel	5,3	Alain	5,4	Alain	4,6	Pascal	5,0
	Alain	5,1	Gérard	4,2	Michel	4,3	Patrick	4,4
	Gérard	4,5	Christian	4,2	Philippe	4,1	Thierry	3,8
	Jean-Claude	4,3	Patrick	4,1	Christian	4,0	Éric	3,8

le cas pour Martine, Sylvie ou Nathalie, comme pour Patrick et Stéphane.

Finalement, l'attrait des prénoms à la mode est plus fort dans les couches moyennes urbaines, professions intermédiaires et employés : pendant les quinze années où ils sont les plus attribués dans un milieu donné, les prénoms qui ont été à la mode au cours des années soixante représentent 34 % des prénoms masculins donnés aux enfants des professions intermédiaires, mais seulement 30,8 % pour les enfants de cadres¹ (tableau 5). Aux yeux des cadres, l'attrait d'un prénom diminue dès lors qu'il devient trop répandu.

Dans ce schéma de diffusion, Philippe constitue un prénom à part. Il atteint une fréquence très élevée chez les cadres et chez les artisans et commerçants :

plus de 7 %, dans les années 1955-1959 pour les premiers, dans les cinq années suivantes pour les autres. Dans ces groupes sociaux, il occupe la tête du hit-parade des prénoms masculins pendant quinze ans. En milieu ouvrier, Philippe n'occupe le premier rang que pendant quelque cinq années, entre 1960 et 1964 : sa fréquence y est alors de 5,5 %.

En milieu agricole non plus, la fréquence des prénoms phares n'égale jamais le niveau qu'elle atteint dans les couches moyennes. La diffusion s'y fait avec retard et l'attrait du prénom est déjà atténué.

1. Les prénoms à la mode au cours des années soixante étaient les suivants : Bruno, Christophe, David, Éric, Frédéric, Laurent, Olivier, Pascal, Philippe, Sébastien, Stéphane, Thierry, pour les garçons; Brigitte, Catherine, Chantal, Corinne, Isabelle, Nathalie, Stéphanie, Sylvie, Valérie, Véronique, pour les filles.



Peut-on donner n'importe quel prénom à ses enfants ?

La mairie de Rennes va demander la modification d'une circulaire de 2014 qui interdit le tilde ou l'apostrophe dans les prénoms.

Après Fañch au printemps, c'est le prénom Derc'hen qui a été refusé par l'état civil de Rennes, en août 2017. Mardi 23 janvier, la maire de la ville, Nathalie Appéré (PS), a annoncé qu'elle allait agir pour défendre les prénoms bretons et demander la modification d'une circulaire de 2014 qui exclut la transcription dans l'état civil du tilde ou de l'apostrophe.

Que dit la loi ?

Selon la circulaire du 23 juillet 2014, « *les parents peuvent choisir les prénoms de leurs enfants, pouvant à cet égard faire usage d'une orthographe non traditionnelle* » selon deux conditions :

- seul l'alphabet romain peut être utilisé ;
- les seuls signes dits « *diacritiques* » admis sont les points, tréma, accents et cédilles (ce qui exclut le tilde et l'apostrophe).

Mais, au-delà de l'orthographe, pas question de laisser le champ libre aux idées saugrenues de certains parents. L'officier d'Etat qui enregistre les prénoms est tenu d'avertir le procureur de la République si :

- le prénom nuit à l'intérêt de l'enfant car il est ridicule ou grossier (par exemple : Nutella, Titeuf ou Fraise ont été refusés) ;
- le prénom méconnaît le droit d'un tiers à voir protégé son nom de famille, autrement dit, il est interdit de choisir comme prénom le nom de famille d'une autre personne.

Quand un prénom est refusé, le juge peut exiger des parents qu'ils en soumettent un nouveau. A défaut, il est en mesure d'en attribuer un lui-même.

Prénoms bretons : qu'est-ce qui pose problème ?

LES PRÉNOMS
DERC'HEN ET
FAÑCH ONT ÉTÉ
REFUSÉS

Il est courant dans les prénoms bretons de trouver des apostrophes ou des tildes, qui sont associés à des prononciations particulières. Ainsi « c'h » ne se prononce pas « che » comme en français, mais comme la *jota* en Espagne (un « r » guttural). Ce qui pose problème. En août 2017, l'état civil de Rennes a refusé le prénom Derc'hen car l'apostrophe ne fait pas partie des signes admis dans la circulaire de 2014. Et au printemps 2017, le prénom Fañch, avec un tilde, avait déjà été rejeté (une affaire qui devrait être jugée en appel dans l'année).



Nathalie Appéré

@nathalieappere

L'unité de la République n'est pas soluble dans une apostrophe. La circulaire de juillet 2014 sur les prénoms doit évoluer. Comme d'autres élus bretons, je vais saisir en ce sens la Garde des Sceaux @NBelloubet.

17:44 - 23 janv. 2018

91 78 personnes parlent à ce sujet

A la suite de la demande de Nathalie Appéré, le procureur général de la ville a déclaré que cette question serait réexaminée avec le ministère de la justice au nom du « *risque de rupture d'égalité* ». Car les prénoms Tu'iuvea, N'néné, D'Jessy ou N'Gussan ont, eux, été acceptés à Rennes, alors même que la circulaire de 2014 était déjà en vigueur.

Est-il possible de changer de prénom et de nom ?

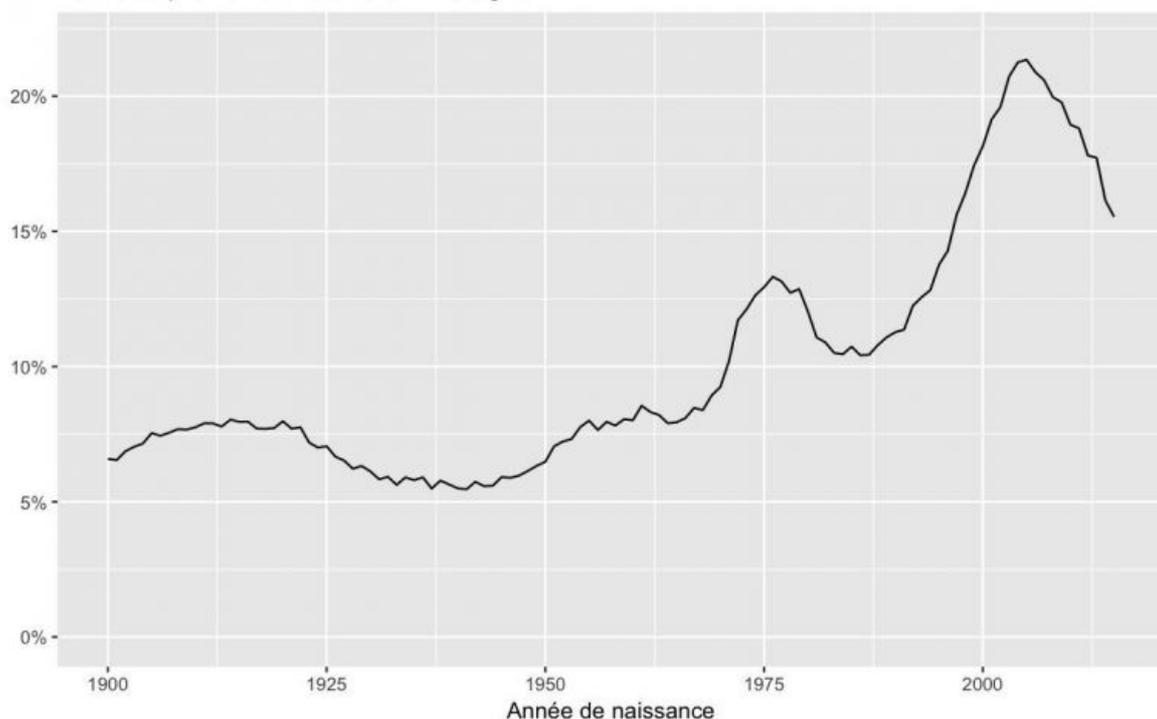
Imaginons que votre prénom, malgré les précautions établies par l'Etat, vous porte préjudice, alors il est possible de le changer, à condition de pouvoir justifier d'un « *intérêt légitime* » (s'il est ridicule, par exemple).

Changer de nom de famille est aussi possible pour les mêmes raisons, si l'on porte le même nom qu'une personne célèbre avec une mauvaise réputation, par exemple, ou encore :

- pour éviter l'extinction d'un nom de famille ;
- si vous utilisez un autre nom depuis longtemps et qu'il vous identifie publiquement ;
- si vos frères et sœurs portent des noms différents et que vous voulez tous porter le même nom.

Modifier son nom n'est pas gratuit, puisqu'il faut d'abord publier son identité dans le *Journal officiel* de la République française pour un montant de 110 euros et faire de même dans un journal local.

Part des prénoms bretons en Bretagne



Source : Insee, Fichier des prénoms, édition 2017

François HÉRAN

UN CLASSIQUE PEU CONFORMISTE : LA COTE DES PRÉNOMS

▼ "Allez, Kevin,
Jonathan Jesus,
Jessica Deborah,
Maria Sheila,
habillez-vous ! on va
à la manifestation
antimondialisation !"
Sur la pancarte :
"Non à la
globalisation". Dessin
d'Idigoras y Pachi
paru dans
El Mundo, Madrid.



Dessin d'Idigoras y Pachi, *El Mundo*, Madrid, reproduit dans *Courrier international*, 31 janvier 2002.

Les initiateurs du présent recueil m'invitent à revenir en toute liberté sur ce grand classique qu'est devenu *La cote des prénoms*. Je leur en suis reconnaissant car je tiens cet ouvrage de Philippe Besnard et Guy Desplanques pour un chef-d'œuvre. J'avais salué sa parution en 1986 par un compte rendu circonstancié dans la *Revue française de sociologie*. J'avais aussi partagé leur indignation quand ils découvrirent un beau jour de 1994 qu'une grande revue de sociologie américaine avait publié un article qui pillait ce travail sans vergogne. L'auteur avait opportunément oublié qu'il avait rencontré Philippe Besnard à Paris et obtenu de lui de précieux conseils de méthode. Le détournement était si flagrant que la revue accepta de publier un rectificatif (Besnard 1995). Cet incident n'a pas empêché le traité de Besnard et Desplanques de poursuivre sa carrière et de devenir une référence internationale reconnue.

Ma conviction n'ayant fait que se renforcer avec le temps, je voudrais revenir ici sur les raisons de mon admiration. Mes réflexions n'apporteront rien de neuf aux plus fidèles des lecteurs, et encore moins aux auteurs. Elles ont pour seul objectif d'inviter mes jeunes collègues au plaisir de la découverte.

On ne dira jamais assez combien «le» Besnard-Desplanques est un objet singulier dans la production sociologique. Dès sa première édition, sous le titre *Un prénom pour toujours: la cote des prénoms hier, aujourd'hui et demain*, il faisait coup triple: il comblait une lacune criante dans l'analyse scientifique d'une pratique pourtant universelle et familière, il touchait un large public par une vulgarisation de haut niveau et il offrait aux enseignants de sociologie un matériel idéal pour initier les étudiants à l'approche quantitative des phénomènes sociaux. Trois niveaux de lecture – et, en définitive, la statistique sociale au service de tous. Je ne connais pas d'autre exemple d'une telle réussite dans la discipline.

La clef du succès tient d'abord à la complémentarité des deux auteurs: un sociologue cultivé et féru de chiffres qui fait alliance durable avec un statisticien-démographe tout ouvert à la science sociale, ce n'est pas si fréquent. Ensemble, les deux chercheurs tenaient les deux bouts de la chaîne: d'un côté, le programme théorique annoncé par Besnard dès 1979 dans un article visionnaire; de l'autre, la construction d'une colossale base de données produite dans le cadre de la statistique publique: elle dépassait déjà deux millions de naissances en 1986, elle en rassemble désormais près de seize¹.

