

Septembre 2001

Dynamiques de précarisation, modes d'adaptation identitaire et interactions avec les logiques de santé

Marc COLLET

*Avec les collaborations de Georges MENAHEM et Hervé
PICARD*

Mémoire de DEA de sociologie « Modes De Vie et Politiques Sociales » de Paris 8

Suivi par Jean-François Laé

L'auteur remercie

- L'ensemble de l'équipe du C.R.E.D.E.S. pour m'avoir donné la possibilité de réaliser ce mémoire dans des conditions optimales, et en particulier Valérie Paris, Georges Menahem et Hervé Picard pour les passionnantes discussions sur le sujet, les stimulants échanges d'idées et les travaux menés en commun.
- Jean-François Laé pour sa disponibilité et ses judicieux conseils.
- Dominique Merllié et Michel Joubert pour leurs remarques et l'intérêt porté à cette recherche.
- Et dans le désordre, Cécile, Jean-Baptiste, Julien, Thomas & Thomas, Martine et tant d'autres encore, tout autant pour leur soutien que pour le temps consacré à relire et rendre plus lisible ce mémoire.

Avertissement

Ce mémoire a été rédigé par Marc Collet au terme d'un travail de plus de deux ans. Il exprime les opinions de son auteur et ses contributions originales et s'appuie sur l'exploitation approfondie de deux matériaux d'enquête réunis par le CREDES entre 1999 et 2001.

L'opération collective de recherche ayant abouti à la constitution de ces données et à leur exploitation a mobilisé les capacités de nombreuses personnes, d'abord celles des 590 patients interviewés et les contributions des agents et praticiens des 80 centres de soins gratuits dans lesquels ils ont été interrogés, mais aussi celles de plus d'une quinzaine de chercheurs.

L'enquête statistique a été préparée par une équipe de chercheurs et de médecins du CREDES comprenant au départ Thérèse Lecomte, Philippe Le Fur, Georges Menahem, Valérie Paris, Hervé Picard et Marie-Jo Sourty Le Guellec. Sa réalisation a été mise en oeuvre par Catherine Banchereau et Martine Broïdo. Sa mise en forme a été assurée pour l'essentiel par Marc Collet sous le contrôle de Georges Menahem et Hervé Picard. Son exploitation enfin s'est appuyé sur les ressources informatiques du CREDES et sur les contributions de Marc Collet, Georges Menahem et Hervé Picard. Elle a donné lieu à plusieurs publications du CREDES et au mémoire de DEA de présenté ici.

L'enquête qualitative a permis la réalisation d'interviews sur les histoires individuelles des rapports à la santé et aux soins recueillies auprès d'une quarantaine de consultants dans dix centres de soins gratuits. Les entretiens ont été préparés et réalisés avec le concours de 5 sociologues ou anthropologues n'appartenant pas au CREDES : Julien Damon , Bénédicte Kail, Anne Bénédicte de Montaigne, Françoise Nory-Guilloux et Isabelle Parizot.

Le CREDES n'est pas responsable des calculs, résultats et interprétations contenus dans ce mémoire, qui reflète les choix méthodologiques et l'opinion de son auteur.