UNE APPROCHE DOUBLEMENT LONGITUDINALE

Une autre qualité de l'ouvrage est apparue au fil des éditions successives: son installation dans la durée. Voilà plus de quinze ans que chaque année, à l'automne,

¹ L'Insee vend sa base de données aux chercheurs au prix coûtant. Pour éviter les conflits d'intérêts entre production publique et usage privé, les auteurs de *La cote des prénoms* l'acquièrent chaque année aux mêmes conditions que tout autre acheteur, bien que l'un d'eux exerce sur place son métier de démographe. Signalons que les revues régionales de l'Insee, s'inspirant du modèle fourni par l'ouvrage, ont publié plusieurs analyses régionales, parfois couplées avec l'étude des patronymes (par exemple Moreau *et al.* 1996). La presse quotidienne régionale s'en est souvent fait l'écho, ce qui a sans doute constitué un relais efficace à la diffusion des travaux de Besnard et Desplanques.

paraît une version mise à jour : la maquette est renouvelée, les données chiffrées sont actualisées, le commentaire s'enrichit de développements inédits (le dernier en date, celui de l'édition millésimée 2004 publiée en septembre 2003, contient une analyse de la migration régionale des prénoms, illustrée par une éloquente série de cartes) et l'on sent combien l'expertise accumulée permet aujourd'hui aux auteurs de déjouer sans peine toutes sortes de pièges dans l'analyse des données (ainsi, le maintien d'un prénom à un score élevé au niveau national ne signifie pas forcément qu'il s'agit d'un classique stable ; il peut cacher une rapide circulation à l'échelle régionale, qui en change la signification). Pour qui a tenté de suivre ce travail d'actualisation d'une édition à l'autre, le Besnard-Desplanques est devenu quelque chose d'unique : un véritable livre permanent, le fruit toujours renouvelé d'une recherche qui vit et respire en même temps que son objet.

On dira que c'est chose commune chez les économistes ou les démographes, accoutumés à suivre la conjoncture dans des publications périodiques. On rappellera aussi que les chroniqueurs gastronomiques ne font pas autre chose quand ils publient chaque année des palmarès actualisés. Et il est vrai que *La cote des prénoms* s'inscrit aussi dans le genre de la chronique conjoncturelle ou dans celui du guide ou du palmarès pour consommateurs éclairés. Mais elle va évidemment plus loin. Loin de la routine des analyses de conjoncture, l'approche adoptée est doublement longitudinale. À la fois *retrospective*, puisqu'elle retrace l'évolution du choix des prénoms depuis au moins le début du XX^e siècle, et *prospective*, puisque les auteurs suivent en temps réel la conjoncture de chaque prénom et n'hésitent pas à la projeter pour les années à venir, non sans prendre quelques risques, offrant ainsi au lecteur attentif la possibilité de vérifier le degré de réalisation des prédictions dès l'édition suivante (disons-le d'emblée : le taux de réalisation est remarquablement élevé!).

Bien entendu, la dimension longitudinale se double d'une dimension transversale : à la mesure des flux annuels, Besnard et Desplanques ajoutent la mesure actualisée des stocks. Et cette fois, c'est le langage des épidémiologistes qui vient à l'esprit : *La cote des prénoms* livre aussi bien l'*incidence* d'un prénom (sa probabilité d'apparition dans l'année) que sa *prévalence* dans l'ensemble de la population (c'est-à-dire la place occupée par chaque prénom dans le stock accumulé au sein de la population en général, toutes générations confondues). « Transversal », « longitudinal », « rétrospectif », « prospectif », « incidence », « prévalence » : inutile de dire que ce jargon est rigoureusement banni par nos rédacteurs, qui tiennent à rester accessibles, mais ce refus autorise justement des usages pédagogiques intéressants car un public d'étudiants peut utilement se pencher sur ces pages pour essayer d'identifier les différentes techniques d'approche mises en œuvre.

DE MÉMOIRE D'HOMME : DES CYCLES D'UN SIÈCLE ET DEMI

D'une édition à l'autre, le commentaire rédigé par Philippe Besnard tente de progresser dans l'identification des cycles de la mode qui gouvernent le choix des prénoms. Résultat surprenant : il apparaît de plus en plus qu'il s'agit d'une mode à récurrence extrêmement longue. Un siècle et demi sépare les sommets des deux

courbes de popularité successives d'un même prénom. Ainsi, nous dit Besnard, Sophie culmine dans les années 1820 et les années 1970, Julie dans les années 1830 et 1980, Pauline vers 1850 et 1995, tandis que Victor, prénom à succès vers 1860, vient seulement de revenir au sommet. À ce rythme, il est vain d'espérer le retour de Marcel avant quelques décennies, puisqu'il était à la mode entre 1900 et 1924 (*La cote...2004*, pp. 316 et 219).

La première de ces pointes nous est connue par le travail de Jacques Dupâquier, *Le temps des Jules* (1987), qui avait analysé l'évolution de 90 000 prénoms au cours du XIX^e siècle, avant de confier généreusement son fichier à Philippe Besnard. Pour scruter la conjoncture annuelle des choix de consommation, il faut, en effet, regarder loin, très loin en arrière. Par ce double regard, porté au plus près comme au plus loin, Besnard et Desplanques confirment à quel point la sociologie bien comprise est une histoire du temps présent. Mais une moyenne de cent cinquante ans entre les succès successifs du même prénom ne laisse pas d'être troublante : est-ce encore une durée à portée d'homme ? L'intervalle excède de loin l'espérance de vie maximale de chacun, pour ne pas parler de l'espérance de vie du chercheur attelé au suivi longitudinal de son fichier : condamné à vieillir en même temps que ses données, il doit attendre que le temps passe pour mesurer l'œuvre du temps.

De ce que le retour des prénoms survienne au-delà d'une vie d'homme, doit-on conclure à l'existence de forces collectives qui actionneraient les intéressés à leur insu ? Besnard ne nous oriente pas dans cette direction. L'adoption des prénoms se fait de proche en proche, d'un groupe social au groupe immédiatement voisin. Les cartes régionales introduites dans l'édition 2004 (p. 364) montrent la propagation d'un prénom comme Loïc, qui émerge en Bretagne au début des années cinquante et met quarante ans à gagner les frontières est et sud du pays. C'est le signe que les emprunts, quand ils ne sont pas centralisés par la télévision, suivent les chemins ordinaires de la sociabilité et de l'émulation sociale. En définitive, les analyses de Besnard suggèrent qu'un laps de cent cinquante ans pourrait bien correspondre à la somme de deux durées, dont chacune reste à échelle humaine. Entre l'émergence et la disparition d'un prénom à la mode (mesurées par le franchissement du seuil de 2% des naissances annuelles de même sexe) s'écoule d'abord en moyenne une quarantaine d'années, pendant lesquelles chacun peut percevoir tour à tour l'émergence, la diffusion et la vulgarisation d'un prénom. Puis intervient, selon une métaphore chère à Besnard, un « purgatoire » incompressible d'un peu plus d'un siècle, qui correspond au temps nécessaire à l'extinction définitive de toute une génération.

Ainsi, loin d'expliquer la remontée cyclique des prénoms par un mystérieux retour collectif du refoulé, Besnard nous invite à penser que ce serait le souvenir vivant des prénoms portés par la génération des grands-parents, voire des arrière grands-parents, qui viendrait sciemment « refouler le retour ». Il met le doigt, ce faisant, sur une caractéristique majeure de nos sociétés : alors que dans la société traditionnelle, le prénom s'héritait des grands-parents par le biais du parrainage spirituel, nous attendons désormais la disparition complète des anciens pour récupérer leurs prénoms, comme s'il fallait éviter à tout prix le chevauchement ou, peut-être, la concurrence onomastique des générations. La recherche de l'originalité ne s'observerait pas seulement sur la dimension horizontale qui éparpille les familles et les groupes mais sur l'axe vertical où se succèdent les générations.

C'est une découverte majeure. Il serait intéressant de pouvoir vérifier un jour si l'allongement très sensible de l'espérance de vie dans les dernières décennies a contribué à différer d'autant le retour des prénoms. Pour l'instant, cette vérification semble hors de portée, tant elle requiert de temps.

LA DIFFUSION VERTICALE DES GOÛTS: UN MODÈLE BIEN ATTESTÉ...

Un autre résultat majeur de *La cote des prénoms* est la preuve empirique qu'un prénom a beau être choisi pour sa beauté ou rejeté pour sa laideur, il n'est, selon la formule de Besnard, « ni beau ni laid en soi ». Aussi étrange que cela nous paraisse aujourd'hui, des générations entières de parents ont pu voir en Marcel, Eugène, Marie-Louise ou Germaine le plus beau des prénoms. À son tour, la génération du baby-boom découvre, non sans douleur, que Michel, Martine ou Patrick sont devenus trop désuets pour qu'on songe aujourd'hui à les donner aux nouveau-nés, sous peine de leur infliger un sérieux coup de vieux. Ce ne sont pas les prénoms qui sont en cause, conclut Besnard, mais le fait de les choisir à tel ou tel moment. Traduisiez: le fait de les choisir *avant*, *avec* ou *après* le choix des autres. Nous ne jugeons directement de rien, nous en jugeons par rapport au jugement d'autrui.

Cette proposition serait bien générale et, pour tout dire, assez banale si Besnard ne prenait soin de pousser l'analyse (*La cote... 2004*, p. 318). Il montre que trois conditions doivent être remplies pour qu'un prénom tombe en disgrâce. On peut les reformuler ainsi:

- un prénom nous paraît d'autant plus laid qu'il a été jugé très beau dans le passé (le critère étant l'attribution à une forte proportion de naissances, de l'ordre d'au moins une sur cinquante);
- un prénom est d'autant plus répulsif que sa dernière période attractive a été brève;
- un prénom semble irrémédiablement déclassé quand ses porteurs les plus visibles ont de 40 à 90 ans, c'est-à-dire sont entrés dans la seconde moitié de leur vie.

Ainsi, l'amour que l'on a pour un prénom finit rapidement par l'étouffer s'il est trop intense et trop bref. C'est ce qui fait tout à la fois la force et la faiblesse des engouements collectifs: leur légitimité vite acquise est vulnérable, parce que la poussée des nouveaux venus n'est pas moins légitime et suffit à les dépouiller de leur nouveauté.

En rapprochant les diverses analyses publiées par Besnard et Desplanques séparément ou conjointement, on peut dégager trois genres fondamentaux de prénoms: les « prénoms-mode », qui se diffusent de haut en bas, les prénoms « classiques » cultivés de façon stable par les familles bourgeoises et les prénoms d'origine américaine que les milieux populaires empruntent directement aux médias.

Les « prénoms-mode », dans la terminologie de Besnard, sont les prénoms qui sortent un jour de l'ombre pour franchir un seuil de visibilité situé aux environs de

2% des naissances de l'année. Ils se propagent ensuite de proche en proche (ce qui donne mécaniquement à leur progression la forme d'une courbe log-normale), avant de décliner et disparaître. Dans son article pionnier de 1986, Desplanques a retracé rétrospectivement sous forme de courbes l'ascension et le déclin de Jean, Michel, Philippe, Patrick, Christophe, Sébastien, Nicolas, qui se sont succédé au palmarès des prénoms des années trente aux années quatre-vingt. Il a fait de même pour Jeannine, Monique, Danièle, Françoise, Martine, Sylvie, Nathalie, Sandrine. Une fois reconstitués ces parcours, nos deux auteurs ont pu suivre, d'une édition à l'autre, la noria des « prénoms-mode » qui ont pris le relais : Aurélie (1981-1986), Élodie (1988-1990), Marine (1991-1992), Laura (1993-1994), Manon (1995-1996) et Léa (depuis 1997), la série masculine alignant quant à elle Julien (1983-1988), Kevin (1989-1994), à nouveau Nicolas (1995), puis Thomas (1996-2000) et Lucas (depuis 2001).

Un acquis majeur des travaux de Besnard et Desplanques est d'avoir apporté la preuve empirique que les fluctuations de la mode obéissent d'abord au principe de la diffusion verticale des goûts. On peut même dire qu'il n'en existe pas de démonstration plus solide dans la littérature sociologique. Guy Desplanques l'a montré dès son article de 1986 : quand on trace les courbes de diffusion des « prénoms-mode » par catégorie sociale, elles s'alignent comme à la parade. Les cadres ouvrent la marche, suivies des professions intermédiaires, des employés et des ouvriers. Les artisans et commerçants figurent en position médiane, tandis que les agriculteurs ferment le ban. Ce sont autant de courbes normales régulièrement décalées dans le temps. Or la diffusion verticale des goûts est à l'espace social ce que la propagation de proche en proche est à l'espace géographique. Et les deux phénomènes peuvent s'additionner sans contradiction.

... CONFIRMÉ PAR L'ÉCHELLE SOCIOPROFESSIONNELLE DES INNOVATIONS...