Table des matières

<i>Table des matières</i>	6
---------------------------	----------

<i>Introduction</i>	13
---------------------	-----------

<i>Problématique de recherche et méthodologie</i>	20
---	-----------

Partie I. : La problématique de recherche	211
--	------------

A. Cadre d'étude	211
------------------	-----

1. L'étude « Précarité, précarisation et logiques de recours aux soins »	21
--	----

2. Participation à l'enquête du CREDES	222
--	-----

3. Mémoire de DEA, relations et accords avec le CREDES	233
--	-----

B. Etat de la question	24
------------------------	----

1. L'offre de soins aux personnes démunies	244
--	-----

2. La morbidité et les comportements médicaux des « précaires »	255
---	-----

3. Analyses explicatives des logiques de recours aux soins	266
--	-----

4. Des analyses plus globales	277
-------------------------------	-----

C. Axes de recherche et hypothèses de travail	28
---	----

1. La précarité comme un processus polymorphe (1)	29
---	----

2. L'état de santé des personnes démunies (2)	3030
---	------

3. La spécificité des logiques de recours aux soins des personnes en situation de précarité (3)	30
---	----

4. La genèse des logiques de recours aux soins (4)	31
--	----

Partie II. : Méthodologie d'enquête	33
--	-----------

A. La population cible : enjeux et intérêts.	33
--	----

1. Deux types d'approche	33
--------------------------	----

2. Une enquête ciblée sur les patients de centres de soins gratuits	33
---	----

B. Constitution de la base des centres	344
--	-----

1. Un inventaire réactualisé des centres situés dans le champ d'étude	344
---	-----

2. Le taux de participation des centres et les difficultés rencontrées	366
--	-----

C. La base <i>Précalog</i>	377
----------------------------	-----

1. Un questionnaire en deux volets	377
------------------------------------	-----

2. Caractéristiques des 80 centres d'accueil	38
--	----

3. La qualité des questionnaires	39
----------------------------------	----

3.1. Un questionnaire de taille variable	39
--	----

3.2. L'indicateur de qualité : le taux ou degré de complétude	39
---	----

3.3. Approche des déterminants de la non réponse	40
--	----

4. Des bases de comparaison à disposition	41
---	----

D. Les entretiens réalisés	42
----------------------------	----

1. Conditions de passation des entretiens	42
---	----

2. Le guide d'entretien (<i>annexe 3</i>)	43
---	----

3. Lieux de passation et caractéristiques sociodémographiques des sujets	43
--	----

4. Analyse de contenu des entretiens	44
--------------------------------------	----

Des situations, expériences et degrés de précarité très hétérogènes

47

Partie I. : Profil des patients des centres de soins pour démunis	50
A. Critères objectifs descriptifs : caractéristiques socio-démographiques	51
1. Une population jeune et masculine	51
2. Une forte représentation des étrangers	53
2.1. Régions d'origine des étrangers	53
2.2. Comparaison des structures par âge et sexe des français et des étrangers	54
2.3. Dates d'immigration en France	54
3. Une vie de famille restreinte	55
3.1. Des situations de rupture conjugale et de dénuement affectif	55
3.2. Situation familiale et autres variables socio-démographiques	56
3.3. Relation sentimentale importante et sentiment d'isolement	57
B. Critère subjectif descriptif : une enfance jugée difficile	58
1. Cadre d'analyse et choix interprétatifs	58
2. Les réserves émises quant à la subjectivité des problèmes dans l'enfance	59
2.1. Réserves méthodologiques	59
2.2. Réserves interprétatives	59
3. Importance des problèmes dans l'enfance	61
4. Inégalités des déclarations selon les caractéristiques sociodémographiques	62
4.1. Classe d'âge et sexe	62
4.2. La nationalité	63
4.3. Les facteurs explicatifs de ces différences ?	64
5. Des problèmes liés entre eux	65
C. Les conditions de vie : des déficiences multiples	66
1. Ici, point de travail	66
2. Catégories socioprofessionnelles inférieures et degré de scolarisation limité	68
3. Une grande pauvreté	70
4. Des situations de logement instables	71
5. Des droits inaccessibles ou incarnés	72
5.1. Situation administrative des étrangers	72
5.2. Protection sociale	72
Partie II. : Approche multidimensionnelle de la précarité	74
A. Méthodologie	74
1. Fondement des variables explicatives : des dimensions hétérogènes pour décrire des situations différenciées	74
1.1. Les six dimensions	74
1.2. Indicateurs de précarité pour les dimensions retenues	75
2. Les méthodes statistiques utilisées	77
2.1. Analyses des correspondances multiples	77
2.2. Classification ascendante hiérarchique	78
2.3. Travail a posteriori sur les groupes de précarité	79
B. Hétérogénéité des expériences, types et niveaux de précarité	80
1. Facteurs et mécanismes de précarité	80
1.1. Analyse des correspondances multiples pour les 306 français	80

1.2. Analyse des correspondances multiples pour les 259 étrangers	83
1.3. Synthèse des analyses de données	86
2. Typologie mêlant hétérogénéité des expériences et des niveaux de précarité	88
2.1. La phase de précarité limitée	90
2.2. La phase de fragilisation	91
2.3. La phase d'habitude	92
2.4. La sédentarisation	94