Besnard et Desplanques poussent la démonstration dans une analyse publiée en 1999 par la *Revue française de sociologie*. Ils utilisent cette fois les catégories socioprofessionnelles détaillées à deux chiffres. Ils prennent pour indicateur d'innovation la capacité à choisir un prénom au moins dix ans avant qu'il ne franchisse le seuil de 1 pour mille. Il en résulte une hiérarchisation des catégories sociales d'une remarquable cohérence. Les plus précurseurs sont les journalistes et les artistes, capables de lancer très tôt des prénoms inédits comme Nathalie ou Céline, exhumés dès la fin des années quarante et le début des années cinquante, alors que la diffusion de ces prénoms ne culminera en France qu'une vingtaine d'années plus tard. Ils sont immédiatement suivis des professions libérales, qui se spécialisent davantage dans la relance précoce de prénoms traditionnels comme Isabelle ou Catherine. Viennent ensuite – et ensuite seulement – les chefs d'entreprise, les cadres et les ingénieurs, ce qui indique clairement que la recherche d'un prénom précurseur est une activité de type culturel : c'est davantage l'affaire des groupes sociaux les plus instruits que celle des groupes les plus riches. Quand on passe aux professions intermédiaires, le taux d'innovation reste encore élevé chez les infirmières et les travailleurs sociaux. Au sein des indépendants, la diffusion précoce des prénoms est plus fréquente chez les commerçants et les employés de

commerce que chez les artisans. Après quoi l'on arrive aux gros bataillons des employés, puis des ouvriers, où les catégories les moins bien placées sont les ouvriers les moins qualifiés, qu'ils travaillent dans l'industrie, l'artisanat ou l'agriculture.

Ainsi, le modèle de diffusion de haut en bas n'a rien d'un mythe, tout au contraire. Et l'article de Besnard et Desplanques vient démentir, par une démonstration impeccable, les propos hâtifs des sociologues ou des essayistes qui croient régulièrement pouvoir enterrer les catégories socioprofessionnelles. Dans un domaine comme celui de la circulation des prénoms-modes, leur pouvoir descriptif reste intact.

Reste à passer de la description à l'explication. La catégorie sociale est un faisceau de propriétés sociales agissantes qu'il n'est pas facile de démêler. On manque pour l'instant d'analyses statistiques multivariées qui, telle la régression logistique, permettraient d'en savoir plus, et c'est là assurément la principale lacune de cet ensemble de travaux. Besnard avance une hypothèse plausible qui reste à vérifier: l'innovation est d'autant plus intense que la catégorie sociale est riche en sociabilité. On sait effectivement (en particulier par l'enquête Contacts menée à l'Insee dans les années quatre-vingt) que les classes populaires ont un réseau de sociabilité fréquenté de façon intense mais répétitive et, de ce fait, plutôt pauvre en informations nouvelles. À l'inverse, la sociabilité des intellectuels et des professions libérales est faite de contacts rapides et diversifiés, propices à la diffusion des nouveautés culturelles. Cela expliquerait que les professions les plus « relationnelles » soient aussi les plus aptes à innover en matière de prénoms.

... MAIS CONCURRENCÉ PAR LE MODÈLE DE LA POLARISATION DES GOÛTS

Ces conclusions doivent cependant rester provisoires car la découverte capitale est que la diffusion en cascade n'est pas l'unique modèle de référence. À côté des prénoms soumis au cycle de la mode, *La cote des prénoms* signale l'existence d'un stock de prénoms « classiques »: prénoms stables, inscrits de longue date dans le patrimoine onomastique des familles bourgeoises, comme peuvent l'être Agnès, Anne, Claire, Emmanuelle, Hélène pour les filles, François, Pierre, Marc, Antoine, Bertrand, Étienne, Xavier pour les garçons... Quasiment indémodables, relativement protégés des fluctuations sociales, ces prénoms tapissent en quelque sorte notre système d'appellation et sont disponibles pour d'éventuelles réactivations. Sur ce point précis, les analyses des auteurs ont quelque peu évolué. À lire les dernières éditions du guide, on comprend mieux que la frontière entre prénoms classiques et prénoms-mode n'est pas étanche. Il arrive aux prénoms classiques d'être emportés un temps par la mode, mais sur des vagues moins brutales et plus longues, suivies d'une retombée qui n'est jamais synonyme de disparition et ne compromet guère leur image. Ainsi Claire a-t-il progressé au tournant des années quatre-vingt, pour culminer modérément pendant une douzaine d'années au niveau de 0,8% des naissances féminines, ce qui préserve ses chances de remonter dans un avenir proche.

Très clairement, les prénoms classiques sont conformes au « goût bourgeois ». Les professions libérales y ont recours quatre à six fois plus souvent que les

ouvriers, la distance ayant même tendance à se creuser quand le prénom se fait plus rare (*La cote... 2004*, p. 334). Écarts considérables, par conséquent. L'analyse à laquelle s'est livré Besnard à partir des travaux de Cyril Grange sur le Bottin mondain permet d'approfondir cette relation. Elle présente le grand intérêt de couvrir près de deux siècles de naissances, de 1820 à 1991. Il apparaît qu'avant la Grande Guerre, la population mondaine pouvait devancer la population ordinaire d'une trentaine d'années, voire davantage, dans l'innovation en matière de prénoms (l'indicateur retenu étant l'intervalle qui sépare les sommets respectifs des deux courbes). C'était le cas pour des prénoms comme Marguerite, Yvonne, Suzanne ou Madeleine, ou, côté masculin, pour Georges, Henri, Marcel, Maurice.. Depuis lors, l'avance n'a cessé de fondre : une douzaine d'années dans les années trente, moins d'une dizaine dans les années soixante, l'écart étant quasiment aboli dans les dernières années.

À ce stade de la démonstration, le lecteur pourrait conclure à l'uniformisation des goûts, mais c'est mal connaître notre sociologue, qui nous réserve encore une de ces surprises dont il a le secret : « car à mesure que les écarts se réduisent, les différences se creusent » (Besnard et Grange, 1993 : 275). En effet, les prénoms adoptés par les fractions mondaines de la bourgeoisie n'appartiennent plus au même stock que ceux qui attirent le commun des mortels. Talonnée par les nouveaux bourgeois, la vieille et haute bourgeoisie du Bottin se réfugie plus que jamais dans l'univers ouaté des prénoms à cycle lent, hérités de la tradition, classiques entre les classiques, tels Antoine, Bertrand, Guy, Henri, Anne, Béatrice, Claire ou Geneviève. C'est dans ces milieux que la répulsion est naturellement la plus vive à l'égard des nouveautés anglo-saxonnes : Audrey, Vanessa, Mickaël, Kevin, etc., sont totalement bannis. Mais, plus en amont déjà, les vagues d'innovation incarnées dans les années trente par la série Yvette, Paulette, Georgette, ou à la fin des années soixante par les Sandrine, Nathalie, Corinne, étaient frappées du même ostracisme. L'aristocratie, quant à elle, n'a fait qu'accentuer les stratégies de repli de la haute bourgeoisie. Les deux mondes ont en commun, non seulement de rester imperméables aux innovations populaires, mais, réciproquement, de ne guère exporter leurs prénoms les plus typés. Les Charles-Henry, Charles-Édouard ou Jean-Eudes apparaissent trop marqués pour espérer séduire les autres catégories sociales.

Mais, s'il y a des « prénoms bourgeois » ou hautement bourgeois, il y a aussi des « prénoms populaires », en ce sens qu'ils ne résultent pas de la retombée en cascade des choix effectués par les catégories supérieures mais appartiennent au peuple et à lui seul. Ce sont les fameux prénoms à consonance anglo-saxonne, tirés des télé-feuillets américains. En 1986, Besnard et Desplanques relevaient l'apparition en milieu populaire de prénoms tels que Vanessa, Cindy, Jennifer, Audrey, Anthony, Christopher, Michaël, David, Grégory... Par la suite, ils ont vu surgir Kevin, Allan, Jason, Elliott, Brenda, Kimberley, Stacy, Wendy et bien d'autres. L'analyse régionale montre que ces innovations éclosent souvent au sein de régions ouvrières comme le Nord-Pas-de-Calais ou la Picardie. Faute d'être relayées par les classes moyennes ou supérieures ou par les agriculteurs, leur diffusion reste limitée aux milieux populaires. Mais comme ces derniers pèsent beaucoup dans la population globale, il s'ensuit qu'une part considérable des choix de prénoms en France s'effectue en dehors du schéma classique de la diffusion du haut vers le bas.

Besnard conclut à l'existence d'une « polarisation » des goûts entre « goûts bourgeois » et « goûts populaires » qui, loin de s'atténuer, tend à se creuser avec le temps. Le fossé d'ignorance qui sépare les deux pôles est tel qu'on peut imaginer, à la limite, l'essor simultané du même prénom – ou de deux prénoms homonymes

– dans les deux mondes. Et tel est bien le cas, semble-t-il, du prénom féminin Inès (*La cote... 2004*, pp. 177 et 341), dont Besnard signale l'étonnante double vie : substitut chic d'Agnès dans les milieux BCBG (il est en tête du *Bottin Mondain* en 2000-2002), c'est aussi une variante du prénom arabe Inas, qui connaît actuellement une grande vogue dans les banlieues. Il cumule en 2002 le premier rang en Seine-Saint-Denis et le troisième dans les Hauts-de-Seine et à Paris, si bien qu'il arrive déjà en septième position du palmarès national féminin ! Cas exceptionnel, précise Besnard, mais d'autant plus fascinant. Qu'advient-il lorsque les hauts-lieux du 92 finiront par découvrir (grâce à la dernière édition du guide...) cette fâcheuse homonymie avec les bas-fonds du 9-3 ? Vont-ils précipiter la chute d'Inès pour éviter la confusion ? Pour lever ce suspense sociologique, réservez dès maintenant chez votre libraire l'édition 2005 de *La cote des prénoms*.

Au total, le chantier ouvert depuis plus de quinze ans par Besnard et Desplanques multiplie les découvertes en déplaçant les questions. Récapitulons quelques acquis :

- « un prénom n'est ni beau ni laid en soi », ce n'est pas lui qui est en cause mais le moment où on le choisit : *avant*, *avec* ou *après* les autres consommateurs ;
- les prénoms sont trop démotivés pour faire sens, ils valent d'abord par leur son ; le jugement esthétique de la mode a d'abord pour objet des familles sonores de prénoms ;
- le goût des prénoms neufs se diffuse de haut en bas dans le corps social, mais seulement pour une partie d'entre eux, les prénoms populaires et les prénoms bourgeois ayant des origines et des destins de plus en plus séparés, ce qui récuse les explications de la diffusion par de simples effets de domination ;
- le cycle complet des prénoms à la mode dure environ 150 ans, soit 40 ans de vie au grand jour et 110 ans de purgatoire, mais ces deux durées restent à portée de la mémoire humaine ;
- la stabilité d'un prénom à l'échelle nationale peut couvrir une lente propagation de région en région sur une quarantaine d'années ;
- tout en étant prises dans le mouvement cyclique national, certaines régions frontalières ou périphériques, à commencer par la Bretagne, manifestent une grande productivité en matière de prénoms, qui semble compenser le déclin des langues régionales ;
- la législation de 1994 a libéré le choix du prénom dans les milieux populaires, mais au profit d'une hégémonie américaine, tandis que les variantes graphiques d'un même prénom se sont multipliées, comme pour mieux permettre d'individualiser les prénoms partagés avec autrui ;
- la mondialisation des prénoms est en marche, mais l'apparition de quelques grands prénoms internationaux venus d'outre-Atlantique n'empêche pas les systèmes nationaux de suivre encore leur propre logique, avec des cycles décalés et inégalement rapides.

On mesure à cette énumération – pourtant incomplète – l'étendue des questions traitées par la petite entreprise Besnard & Desplanques et son observatoire permanent. Grâce à leurs travaux, nous mesurons mieux combien le choix du prénom est au croisement de tous les axes de l'identité : individu, sexe, génération, groupe social, région, nation, espace européen et transatlantique. De proche en proche, les connaissances produites par Besnard et Desplanques touchent à des pans entiers de la science sociale : sociologie du goût et de la consommation, sociologie de la diffusion et des échanges culturels, sociologie des classifications sociales, histoire de l'immigration, sociolinguistique, sociologie de la famille et de l'identité individuelle. Un sujet de recherche qui pouvait sembler marginal occupe désormais une position centrale dans la discipline. Souhaitons encore longue vie à cette entreprise, qui n'a pas fini de nous livrer ses richesses !