Processus de précarisation et adaptations identitaires⁹⁷

Partie I. : Continuum de situations et processus polymorphes	101
A. Des liens multiformes	101
1. Précarité professionnelle et économique	101
1.1. Emploi à bas revenus	101
1.2. Chômage et inactivité	102
1.3. Une voie médiane très développée	103
2. Précarité du logement et déficiences économique-professionnelles	105
2.1. Des difficultés économiques et des femmes	106
2.2. Le cas des « sans papiers »	106
2.3. Prises en charges institutionnelles	107
2.4. Variabilité des conditions de logement	108
2.5. Instabilité du logement et précarité matérielle	108
3. Précarité matérielle et précarité affective	109
3.1. Séparation conjugale : des conséquences multiples	110
3.2. Rôle stabilisateur de la responsabilité familiale	110
3.3. Des « déserts sentimentaux »...	111
3.4. ...au repli social	111
4. Les barrières administratives	112
B. Des processus différenciés	113
1. Un cadre de précarisation mais des processus différenciés	113
2. Parcours par étapes, descente continue ou instabilité transversale ?	114
3. Réversibilité des processus	114
Partie II. : Des processus mettant en jeu l'identité des individus	115
A. Interactions entre problèmes identitaires et précarisation	116
1. Le poids de l'enfance: facteur d'instabilité ou expression de la détresse?	116
2. Vulnérabilité psychologique : détresse psychique plus que pathologies lourdes	119
3. Comportements à risques et conduites « addictives »	122
3.1. Le rapport socio-médical à l'alcool	122
3.2. Interprétation des résultats et réserves	127
3.3. Une consommation tabagique intense	130
3.4. Les accidents graves: une approche de la prise de risques	132
4. Identité, dévalorisation de soi et comportements à risque	134
4.1. Quête de l'origine et identité	134
4.2. Santé dégradée et altération de l'image de soi	135
4.3. Prises de risque et dévalorisation de soi, une dynamique interactive	136
B. Trajectoires	138
1. Ici, ni référence, ni perspective de travail	138
1.1. Quatre individus qui n'ont encore que peu éprouvé le marché de l'emploi	139

1.2. Les individus qui s'inscrivent dans un parcours professionnel continu	140
1.3. Deux individus pour lesquels l'obtention d'un emploi est une nécessité pour assurer des conditions décentes à leurs proches	142
2. Eloignement du marché du travail	143
2.1. Des personnes qui font entre elles peu état de leur passé	144
2.2. Dans les récits, nous découvrons avant tout un public socialement très éloigné du travail	145
3. Réévaluation des besoins, modification des priorités et « marquage institutionnel »	146
3.1. Dégradation des besoins et réévaluation des priorités	146
3.2. Influence diffuse des institutions	147
C. Substitution du fardeau familial et du corps malade au récit du travail perdu	150
1. Mise en scène des récits	150
1.1. La contextualisation du récit	150
1.2. L'inscription de la biographie dans le temps	151
1.3. L'implication affective ou sens aux mobilisations des individus	152
2. Une histoire familiale centrale	153
2.1. L'enfance fautive	153
2.2. Les ruptures conjugales : entre facteur de fragilisation économique et dérives « addictives »	155
2.3. L'immigration : éloignement fragilisant, sentiment d'injustice et lutte pour ses droits	155
3. La santé : support de la douleur et réceptacle des expériences de précarité	157
3.1. Relativisation et déni des liens entre santé et précarité	157
3.2. Douleur physique et psychique concomitante	157
4. « En souffrant, j'ai appris à vivre »	158
4.1. Le déni d'une identité fondée sur le manque	158
4.2. Abnégation, refus de se plaindre et résistance à la douleur comme valeurs constitutives de l'identité et sens à l'existence	159

Rapport au corps aux soins et à la santé **161**

Partie I. : Les motifs de recours aux soins **164**

A) L'activité des centres de soins gratuits pour personnes en situation de précarité	165
1. Les motifs de recours aux soins des patients précaires	165
2. Des différences nettes par rapport aux motifs de recours en médecine libérale	166
3. Adaptation de l'offre de soins aux besoins des patients	171
B) Comparaison standardisée des motifs de recours aux soins précaires versus non précaires	174
1. Standardiser pour comparer les motifs de recours individuels	174
2. Etude comparée des motifs de recours « précaires » versus population générale	175
2.1. Marginalité des visites de prévention	175
2.2. Sur-représentation des troubles somatiques et toxicomaniaques	175
2.3. Problèmes ophtalmologiques et dermatologiques	176
2.4. Sur-représentation des troubles d'origine relationnelle	177
2.5. Importance de la motricité et de la mobilité physique	177
2.6. Une médecine à deuxième vitesse ?	178

Partie II. : Rapport aux soins et à la maladie **180**

A) Logiques de gestion du corps et de la maladie	181
1. Les logiques de gestion de la maladie	181
1.1. Gestion de la maladie et rapport utilitariste au corps	181
1.2. Impuissance à prendre en charge une maladie angoissante	181
1.3. Psychosomatisme et abattement face à la maladie	182
2. Rapport général au corps	182
2.1. Le corps : expression de la détresse ou réceptacle d'expériences	182
2.2. Résistance à la douleur et moindre écoute du corps	183
B) Les rapports aux soins des précaires	184
1. Modes de réactions à un épisode douloureux	184
1.1. Approche et premiers résultats	184
1.2. Les logiques de réactions à un épisode douloureux	185
1.3. Des modes de réactions différenciés selon le type de douleur	186
2. Observance des prescriptions et propension à l'automédication	189
2.1. Déterminants économiques de l'observance des prescriptions	189
2.2. Déterminants individuels et culturels de l'observance des prescriptions	190
2.3. Automédication	191
C) Rapport aux structures médico-sociales	191
1. Logiques de confiance, méfiance ou défiance à l'égard des soignants	191
1.1. Peur et méfiance à l'égard du médecin comme expression d'une asymétrie d'informations	191
1.2. Méfiance ou défiance liée aux expériences de santé	192
2. Prise en charge, demande affective et sentiment de dévalorisation	194
2.1. Rapport aux personnels soignants	194
2.2. Non-choix et stigmatisation des conditions de vie	195
Partie III. : Les logiques de recours aux soins et leurs déterminants	197
A) Les logiques de recours aux soins	198
1. Objectifs et méthodologie	198
1.1. Une vision globale des rapports aux soins	198
1.2. Une information multiforme, inégale et hybride	198
1.3. Méthodologie	200
1.4. Restreindre la population pour mieux cerner les logiques	202
2. Logiques d'adhésion, de résistance et de refus des soins	203
2.1. Typologie des rapports combinés aux différentes dimensions des soins	203
2.2. Trois idéal-types et cinq logiques globales de recours aux soins	205
2.3. Pistes interprétatives des logiques de recours aux soins	209
B) Les déterminants des logiques de recours aux soins	211
1. Caractérisation des logiques de recours aux soins	211
1.1. Logiques de recours aux soins et caractéristiques sociodémographiques	211
1.2. Logiques de recours aux soins et expériences de précarité	211
2. Déterminants des logiques de recours aux soins	214
2.1. Méthodologie : recherche des déterminants et de leur poids relatif	214
2.2. Résultats des régressions	215
2.3. Synthèse des résultats	219

Conclusion **221**

Proposition de thèse _____ 225

BIBLIOGRAPHIE _____ 238

Introduction

Introduction

La mise en place de la Couverture Maladie Universelle (CMU) remet, plus que jamais, la question de l'état de santé et les comportements de soins des personnes en situation de précarité au cœur des débats. Dans l'optique d'une évaluation des dispositifs sociaux visant à une meilleure concordance entre les besoins et les ressources mises à disposition des publics les plus défavorisés, les travaux portant sur le thème des inégalités de santé et d'accès aux soins se sont multipliés.

Un premier type d'études, de nature épidémiologique ou quantitative, s'attache à décrire les caractéristiques sociales et la morbidité des personnes en situation de précarité. De telles enquêtes sont menées au sein d'organismes de prise en charge médicale des populations défavorisées (Médecins Du Monde,...) ou encore par des institutions auxquelles l'accès présume de déficiences sociales (Centres d'Hébergement et de Réinsertion Sociale, foyers SONACOTRA, bénéficiaires du RMI...). Ces études affichent un double objectif : d'une part, décrire la spécificité de l'état de santé et des pathologies présentées par les personnes fréquentant ces dispositifs et, d'autre part, analyser leur mode de prise en charge face à des troubles de santé (retard ou renoncement à des soins, respect des prescriptions, comportements d'automédication...). Elles visent à l'élaboration de liens statistiques entre les différents déterminants de la santé et les conditions de vie.

Un deuxième type d'approche, plus sociologique, se réfère davantage à des analyses qualitatives visant à analyser les comportements et réactions des personnes en situation de précarité face à la maladie. De tels travaux ont pour but d'articuler le rapport à la santé – rapports au corps, aux risques, aux conduites addictives, à la maladie et à la douleur ou encore représentations et relations entretenues avec les organismes socio-médicaux – aux bouleversements identitaires qui affectent les individus confrontés à des situations sociales profondément dégradées.