Les prénoms, révélateurs des discriminations du bac

Croiser prénoms et taux de mentions « très bien » au bac : à l'issue de la session 2016, le sociologue Baptiste Coulmont expliquait, pour « Le Monde », ce classement iconoclaste.



Résultats du bac 2016 à la Réunion. RICHARD BOUHET / AFP

Le sociologue Baptiste Coulmont publie chaque année son « Projet mentions », qui associe, pour chaque prénom, le taux d'obtention d'une mention « très bien » au bac .

A l'issue de la publication des résultats du bac en 2016, voilà comment il nous expliquait sa démarche :

En France , les inégalités sont tellement fortes qu'un seul indice, le prénom, suffit à les déceler . Chaque année depuis 2012, je récupère les résultats nominatifs au bac (général et technologique) et je croise, sur mon blog, les prénoms des candidats avec leur mention. Démarche iconoclaste ou paradoxale : quelle idée d'étudier ensemble ces deux choses ! D'un côté, le résultat d'un choix parental intime basé sur la psychologie individuelle ou le goût pour certaines sonorités ou certaines références, a priori détaché de la position sociale. De l'autre, le résultat attendu d'un travail scolaire : n'est-il pas vrai d'ailleurs que « tout le monde » a le bac ?

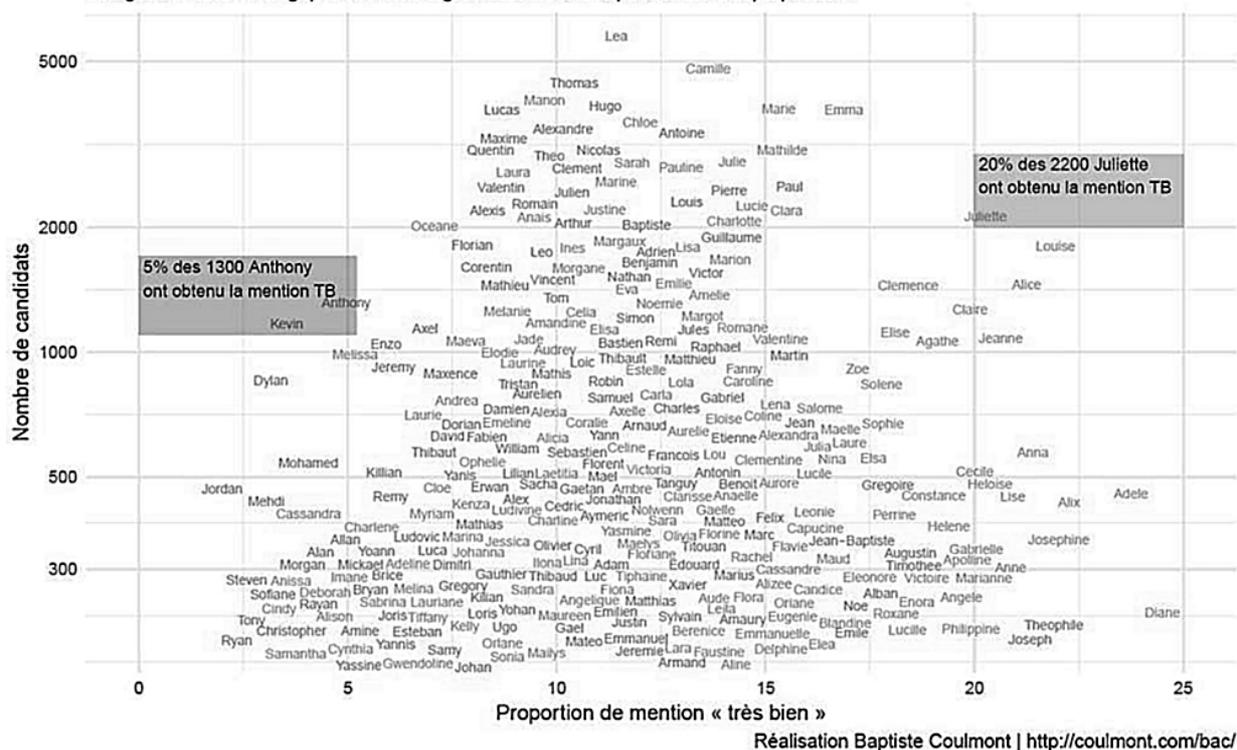
Au bac 2016, plus d'un quart des candidates prénommées Esther ou Diane ont obtenu une mention « très bien », dix fois plus que les candidats prénommés Steven ou Sofiane (voir le graphique page suivante).

D'un côté du graphique, Louise, Alice, Claire, Jeanne, Paul et Augustin. De l'autre Quentin, Océane, Maéva, Damien, Jordan et Anissa.

Ces différences n'étonnent pas les sociologues : nous savons que les résultats scolaires sont corrélés à l'origine sociale, et nous savons aussi que le choix des prénoms diffère avec la position sociale. Elles étonnent pourtant : de nombreux sites Internet les reprennent, souvent dans une rubrique « Insolite ». Car quelque chose surprend dans ce graphique : la mise au jour, violente, d'une forme d'inégalité sociale. Si la réussite scolaire n'était liée qu'au « mérite » les prénoms ne devraient pas être ainsi répartis.

Prénoms et mention, 2017

Bac général et technologique. Positions légèrement modifiées pour éviter la superposition.

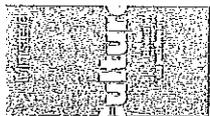


Le bac est, en réalité, un examen très discriminant. Contrairement à ce que pensent les vieux philosophes conservateurs, « tout le monde » ne l'a pas. Moins de 40 % des personnes nées en 1995 ont obtenu un bac général. Un quart de cette génération n'a pas le bac, principalement les enfants des milieux les plus défavorisés, très rarement les enfants des cadres. Ainsi 90 % des enfants d'enseignants entrés en 6^e en 1995 ont obtenu le bac (et 40 % un bac S), ce n'est le cas que de 40 % des enfants d'ouvriers non qualifiés (moins de 5 % sont détenteurs d'un bac S).

Passer par les prénoms permet de mettre ces inégalités en évidence d'un seul coup d'œil : ce sont nos prénoms qui apparaissent sur ces statistiques, ou ceux de nos cousines, de nos amis, de nos enfants. « Ceux du personnel de maison », diraient certains en souriant. Nul doute que les vicomtes trouveraient scandaleux de faire apparaître ce fait ; la domination s'exerce bien mieux quand elle reste cachée. Il n'y a aucune raison à ce que des prénoms différents soient associés à des fréquences différentes de mentions très bien. Si toutes les Domitille — qui ont souvent des mentions — s'étaient appelées Banane, elles auraient eu les mêmes résultats. Aucune raison, donc, si ce n'est que des milieux sociaux différents choisissent, pour leurs enfants, des prénoms différents.

Car les prénoms ne sont que des indicateurs indirects de la classe sociale. Des classes sociales d'un nouveau type : on ne parle pas ici de bourgeoisie et de prolétariat, mais d'une quasi-infinité de groupes, distingués les uns des autres par une infinité de petits choix qui sont la traduction de positions différentes dans l'espace social et géographique. Ainsi les parents de Yasmina ne sont pas ceux de Yasmine. Entre ceux de Jennifer et ceux de Jessica (pour prendre deux prénoms associés à une faible proportion de mentions), il y a autant de différences qu'entre ceux de Domitille et ceux de Madeleine (deux prénoms « à mention »).

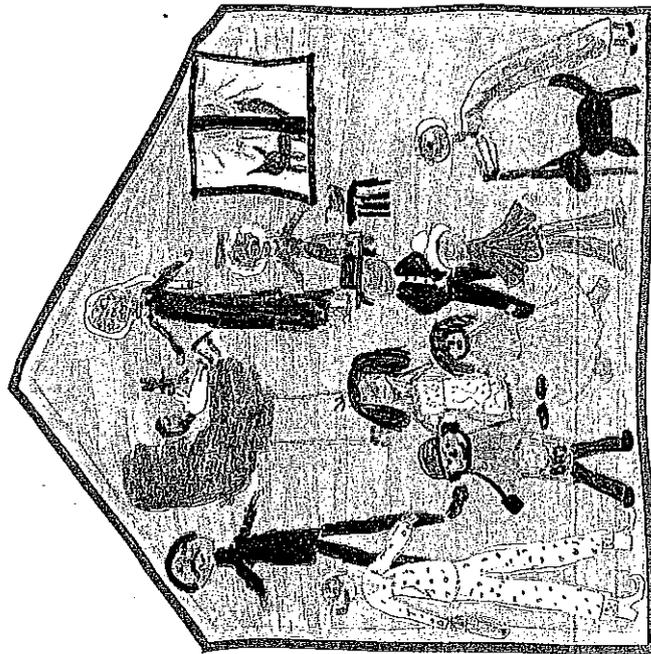
Mais si les prénoms indiquent la classe sociale, il s'agit de la classe vécue. Les prénoms ne sont pas des termes techniques extérieurs au monde quotidien : il ne s'agit pas de « professions intermédiaires » ou d'« ouvriers spécialisés », il ne s'agit pas d'une nomenclature administrative, mais d'une forme de classement banal. Nos parents parlaient, en souriant, des Marie-Chantal, fausses bourgeoises trop voyantes, et certains, aujourd'hui, des Kevin ou des Mohamed. J'essaie de prendre appui sur cette capacité du prénom à classer les individus pour donner à voir, crûment, sans euphémisme, les inégalités de réussite des uns et des autres, traduction concrète des inégalités de destin dès le berceau », comme l'écrit mon collègue Camille Peugny, voire avant même la naissance, quand, après la seconde échographie, les parents fixent le choix d'un prénom.



Dirigé par
Agnès Fine

ADOPTIONS

Ethnologie des
parentés choisies



Bernard Vernier

Prénom et ressemblance Appropriation symbolique des enfants, économie affective et systèmes de parenté

On pourrait progresser dans la compréhension des systèmes de parenté si l'on donnait toute leur importance aux règles de prénomination qui utilisent des pré noms d'origine familiale et aux taxinomies populaires sur les ressemblances entre parents. Ces règles et ces taxinomies constituent deux modes de répartition symbolique des enfants entre les parents et les familles alliées. On peut les considérer comme faisant partie, à part entière, des traits structuraux des systèmes de parenté. C'est ce que je voudrais démontrer en prenant plusieurs exemples.

Le système karpathote

Le système de parenté découvert dans l'île grecque de Karpathos en mer Egée¹ est un système à deux lignées sexuées nettement séparées. Chacune a pour support deux pré noms qui se succèdent en alternance. Le premier-né des garçons héritait (champs, moulin, maison) de son père et de son grand-père paternel dont il portait le prénom et dont il poursuivait la lignée masculine. La première-née des filles, de sa mère et de sa grand-mère maternelle dont elle portait le prénom et dont elle poursuivait la lignée féminine. Les autres enfants étaient déshérités sauf parfois le deuxième né de chaque sexe qui pouvait servir de substitut à un aîné manquant. De façon générale les cadets émigraient et les cadettes restaient sur place, célibataires à vie. Elles servaient de bonnes et d'ouvrières agricoles aux couples des aînés.

1. J'ai donné une description de ce système de parenté unique en Europe dans *La genèse sociale des sentiments : aînés et cadets dans l'île grecque de Karpathos*, EHESS, 1991. Le texte présenté ici reprend et développe mon intervention du 25 février 1994 à Toulouse dans le cadre de l'Institut d'études doctorales.

Les règles de nomination qui étaient au principe de la légitimation de ce système successoral inégalitaire (l'héritier était l'homonyme de celui dont il héritait) contribuaient pour une part importante à structurer l'ensemble des rapports de parenté économiques (il fallait porter le prénom adéquat pour hériter) mais aussi symboliques (le prestige des aînés était lié à leur prénom) et affectifs. Les parents se partageaient (c'est l'expression indigène) les enfants en fonction de l'origine des prénoms de ces derniers. A la mère, la fille aînée mais aussi le deuxième né des garçons qui portait le prénom de son grand-père maternel à lui. Au père, le premier-né des garçons et la deuxième née des filles qui portait le prénom de sa grand-mère paternelle à elle. Les grands-parents tendaient à éprouver une sorte de passion pour leur héritier-homonyme et considéraient les autres petits-enfants un peu comme des étrangers. Les règles de nomination contribuaient même dans une certaine mesure à structurer les rapports affectifs entre germains en opposant les enfants du père et ceux de la mère.

Or il existe dans cette société une théorie populaire sur les ressemblances familiales. Le premier-né des garçons est censé ressembler physiquement (surtout le visage) à sa mère, le deuxième dans une moindre mesure à son père, la première fille à son père et la deuxième à sa mère. A partir des troisièmes nés de chaque sexe on hausse les épaules comme s'il s'agissait d'une question absurde : « Oh, le troisième ! » Ces cadets ressembleraient un peu aux deux parents sans être la réplique d'aucun. Ils sont « bâtards » (*bastardmena*). Plus qu'aux parents ou aux grands-parents ils peuvent ressembler à des oncles et tantes, à des parents éloignés ou même à aucune personne de la famille. La plupart des Karpathotes sont d'accord pour affirmer le caractère absolu de cette théorie. Il suffit d'ailleurs d'interroger les villageois sur les ressemblances dans leur famille et de traiter statistiquement leurs réponses pour s'apercevoir qu'ils adhèrent à leur théorie jusque dans leurs perceptions.

La théorie karpathote établit des liens de ressemblance entre les premiers-nés de chaque sexe et celui des deux parents auquel ils n'appartiennent pas. Les règles de ressemblance contredisent directement, pour les aînés de chaque sexe mais aussi pour les deuxièmes, les règles de filiation. Or c'est ce qui se passe également chez les Katchin patrilinéaires (Leach 1966) où les enfants sont censés ressembler à leur mère et chez les Trobriandais matrilineaires (Malinowski 1930) où ils ressemblent à leur père.

Elle crée les conditions d'une bonne collaboration entre les parents mais aussi la met en pratique en faisant de la procréation un échange de dons entre les lignées. La mère possède une fille qui en ce qu'elle a de plus humain (son visage) lui vient du père et ce dernier un garçon qui lui vient de la mère. Chacun des aînés est ainsi un cadeau offert par l'un des conjoints à son partenaire. La théorie des ressemblances associée à l'idéologie de l'*anastassi* (résurrection à travers le prénom) organise la complémentarité des conjoints en faisant de chaque aîné le produit d'une rencontre entre un corps donné par un parent et une « âme » transmise par son conjoint.

Cette théorie vient aussi souligner le statut inférieur des cadets. Elle n'a d'effets positifs que pour les aînés et dans une moindre mesure les deuxièmes dont on a vu qu'ils pouvaient être utilisés dans les stratégies de reproduction des lignées. Comme si la ressemblance des cadets, n'étant plus fonctionnelle, n'avait plus besoin d'être codifiée socialement, comme si encore, pour tirer toutes les conséquences de l'idée exprimée par les Karpathotes, Dieu n'avait pas jugé nécessaire que les parents puissent aimer les cadets qui ne portent pas un nom de leur côté. Les cadets ne ressemblent fortement à aucun des deux parents. Il ne sont pas vraiment intégrés dans le système

(...)

Il est probable que l'importance des règles de nomination dans la structuration des rapports de parenté existe à des degrés divers dans toutes les sociétés où l'on donne aux enfants ou à certains d'entre eux des prénoms d'origine familiale. Cela est évident dans les sociétés comme celle des Guro⁶ ou des Bushmen où Ego utilise le même

6. Ariane Deluz note à propos des Guro de Côte-d'Ivoire qu'une belle-fille peut échapper à sa position habituelle si elle porte le nom de la grand-mère de sa belle-mère. Cette dernière l'appelle alors « grand-mère » (et non « bru ») et elle la traite avec respect. Quand deux hommes non apparentés sont homonymes, le père de l'un appelle « fils » le fils de l'autre et les deux fils se disent frères.

terme de parenté pour deux parents homonymes, appelant, par exemple, frère aîné, le parent homonyme de son frère aîné. Mais on oublie trop souvent qu'il en va de même dans des sociétés proches de nous. Nous ne donnerons qu'un exemple. Au Maroc⁷ les enfants, avant tout les garçons mais aussi les filles, homonymes d'un grand-parent paternel ou maternel mort, font l'objet d'un respect et d'une affection particulière de la part de leurs parents : « C'est comme si vous aviez votre père ou votre mère à la maison. On les aime et on les respecte comme ses propre parents. » Il ne faut ni les frapper ni les insulter ni même les fâcher. On évite de les laisser pleurer et on les dorlote plus que les autres enfants. Une fois grands, ils bénéficient souvent d'un plus grand soutien de la famille (études plus longues...). Cette identification de l'enfant à son homonyme est si réelle que l'enfant, dit-on, ressemble psychologiquement au grand-parent en question. Pour cette raison il ne faut pas donner le nom d'un fou.

(. . .)

Le système français

En France les prénoms d'origine familiale contribuaient-ils aussi à structurer les rapports de parenté ? Nous laisserons cette question de côté, pour le moment, pour en poser une autre qui transgresse aussi volontairement la frontière entre l'ethnologie et la sociologie : la perception des ressemblances est-elle chez nous, comme en Grèce, structurée par quelques principes fondamentaux et ceci, en l'absence de toute règle explicite et dans le cadre d'un système de nomination qui n'utilise plus que rarement les prénoms d'origine familiale au moins comme prénoms usuels ? Si oui, ces principes ont-ils un quelconque rapport avec les caractéristiques de notre système de parenté bilatéral qui connaît le biais patrilatéral de la transmission patrilinéaire du nom de famille ? Une enquête menée auprès d'étudiants lyonnais, strasbourgeois et toulousains permet, je crois, de répondre à cette question par l'affirmative⁸.

8. Je remercie les enseignants d'histoire, de psychologie, de sociologie et d'ethnologie qui m'ont permis d'interroger les étudiants pendant leur cours. Un article publié en 1994 sur le même sujet dans *Ethnologie française* portait sur une population insuffisante et contenait des erreurs importantes. Ses conclusions avaient déjà été rectifiées dans l'intervention faite au séminaire de l'IED de Toulouse. Les régularités statistiques repérées sont les mêmes dans les trois régions prises séparément. Disons deux mots de la technique utilisée. Les étudiants devaient indiquer par écrit à qui, selon leurs parents, ressemblait chaque membre de leur fratrie. Nous avons classé comme ressemblant aux deux côtés parentaux les enfants déclarés comme ressemblant aux deux côtés, mais aussi ceux pour lesquels les parents n'étaient pas d'accord entre eux, l'un disant par exemple que l'enfant ressemblait à sa mère et l'autre à son père. Pour la ressemblance physique, 3 200 personnes ont été classées de façon unilatérale comme ressemblant à un côté parental précis (et uniquement à ce côté), 446 personnes ont été classées

Une étude de l'origine familiale des prénoms, donnée la plupart du temps en deuxième ou troisième position, permet de mieux caractériser notre système de parenté dans son état actuel : 56,8 % des prénoms donnés à des filles rattachent celles-ci à leur parents maternels tandis que 57,4 de ceux qui sont donnés à des garçons relient ceux-ci à leurs parents paternels. Le fait que le biais parallèle ait la même intensité pour les filles et les garçons peut être considéré comme un indice du caractère égalitaire des rapports entre les deux familles alliées. Cette volonté de maintenir une égalité entre les deux conjoints et les deux familles alliées se voit aussi dans le fait que dans 72,7 % des cas où un enfant porte plusieurs prénoms d'origine familiale, la pratique de nomination est gouvernée par un principe d'alternance tel que le premier de ces prénoms rattache l'enfant à un côté parental tandis que le suivant le lie à l'autre côté. Notons enfin que les aînés ont le quasi-monopole des prénoms d'origine familiale. On peut donc distinguer des régularités statistiques dans l'attribution des prénoms d'origine familiale. Existent-elles aussi pour les deux types de ressemblances ? Sont-elles structurées par le même principe d'alternance ?

8. (suite) comme ressemblant à la fois à leur père et à leur mère (ou à leurs deux côtés parentaux), et 378 autres n'ont pas été classées. Les enfants non classés sont encore nettement plus nombreux pour les ressemblances de caractère. Il va de soi que les étudiants ont pu, malgré la consigne, faire intervenir leur opinion personnelle. De façon générale l'étudiant interrogé a eu plus de mal à classer les autres membres de sa fratrie (11 % de non-réponses pour la ressemblance physique) qu'à se classer lui-même (6,5 % de non-réponses). Par ailleurs, toujours pour la ressemblance physique, les étudiants ont eu plus de mal à se classer eux-mêmes de façon unilatérale (82 %) qu'à classer de cette façon leurs frères et sœurs (92 %). On peut, je crois, expliquer en partie cette difficulté par les enjeux affectifs des ressemblances dont nous reparlerons plus loin. Dire que l'on ne ressemble qu'à un seul des deux parents, n'est-ce pas d'une certaine façon prendre ses distances sous ce rapport vis-à-vis de l'autre ? Ce coût psychologique du classement unilatéral contribue à expliquer le taux élevé de non-classement.

(...)

Mais le principe le plus important qui structure la perception des ressemblances physiques et psychologiques dans notre système de parenté est le principe d'alternance. Celui-là même qui structure déjà la transmission des prénoms d'origine familiale et qui, souvent, structure le système de nomination et la perception des ressemblances en Grèce. Le système karpathiote tendait à attribuer chaque enfant important à un parent ou à un côté parental donné. Il fixait clairement les droits. Le système français qui probablement est le même dans beaucoup de pays européens fortement industrialisés laisse le jeu ouvert. Sous réserve d'un léger biais patrilatéral, il semble livrer l'appropriation du premier enfant au jeu de la libre compétition entre les parents et entre leurs familles. Et comme le résultat de cette compétition dépend de nombreux facteurs, au nombre desquels on peut probablement mettre l'histoire des rapports de force économiques, symboliques et affectifs entre les deux conjoints, il varie dans chaque famille de telle sorte que les ressemblances semblent n'obéir qu'au hasard de la transmission héréditaire. Mais pour se convaincre que ces jugements sont rien moins qu'objectifs, il suffit d'observer qu'ils sont fortement structurés par un principe d'alternance. Celui-ci tend à assurer un minimum d'équilibre dans les gains des deux parents en instaurant un système de compensation qui remplace l'enfant « perdu » (c'est-à-dire attribué au partenaire) par un autre relativement équivalent dans le cadre, ici aussi, d'un échange de dons et de bons procédés entre les conjoints. Quel que soit le type de ressemblance considéré, les enfants qui se suivent dans la fratrie, surtout s'ils sont de même sexe, tendent à être classés de façon opposée. Comme la taxinomie officielle des Karpathiotes, notre taxinomie officieuse a une fonction pratique. En assurant une relative égalité dans les gains des

deux parents elle supprime une cause de frustration et contribue ainsi à établir les conditions d'une bonne entente entre les conjoints et de la stabilité familiale. Ce qu'exprime cette alternance, c'est au fond la revendication des deux parents et de leur famille à une égalité des droits dans l'appropriation symbolique des enfants. Notre taxinomie ne dit plus si le premier-né des enfants doit ressembler à son père ou à sa mère. Mais elle affirme avec force que si le premier ressemble à l'un des parents, le deuxième doit ressembler à l'autre et ainsi de suite pour les suivants. Cette alternance est encore plus forte quand son absence créerait une inégalité particulièrement difficile à supporter par l'un des partenaires, c'est-à-dire dans les fratries de deux enfants où, pour cette raison, la partie lésée n'a aucune chance de trouver une compensation de même nature, physique ou psychologique, à travers un autre enfant. Mais elle ne s'applique jamais avec autant de rigueur (plus de 75 % des cas) que dans les familles de deux enfants de même sexe. C'est que le parent qui a pris le premier-né, peut alors céder d'autant plus facilement le deuxième que ce dernier, étant de même sexe, ne bénéficie pas de la rareté et donc de la valeur qu'il aurait autrement. C'est aussi qu'une non-alternance dans une famille de deux enfants de même sexe apparaîtrait comme une injustice trop flagrante.

(...)

Les règles de nomination et de ressemblance qui renforcent, contredisent ou entrent dans des rapports plus complexes avec le principe de filiation et se transforment avec lui, font partie, comme lui, des traits structuraux dont on devrait tenir compte pour définir les systèmes de parenté, et contribuent à définir l'identité plurielle des personnes. Il est plus qu'urgent de faire l'inventaire de l'ensemble des théories existantes, avant qu'elles ne disparaissent avec les systèmes de parenté et les rapports sociaux qui leur ont donné naissance.

LA NOMINATION DE L'ENFANT DANS LES FAMILLES FRANCO-MAGHRÉBINES

1. L'ENJEU DE LA NOMINATION POUR LES COUPLES MIXTES

Dans le cas des couples mixtes, l'enjeu spécifique de la nomination réside dans le fait qu'en puisant dans un stock de prénoms plutôt que dans l'autre, les parents ne manifestent pas simplement une orientation privilégiée vers une des deux cultures en présence, mais qu'ils signalent aussi la priorité accordée à une lignée au détriment de l'autre. De façon générale, on fait l'hypothèse que dans les univers familiaux mixtes, la socialisation de l'enfant est l'enjeu d'une rivalité entre deux lignées visant à reproduire à travers une même descendance deux identités nationales, culturelles ou religieuses. Dans cette perspective on peut considérer le foyer conjugal mixte comme un lieu d'arbitrage de la lutte d'influence opposant les deux groupes familiaux autour de l'appropriation de l'enfant. De toutes les décisions concernant la socialisation de l'enfant, celle prise à l'occasion du choix du prénom nous a semblé être la plus révélatrice des modalités selon lesquelles le couple mixte assume en pratique cette fonction d'arbitrage. Le prénom représente d'une part un choix obligatoire auquel les parents ne peuvent se dérober et il représente par ailleurs un élément particulièrement visible et permanent de l'identité de l'individu. En choisissant un prénom plutôt dans un stock ou dans un autre, le couple conjugal manifeste symboliquement et publiquement une orientation privilégiée vers l'une des deux composantes de la cellule familiale, à savoir vers une des deux cultures, des deux nations et des deux langues représentées au sein du foyer mixte par chacun des conjoints. La question de savoir si cette négociation conjugale se déroule de façon explicite ou implicite, si elle fournit matière à conflit ou débouche sur un consensus n'entre pas en ligne de compte, dans la mesure où nous considérons que quelle que soit la façon dont les parents vivent et justifient concrètement leur choix, le prénom attribué traduit objectivement le type de compromis culturel qui l'a emporté. Concernant les couples franco-maghrébins qui sont l'objet de cette étude, trois situations peuvent théoriquement se présenter : la lignée française l'emporte : l'enfant reçoit un prénom français (ou usuel en France) ; la lignée maghrébine l'emporte : l'enfant reçoit un prénom arabe (ou kabyle) ; les deux lignées ont le même poids : l'enfant est doté d'un prénom "neutre" existant dans les deux stocks linguistiques. Ce qui nous intéresse ici, ce sont les règles en fonction desquelles ce rapport de force se résout dans un sens ou dans un autre.

L'hypothèse que nous faisons est que les chances de voir triompher l'une ou l'autre lignée dans la lutte symbolique autour de la nomination, dépendent de l'influence que chacun des conjoints est en mesure d'exercer au sein de la cellule domestique pour y faire prévaloir les intérêts de sa propre lignée. L'appropriation du pouvoir de nommer l'enfant représente selon cette hypothèse un des enjeux de la rivalité conjugale pour le pouvoir domestique (de Singly, 1976). Lors d'une enquête précédente, il était apparu que cette rivalité était clairement explicitée par les conjoints : "Pour le prénom, on a discuté pied à pied", "Il a gagné pour le premier, mais pour la fille j'ai tenu bon", etc. (Streiff-Fenart, 1989). Dans d'autres cas, les époux ont tendance à en minimiser l'importance et à présenter leur choix comme non problématique et consensuel. Mais au delà du sentiment subjectif d'accord ou de désaccord entre les époux, le prénom attribué traduit objectivement la victoire ou la défaite des deux camps familiaux représentés au sein du couple par les époux. Nous faisons l'hypothèse que les armes sociales dont disposent les conjoints dans cette lutte d'influence sont directement fonction des positions qu'ils occupent respectivement selon deux principes de

domination : la domination sexuelle qui donne dans le couple l'avantage aux hommes sur les femmes, et la domination culturelle qui donne l'avantage au conjoint qui appartient à la culture dominante (ici la française) sur celui qui appartient à la culture dominée (ici la maghrébine) .

Selon nos hypothèses, on doit donc s'attendre à ce que dans les couples Homme français/Femme maghrébine (Fm), dans lesquels le même conjoint domine sous les deux rapports, l'enfant ait de fortes chances de se voir attribuer un prénom français. La question intéressante est de savoir ce qu'il en est dans les couples Homme maghrébin/Femme française (Mf), dans lesquels chacun des conjoints est dominant sous un rapport. On devrait s'attendre dans ce cas à voir prévaloir plus nettement que dans le premier cas les solutions de compromis permettant de faire aboutir la lutte pour l'appropriation du pouvoir de nommer par une sorte de "match nul" plaçant les deux lignées à égalité.

3. GAGNANTS ET PERDANTS AU JEU DE LA NOMINATION

La première observation qu'on peut faire à la lecture du tableau 1 est qu'il existe effectivement une différence très significative dans le choix des prénoms suivant le type de couple : homme français/femme maghrébine (Fm) ou homme maghrébin/femme française (Mf). Dans le premier cas, la victoire de la lignée française est écrasante et la défaite de la lignée maghrébine confine à la déroute : 73 % des enfants reçoivent un prénom français et seulement 6 % un prénom arabe. Dans le deuxième cas, la lutte est serrée entre les prénoms français qui ne totalisent plus ici que 44 % des choix et sont suivis de près par les prénoms arabes qui recueillent 30 % des suffrages.

TABEAU 1 - TYPES DE PRÉNOMS CHOISIS PAR LES COUPLES Fm ET Mf
(premier prénom)

Effectifs	Français	Arabe	Ambigu	Autre	Total
Fm	200	17	38	18	273
Mf	133	92	57	21	303
Ensemble	333	109	95	39	576
%					
Fm	73	6	14	7	100
Mf	44	30	19	7	100
Ensemble	58	19	16	7	100

On remarquera que la solution de compromis n'est jamais dominante. Elle est choisie de façon à peu près équivalente dans les deux types de couples, un peu plus fréquemment par les couples Mf que par les couples Fm (19 % contre 14 %), mais avec un écart moindre que celui que nous supposions. Ce qui apparaît plus révélateur est la position occupée par ce type de choix ambigu relativement aux choix marqués (arabes ou français). Dans les couples Fm la solution de compromis vient en deuxième position, très loin derrière le choix d'un prénom français, mais devant néanmoins nettement les prénoms arabes réduits ici à la portion congrue. Tout se passe comme si dans ce type de couple, il n'y avait pas réellement de concurrence entre prénoms français et prénoms arabes, puisque lorsque le monopole quasi exclusif des prénoms français est battu en brèche, ce n'est pas tant par les prénoms arabes que par les prénoms ambigus. Ceux-ci ne représenteraient pas alors la solution de compromis entre deux choix possibles, mais plutôt la concession maximale accordée par le camp français au camp maghrébin. Les prénoms arabes étant quasiment hors jeu, c'est par l'attribution d'un prénom ambigu que se marquerait principalement la reconnaissance de l'ascendance maghrébine de l'enfant.

Par contre dans les couples Mf, la solution de compromis tout en étant plus fréquemment choisie que dans les couples Fm, ne vient qu'en troisième position après les prénoms arabes. Contrairement à nos hypothèses, la tension entre les deux formes de domination, sexuelle et culturelle, ne se résout pas dans ces couples par un équilibre des pouvoirs sanctionné par un prénom neutre. C'est dans la majorité des cas, un choix tranché qui l'emporte, dans un sens ou dans un autre. Mais le fait même que la solution de compromis vienne en troisième position est dû au fait qu'ici, contrairement aux couples Fm, aucun partenaire n'est hors jeu. Dans la lutte d'influence autour de la nomination, les deux époux jouent à armes égales et chacun d'eux a de bonnes chances de l'emporter. Le choix d'un prénom neutre prend alors un sens tout différent. Il n'est plus ici la compensation octroyée par celui qui a toutes les chances de l'emporter à celui qui n'en a quasiment aucune, mais la solution qui s'impose lorsqu'aucun des deux partenaires n'a réussi à imposer son choix.

5. DES STRATÉGIES DE NOMINATION VARIABLES SUIVANT LES MILIEUX SOCIAUX

Quel que soit le type de couple considéré (Fm ou Mf), la CSP du (de la) conjoint(e) français influence de façon plus significative les choix effectués que la CSP du (de la) conjoint(e) maghrébin(e). Notons toutefois que lorsque les conjointes maghrébines appartiennent à la catégorie des cadres ou des professions intermédiaires, le jeu entre les conjoints est un peu moins inégal : leurs enfants ont des chances un peu supérieures de se voir attribuer un prénom arabe (9 % contre 6 % pour l'ensemble des enfants de mères maghrébines), et reçoivent moins fréquemment un prénom français (69 % contre 73 %)

Dans les couples Mf, les distributions des prénoms présentent des profils assez différents suivant que la mère (française) est employée ou cadre d'une part, ou bien inactive ou ouvrière d'autre part. Dans le premier cas (mère employée ou cadre), les prénoms français, attribués à plus d'un enfant sur deux, l'emportent largement sur les prénoms arabes nettement minoritaires. Dans le deuxième cas (mère inactive ou ouvrière), les prénoms arabes rattrapent ou même dépassent les prénoms français (tableau 5). On peut interpréter ces résultats en disant que les mères françaises se laissent d'autant plus imposer un prénom arabe qu'elles sont pauvres en capital matériel personnel et qu'en revanche elles imposent plus facilement un prénom français lorsqu'elles disposent des ressources financières qu'elles tirent d'un travail professionnel bien rémunéré.

TABLEAU 5 : TYPES DE PRÉNOMS ATTRIBUÉS SELON LA CSP DE LA MÈRE. COUPLES MF (MÈRE FRANÇAISE)

Effectifs	Français	Arabe	Ambigu	Autre	Total
Inactives	64	60	33	10	167
Cadres	24	8	8	1	41
Employées	37	11	10	9	67
Ouvrières	8	13	6	1	28
Ensemble	133	92	57	21	303
%					
Inactives	39	35	20	6	100
Cadres	58	20	20	2	100
Employées	56	16	15	13	100
Ouvrières	29	46	21	4	100
Ensemble	44	30	19	7	100

Dans les couples Fm, la distribution des prénoms selon la profession du père (français) met en évidence l'originalité du comportement des cadres par rapport aux membres des autres CSP. On peut voir dans le tableau 6 que dans leur cas les prénoms français dominent moins nettement et qu'ils sont plus nombreux à choisir un prénom ambigu. Mais il apparaît surtout que les pères français qui occupent des emplois de cadre moyen ou supérieur sont deux fois plus nombreux que les autres à donner à leur enfant un prénom arabe.

TABLEAU 6 : TYPES DE PRÉNOMS ATTRIBUÉS SELON LA CSP DU PÈRE. COUPLES Fm(PÈRE FRANÇAIS) ⁷

Effectifs	français	arabe	ambigu	autre	total
cadres	37	7	11	3	58
employés	54	1	7	6	68
ouvriers	92	8	13	5	118
ensemble	200	17	38	18	273
%					
cadres	64	12	19	5	100
employés	79	2	10	9	100
ouvriers	78	7	11	4	100
ensemble	73	6	14	7	100

Chez les conjoints français, l'appartenance à une catégorie socio-professionnelle élevée exerce donc un effet inverse sur les hommes et sur les femmes : lorsque c'est l'épouse française qui est cadre, l'enfant a plus de chances d'avoir un prénom français par rapport à l'ensemble des enfants de mère française. Dans le cas des hommes, l'appartenance à la catégorie des cadres diminue les chances de l'enfant d'avoir un prénom français et donne à l'épouse maghrébine des chances deux fois meilleures de voir l'enfant nommé dans sa propre lignée. Or s'il paraît normal que l'exercice d'une profession dans une catégorie moyenne ou supérieure donne aux femmes davantage de pouvoir dans l'échange domestique, et augmente en conséquence leurs chances de nommer dans leur lignée, on peut difficilement penser qu'une position sociale élevée diminue le pouvoir masculin sur la nomination. Force est donc de chercher une autre explication à cette tendance des époux français cadres à doter leurs enfants d'un prénom arabe. On peut penser que cette tendance n'est pas dans leur cas l'indice d'une position de faiblesse dans l'échange conjugal, mais qu'elle manifeste plutôt une plus grande tolérance à la différence culturelle. Les pères français admettraient plus facilement le marquage ethnique de leur descendance lorsqu'ils appartiennent à un milieu social dans lequel l'exposition de la différence culturelle n'est pas source de stigmatisation sociale, mais représente, comme ça peut être le cas dans les milieux intellectuels, une manifestation d'originalité, voire de "chic".

De fait, les cadres dans leur ensemble (quel que soit leur sexe et leur origine ethnique) manifestent plus fréquemment que les autres leur volonté de traduire dans la

7. Nous n'avons pas reproduit dans les tableaux sur les CSP hommes une catégorie résiduelle regroupant les inactifs, les artisans/commerçants et les travailleurs agricoles, chaque catégorie étant d'effectif trop faible pour figurer en tant que telle, mais l'ensemble regroupé n'ayant par ailleurs aucune signification.

nomination de l'enfant sa double appartenance culturelle. Cette option biculturelle apparaît nettement si l'on considère non plus seulement le premier prénom mais l'ensemble des prénoms attribués qui permet de mettre en rapport les choix univoques (arabes ou français) privilégiant exclusivement l'une ou l'autre référence, et les choix ambigus ou mixtes par lesquels l'enfant se voit conférer une double identité.

TABEAU 7 : CHOIX DE PRÉNOMS SUIVANT LA CATÉGORIE PROFESSIONNELLE DU PÈRE

Effectifs	Univoques	Ambigus ou Mélangés	Autres	Total
Cadres	53	49	10	112
Employés	58	38	7	103
Ouvriers	171	102	15	288
Ensemble	319	218	39	576
%				
Cadres	47	44	9	100
Employés	56	37	7	100
Ouvriers	60	35	5	100
Ensemble	55	38	7	100

TABEAU 8 : CHOIX DE PRÉNOMS SUIVANT LA CATÉGORIE PROFESSIONNELLE DE LA MÈRE

Effectifs	Univoques	Ambigus ou Mélangés	Autres	Total
Inactives	203	118	21	342
Cadres	25	37	2	64
Employées	64	41	12	117
Ouvrières	27	22	4	53
Ensemble	319	218	39	576
%				
Inactives	60	34	6	100
Cadres	39	58	3	100
Employées	55	35	10	100
Ouvrières	51	41	8	100
Ensemble	55	38	7	100

On peut voir dans les tableaux 7 et 8 que les choix mixtes sont toujours sur-représentés chez les cadres (44 % contre 38 % chez les hommes et 58 % contre 38 % chez les femmes) au détriment des choix univoques. On peut penser que les conjoints appartenant aux couches supérieures, et notamment les intellectuels, traduisent par ces choix ambigus ou mélangés leur adhésion à une idéologie cosmopolite valorisant le mélange des cultures, particulièrement en vogue dans leur milieu social.

Jean-Pierre HASSOUN

Le choix du prénom chez les Hmong au Laos puis en France

Diversité, complexification et processus d'individuation

II. – Le nom de personne chez les Hmong au Laos

Avant de nous intéresser aux prénoms des Hmong dans le contexte français, il est indispensable de faire le point sur leur attribution dans leur société d'origine.

Pour cette population minoritaire du Laos (environ 300 000 personnes sur trois millions d'habitants), société sans écriture, segmentée en clans exogamiques et en lignages patrilineaires, pratiquant le plus souvent l'agriculture sur brûlis, atomisée en villages ou hameaux, et organisant ses croyances autour de rites chamaniques et domestiques, la question du nom individuel se posait de façon relativement simple. Les enfants de sexe masculin ou féminin recevaient un « nom d'enfant » (*npe hluas*) (6), puis les hommes mariés, à partir du moment où ils devenaient père, recevaient un « nom de maturité » (*npe laus*, litt. : « nom âgé »). L'appartenance clanique s'exprimait sous la forme d'un état et non d'une appellation (« *Je suis Vaj* » ou « *Je suis Yaj* »), ce qui n'a rien de commun avec un patronyme de type familial inutile dans ce genre de société (7).

Mais quels lois, normes ou usages régissaient le choix des noms ? Selon quels principes linguistiques et/ou culturels un mot de la langue devenait-il « nom d'enfant » ou « nom de maturité » ? On ne disposait d'aucune étude systématique sur ces questions qui n'avaient pas été abordées dans les monographies de référence (Lemoine, 1972 ; Geddes, 1976), ou à peine évoquées dans d'autres travaux (Chindarsi, 1976, pp. 65-66. et 81). J'ai donc dû réaliser, en France, une enquête sur la question de la nomination au Laos. Elle s'est déroulée entre 1991 et 1994 auprès d'une quarantaine de familles (8) résidant en HLM dans des communes de l'Essonne (principalement Grigny, Evry, Sainte-Geneviève des Bois, Corbeil), du sud de la France (banlieues d'Avignon, de Carpentras et de Marseille) ainsi que dans le Loiret (Orléans, Giens) et le Maine-et-Loire (Montreuil Bellay). Cette enquête a permis de collecter plus de 250 « noms d'enfants » et environ 150 « noms d'honneur » donnés au Laos entre le début du siècle et les années 1970, période qui a directement précédé la migration vers la France (9). Dans ces mêmes familles, comme nous le verrons dans la deuxième partie de cet article, nous avons également collecté 147 « noms d'enfants », donnés et utilisés dans le contexte français.

En bref, les formes de nomination (« nom d'enfant » et « nom de maturité ») étaient gérées par une règle élémentaire (ne pas donner les noms du père et de la mère), par des usages faiblement restrictifs (ne pas donner le nom d'un collatéral vivant) et très faiblement préférentiels (donner éventuellement le nom d'un ancêtre ou d'un parent prestigieux), et enfin par des normes extrêmement souples (pas d'interdit sur un mot ou un champ lexical, pas de noms personnels « réservés »). Si l'on se réfère aux trois fonctions du nom de personne proposées par C. Lévi-Strauss (identification, signification et classement), la fonction d'identification, d'ordre universel, se vérifie bien évidemment dans notre cas (« pour ne pas confondre les gens »). Celle de signification existe au niveau des « noms d'enfant » mais peut avoir tendance à s'éteindre avec le temps. Sa teneur est un peu plus forte avec les « noms de maturité » des pères de famille. Quant à la fonction de classement, qui a été vérifiée dans de nombreuses autres sociétés, elle n'est là que marginalement présente. Ici point de relation entre une classification collective (totémique, clanique, lignagère, etc.) et le nom de personne comme chez les Hopi, les Iroquois ou les Sioux auxquels faisait déjà allusion M. Mauss (1907, 1929) ou chez les Bororo du Brésil, les Iroquois d'Amérique ou les Lugbara d'Afrique qui, avec bien d'autres, fondent les analyses de Lévi-Strauss (1962, p. 229 *et sq.*). Il y a certes, chez les Hmong, l'usage de ne pas donner deux fois le même « nom d'enfant » aux collatéraux d'un même lignage. Il y a la possibilité, mais en aucun cas l'obligation, que le « nom d'enfant » soit « transmis » d'un ancêtre ou d'un parent, mais dans ces cas, comme nous l'avons dit plus haut, il s'agit du nom de n'importe quel ancêtre ou de n'importe quel parent, le critère de choix, subjectif, n'étant jamais structurel. Tout au plus peut-on noter que cet ancêtre ou ce parent se situait plus volontiers en filiation patrilinéaire, mais avec, là aussi, de nombreuses exceptions du côté maternel. De ce point de vue on peut parler d'une certaine indifférenciation dans le choix du nom. La seule véritable règle, respectée de tous, est de ne pas donner le nom du père ou de la mère, qu'ils soient vivants ou morts. Cela ne suffit pas à définir un système de prénomination, et, sans pouvoir ici en détailler les raisons, on peut percevoir la marque d'une société faiblement différenciée, plus horizontale que verticale (pas de classes, de noblesse, ou de castes) et qui, possédant une terminologie et un système de parenté suffisamment complexe pour classer les individus dans leur généalogie (Kroeber, 1958 ; Lemoine, 1972), n'a sans doute pas jugé utile d'avoir recours à un système d'appellations nominales sophistiqué.

III. – Choix du prénom dans le contexte français

Quand on commence à s'intéresser aux prénoms, on s'entend souvent dire que la question n'a pas, ou n'a plus d'intérêt : « Ah vous étudiez les prénoms... il n'y a plus rien aujourd'hui, nous donnons des prénoms français ». Tous les ethnologues, surtout quand ils travaillent « à proximité », connaissent ce type de dénégation et parfois d'auto-dévalorisation. Dans le contexte qui est le nôtre, on peut le mettre en relation avec des tendances à idéaliser « la vie passée » au Laos mais aussi avec la pression de la société environnante française qui ne valorise pas les manifestations trop voyantes des particularismes collectifs. Pourtant, dès que l'on considère cette question de plus près, on découvre une diversité de choix qui fait apparaître cinq principaux types de prénomination.

1. – Des prénoms hmong et seulement des prénoms hmong

A partir des noms donnés à 147 enfants nés entre 1977 et 1993, il apparaît que 40 d'entre eux (27 filles et 13 garçons) ont reçu des prénoms semblables à ceux qui étaient donnés au Laos. Il s'agit de prénoms tels *Maiv* (transcrit *Mai* ou *May* à l'état civil) « petite » – terme affectueux – et qui depuis longtemps était l'un des deux ou trois prénoms les plus usités pour les filles, ou *Nyiaj* (transcrit *Nhia* ou *Nia*) « argent », *Kub* (transcrit *Kou*) « or », *Neeb* (*Neng*) « chaman », *Fwj* (*Fue*) « bouteille », *Oo* (*Hong*) « brune », *Ntsi* (*Dji*) « le sommet de l'arbre », « le bout des choses ». Onze de ces « noms d'enfant » sont faits d'un seul mot selon un schéma et une inspiration des plus habituels.

2. – Des prénoms français et seulement des prénoms français

A l'autre extrême, un nombre restreint de parents (6 cas sur 147) a choisi un unique prénom français (ou perçu comme tel) comme par exemple Dominique, Marina, Sylvie (20), Catherine, Nathalie, etc. Bien qu'il marque indéniablement une rupture, rien n'indique qu'il faille majorer la portée symbolique et culturelle de ce choix que l'on peut qualifier de façon plus générale d'assimilation onomastique. En effet, comme pour les efforts de translittération et de « transsyllabisation », les parents concernés ne mettent en avant qu'une logique d'adaptation approximative : « Cela facilite les relations avec les Français... », ou bien « C'est pour éviter les problèmes ». Les motivations exprimées ne font pas apparaître une idéologie qui valoriserait attitudes et choix de rupture avec les pratiques « anciennes ».

3. – Des « noms de maturité » comme « noms d'enfants »

La catégorie numériquement la plus importante ne se situe donc pas dans ces choix extrêmes, mais du côté d'un type de prénomination dont il aurait été difficile de prévoir l'émergence. Ce sont des noms (47/147) qui ont toujours été considérés comme des « noms de maturité », mais qui, en France, ont été donnés dès la naissance, ce qui n'aurait pas été pensable dans le contexte laotien. On trouve dans ce groupe des enfants qui, par exemple, ont été nommés *Tsav nplooj* (« manœuvrer-diriger »/« feuille »), *Yim tseeb* (« plus sûr », « plus vrai »), *Vam leej* (« espoir qui touche juste », « espoir qui se réalise ») ou bien encore *Vaj yim leej* (« jardin-prospérité/huit personnes ») soit un « nom de maturité » de trois mots qui n'était pas du tout fréquent au Laos, mais auquel on avait parfois recours pour exprimer ou souhaiter une prospérité matérielle et familiale.

4. – Un prénom hmong et un prénom français

A mi-chemin entre continuité et rupture, on peut isoler un autre type de choix qui participe de plusieurs logiques. Il s'agit des enfants qui reçoivent un « nom d'enfant » hmong et un prénom français (28/147).

5. – Des prénoms créés

Sans qu'elle soit numériquement dominante (25/147), il est enfin apparu une autre catégorie de prénomination qui instruit sur les capacités créatives que peuvent parfois susciter et stimuler les situations de changement culturel radical. Ainsi, ce père qui habite dans une gigantesque cité de Grigny (Essonne) depuis une quinzaine d'années a dénommé successivement ses trois fils *Kily*, *Kenny* et *Sicky*. Au moins deux de ces noms sont d'inspiration télévisuelle par le biais des « héros » des séries américaines (25), mais il ne s'attarde pas trop sur ses sources

d'inspiration. Ce qui l'a motivé, dit-il en substance : « (...) c'est que tous ces noms se terminaient par la lettre Y. Si un jour nous partons d'ici, pour aller ailleurs, nous nous souviendrons que nous avons habité Grigny pendant toutes ces années. A la fin de Grigny il y a aussi la lettre Y. » (Ouvrier dans l'agro-alimentaire)

« On a choisi deux prénoms pour notre fils. Il s'appelle Richard, Koo Zoo. Richard c'est à cause de Richard Cœur de Lion que l'on a vu à la télé. Dans Richard il y a "riche" et cela nous a rappelé le fait que chez nous, avant, on appelait souvent des enfants "Kuv" "or". Mais c'est surtout un personnage de "bonne renommée", c'est pour cela que l'on a mis *Koo zoo* sur l'état civil, en deuxième prénom, cela signifie "bonne renommée". Ce n'était pas un nom au Laos, mais cela ressemble un peu à un "nom de maturité". »

Cet exemple relève donc d'une prénomination bicéphale ou mixte (un nom français + un nom hmong) et d'une prénomination « nouvelle » et « abstraite » (avec *Koo zoo*), mais aussi d'une prénomination en partie créative puisque par la réunion de deux abstractions positives (la richesse et la renommée) se crée un troisième signifié *Richard koom zoo*, ou « Richard de bonne renommée » qui permet à un personnage relevant du seul registre culturel français ou occidental (Richard Cœur de Lion) d'être partiellement réinterprété en termes hmong. Plus qu'une création, il s'agit là, en fait, d'une réinterprétation qui conduit à s'approprier, ou au moins à rendre plus familier, un élément d'une autre culture. (Chauffeur de taxi)

Ce même procédé peut d'ailleurs prendre des formes plus simples comme, par exemple, ce garçon initialement prénommé *François Ken*, mais sur les papiers duquel figurent deux prénoms : *François et King*. « François car cela fait penser à la France et aux Français, mais aussi au roi François 1^{er} qui était fort comme tous les rois, et "ken" cela veut dire "fort" en laotien (26). Fort comme un roi... mais sur l'état civil on a préféré écrire "King" qui, en anglais, veut dire "roi", c'est plus facile et en France tout le monde connaît le sens du mot "king" ». La logique d'adaptation est clairement exprimée et maîtrisée, tandis que la logique d'innovation et de création apparaît plus dans le procédé qui consiste à réunir, sur la base d'une proximité sémantique, des termes relevant de registres linguistiques et culturels distincts. (Restaurateur)

*
* *

(26) Le recours au registre linguistique et culturel laotien est rare. Une fille prénommée *Nalie* (présenté comme un prénom laotien) et seulement *Nalie* est le seul enfant (sur 147)

qui incarne pleinement cette référence culturelle. Nous l'avons classé dans la première catégorie, celle de la continuité culturelle.

Si l'on prend quelque distance avec l'ethnographie du phénomène ainsi qu'avec les sens subjectifs conférés par les acteurs à leurs pratiques, apparaît une *diversité* de choix et d'explications. Entre la plus importante des catégories, celle des noms « nouveaux » et abstraits parmi lesquels on retrouve souvent des anciens « noms de maturité », et la catégorie de « l'assimilation onomastique », il y a donc trois autres types de prénomination. De plus, certains de ces choix participent de diverses catégories car ils sont sous-tendus par plusieurs logiques à la fois. Pourtant nous savons que cette population relativement peu nombreuse était, à son arrivée en France, socialement et culturellement bien plus homogène que la plupart des autres populations venues d'Asie du Sud-Est. Le particulier étant ici le général illustre le fait que nous vivons dans une société où les individus et les groupes n'ont de cesse de se différencier et que les populations qui s'y intègrent, quelle que soit leur histoire et quelle que soit leur singularité (réelle, supposée ou phantasmée), n'échappent pas à ces processus de différenciation interne.

Mais cette diversité, cette hétérogénéité, voire cet éclectisme ne suffisent pas à épuiser l'analyse de ce changement culturel. En effet, outre que les prénoms habituellement donnés n'ont pas disparu (cette catégorie est d'ailleurs bien représentée : 40/147) ou n'ont pas été remplacés massivement et exclusivement par des prénoms français (bien que cette catégorie existe également : 6/147), ces « noms », les anciens comme les nouveaux, de manière générale, ne se sont pas affadis. Si la majeure partie d'entre eux se sont modifiés, ils sont, dans l'ensemble, restés signifiants. Ils ont en effet conservé une de leurs caractéristiques d'origine parmi les plus essentielles et ne semblent pas, pour le moment du moins se résigner à l'opacité des prénoms français et occidentaux. Mais il est vrai que cette opacité est toute relative car on sait bien que les prénoms les plus usités en France, même s'ils ne sont pas linguistiquement transparents, peuvent aussi avoir une signification, en classant, distinguant ou disqualifiant ceux qui les portent.

Les noms donnés aujourd'hui par les Hmong, sans pouvoir être assimilés à des prénoms composés, sont plus longs – deux mots, parfois trois, exceptionnellement quatre (27) – et s'associent ou se combinent avec d'autres (français, anglais, lao, thaï, « télévisuels » ou de pure invention), mais surtout ils deviennent plus abstraits et ont tendance à se tourner vers les choses de l'esprit. Ces noms s'inventent et sont de moins en moins codifiés ou normés pour devenir de plus en plus singuliers. Après seulement une quinzaine d'années dans le contexte français nous sommes loin des « noms d'enfant » simples, courts et concrets tels « poêle », « cuillère », « tamis », « marmite » ou « bouteille ». Bref, à la *diversité* déjà soulignée s'ajoute un double mouvement de *complexification* et d'*individuation* mutuellement lié.

En les décontextualisant quelque peu (mais la population que nous étudions s'est, elle aussi, décontextualisée), on peut reprendre les catégories

(27) Par exemple *Nkauj paj yau li* « petite comme une jeune fille fleur ».

de C. Lévi-Strauss et dire qu'une fois dans la société française ces prénoms *identifient plus, signifient autrement, classent moins à l'intérieur, mais classent plus à l'extérieur.*

Ils *identifient plus* car, à l'intérieur du groupe, compte tenu de la variété et de la singularité grandissante des choix, ils permettent avec plus d'efficacité que dans le passé de distinguer les individus. Ils *signifient autrement* car ils se réfèrent de moins en moins souvent à des signifiés concrets et ont tendance à se situer dans la sphère de l'abstraction au point que l'on peut même parfois percevoir les signes d'une certaine conceptualisation du prénom. Enfin, à l'intérieur du groupe familial, clanique et ethnique, ils *classent moins* (d'ailleurs, nous avons souligné que cette fonction n'était pas première dans la société d'origine) car, outre le fait qu'ils se distinguent de plus en plus souvent des noms utilisés par les générations précédentes, ils sont désormais souvent « innovants » et inscrivent de moins en moins l'individu dans une référence collective de type familial, lignager ou clanique ou dans une profondeur généalogique. Par contre, ils *classent plus à l'extérieur* du groupe, dans la société française, car, plus encore que dans le passé, ils sont les expressions subjectives de leurs donateurs (les parents) et, de ce fait, dans la majorité des cas, deviennent les signes directement perceptibles d'une altérité culturelle et linguistique dont il reste à observer et à analyser les éventuels effets (28).

A condition de ne considérer que la morphologie du changement : la longueur du prénom, la diversité de ses sources d'inspiration, son caractère abstrait ou concret, les règles et les normes qui le régissent comme leur absence ou affaiblissement, bref, si l'on parvient à « désexotiser » ce « nom d'enfant » et à l'envisager au même titre que n'importe quel prénom donné en France à la même époque, on peut dire que ces tendances à la diversité, à la complexité et à l'individuation se rapprochent tendanciellement de *certain*s changements connus par la société française depuis une trentaine d'années. Pendant une première période, plus de cent cinquante ans, le stock des prénoms recevables, bien que très important, était parfois limité par le caractère restrictif ou dissuasif des lois, des normes et des usages. Après la dernière guerre, dans un contexte d'expansion économique favorisant les phénomènes de modes collectives et les valeurs individuelles de portée diacritique, des modes se sont diffusées de plus en plus rapidement dans la société (Desplanques, 1986). Le stock des prénoms recevables a augmenté et les sources d'inspiration se sont diversifiées. Dans le même temps le centralisme culturel ayant eu tendance si ce n'est à s'estomper

(28) Nous sommes conscients que les matériaux et les analyses ici proposés ne tiennent pas assez compte des usages du prénom et du patronyme familial dans le contexte français. Ce sujet, pour être traité, impliquerait une enquête longue et complexe car elle

devrait cumuler l'observation d'un nombre significatif de micro-situations liées aux parents de l'enfant, à sa fratrie, à ses autres parents, à l'école, au collège, au lycée, à l'université, au monde du travail et aux divers services sociaux ou administratifs.

du moins à s'é mousser ou à s'atténuer, les appartenances ou les références régionales, nationales, linguistiques, religieuses ou culturelles ont trouvé dans le prénom un lieu d'expression privilégié y compris dans les cas où ces références étaient lointaines (29). Il semble même, selon un article récent (Besnard et Grange, 1993), que pour l'ensemble de la société cet éparpillement ait été jusqu'à atténuer, ou peut-être arrêter la diffusion verticale des goûts en matière de prénomination. Si cette tendance se confirmait, les inspirations seraient devenues plus horizontales que verticales et les prénoms donnés par les Hmong viendraient se ranger dans une de ces microstrates horizontales. Mais il est encore trop tôt pour l'affirmer car ces tendances au sein de la société française demandent encore à être confirmées.

Le rapprochement de ces deux formes d'évolution – celle du « nom d'enfant » en milieu hmong en France et celle connue dans certains secteurs de la société française (élargissement et diversification du stock des prénoms, singularisation accrue, plus grande inventivité, assouplissement des normes de recevabilité) – incite, dans un premier temps, à lire la diversité, la complexité et l'individuation comme des passages obligés vers la « modernité » occidentale, un peu comme l'avait été pour cette même population, mais dans un contexte évidemment plus contraignant, l'adaptation à un travail réglé dans un cadre hiérarchisé (Hassoun, 1988). Mais ce mouvement peut également être mis en relation avec le fait que, dans la société de départ et dans un tout autre contexte, le nom de personne était déjà découplé de toute référence collective (clanique, lignagère, etc.) ; cette donnée de départ a peut-être favorisé, en France, les pratiques visant à accentuer la singularisation de l'individu par le biais de son prénom.

Cependant, si ces changements peuvent être rapprochés, si effectivement la singularisation de l'enfant et donc de l'individu a été exacerbée par les sociétés modernes occidentales, il serait malgré tout hasardeux de conclure qu'il s'agit exactement d'un même mouvement ou de son calque. En effet, les enquêtes appropriées n'existant pas, ou étant trop isolées (Streiff-Fenart, 1990) (30), nous ne savons pas si d'autres groupes migrants, une fois dans la société française, modifient leur mode de prénomination dans le même sens ou si, comme nous serions tentés de le penser, l'attitude de chaque groupe dépend pour beaucoup de sa trajectoire historique, sociale et culturelle. En outre, cette attitude n'est jamais exempte d'une certaine diversité de choix pour peu que les choses soient regardées dans le détail.

(29) On sait que le choix d'un prénom peut être un des moyens utilisé par des parents pour rappeler ou pour faire revivre des références nationales, ethniques, religieuses ou régionales.

(30) Cette étude, qui se situe dans le contexte spécifique de « mariages franco-maghrébins », laisse penser, elle aussi, à une tendance à la diversité produite indirectement

par la situation de migration. Ce que l'auteur nomme le « panachage », c'est-à-dire l'utilisation de différents prénoms en fonction des situations, relève d'une certaine complexification, qui, paradoxe de la « modernité », renouerait avec certaines formes « traditionnelles » de prénomination en milieu rural (Zonabend, 1979 ; Segalen, 1980).