Le CREDES, en réponse à un appel d'offre lancé en 1998 par l'INSERM, a souhaité relier ces deux modes spécifiques d'analyse dans sa recherche afin de mieux comprendre les liens complexes qui peuvent exister entre les situations de précarité, les troubles de santé et la genèse des logiques de recours aux soins. Afin d'explorer cette problématique, l'équipe de recherche a donc choisi de combiner une approche statistique fondée sur l'administration à 590 individus d'un riche questionnaire et une approche qualitative reposant sur le recueil de 24 récits de vie centrés sur le thème de la précarité et de la santé. Le premier problème méthodologique qui s'est posé a été de délimiter une population présentant des conditions de vie fragilisées et sur laquelle on puisse disposer d'informations afin d'approfondir la dimension de la santé. En effet, la statistique classique a souvent du mal à cerner les

populations en situation de précarité : ces populations, beaucoup plus que d'autres, échappent à des enquêtes générales qui ont pour objet la description des structures de l'ensemble de la société et de leur évolution¹. Pour tester ses hypothèses, le CREDES a choisi de mener son enquête (qualitative et quantitative) auprès de personnes venues consulter dans les centres de soins gratuits. De cette manière, nous rencontrons un public dont le recours à des structures stigmatisées témoigne de déficiences – économiques, administratives... – en se gardant bien d'appliquer un critère unique et arbitraire de « *précarité* ».

L'objet du **chapitre 1** de ce mémoire sera donc double. D'une part, il s'agira, après avoir dressé un bref état des lieux de l'avancée actuelle des recherches sur le thème de la santé et de la précarité, de détailler la problématique de recherche. Elle privilégie une approche interactive entre des dynamiques de précarisation, des modes d'adaptations identitaires aux difficultés et des logiques de rapport au corps, aux soins et à la santé très différenciés. D'autre part, je décrirai et comparerai avec d'autres études d'envergure les intérêts et limites de la méthodologie et des outils construits par le CREDES ; outils dont j'ai pu jouir de manière indépendante afin de présenter une nouvelle validation d'hypothèses déjà énoncées et d'explorer de nouvelles pistes de recherches.

Béatrice Appay constate un changement de paradigme des travaux menés sur la précarité, dans le sens où la recherche s'est orientée, ces dernières années, vers l'étude des processus économiques et de leurs implications sociales (i.e. *les causes et mécanismes du processus de précarisation*) plutôt que vers la caractérisation des populations démunies (i.e. *les conséquences de la précarité*)². Une telle démarche – à la fois louable dans le sens où elle s'oriente vers des politiques de prévention et dangereuse car elle s'éloigne des modes d'action et de prise en charge des personnes déjà touchées par des dégradations existentielles – me semble erronée pour deux principales raisons. Elle repose sur une conception de la précarisation en termes de liens de causalité univoques et de mécanismes exogènes. S'il existe indéniablement des « *trajectoires types de dégradation sociale* », elles se déclinent suivant une multitude de modalités et sont fortement liées aux modes et ressources individuels d'adaptation et d'acceptation de cette disqualification. D'autre part, cette approche tend à considérer, à tort, le phénomène de précarité comme relevant d'une dynamique interne et donc indépendante de la biographie **globale** des individus et des modes de reconstruction de leurs difficultés actuelles.

La compréhension des phénomènes de précarisation ne peut être cohérente que si elle prend *simultanément* en compte l'analyse des caractéristiques individuelles – existe-t-il des constantes dans la structure sociodémographique de la population touchée, dans les trajectoires, les difficultés, les comportements, les modes de mobilisation des ressources...? –

¹ *Pauvreté, précarité, exclusion*, 1998, Rapport du CNIS (Conseil National de l'Information Statistique) rendu à l'INSEE.

et une approche globale et empirique – repérer des situations types, des degrés de précarité et des expériences différenciées³.

A l'instar de Claude Chasseriaux, c'est la nécessaire complémentarité de ces deux approches qui permettra de cerner « *la réalité du cumul des handicaps et la multiplicité de leur combinaison, les trajectoires de vie qui semblent inexorablement tirer ces individus vers le bas, une forme de marquage social qui confine au bannissement, des sentiments personnels dominés par l'échec et le manque de confiance, la difficulté d'inscrire des actions et des projets dans la durée, l'installation dans des processus dits de « déviance sociale » (drogue, prostitution, alcoolisme, délinquance) et l'éloignement vis à vis des valeurs du monde du travail* »⁴. C'est ce à quoi aspirent les chapitres 2 et 3 qui se complètent, en mêlant analyses quantitatives et qualitatives, et ne sauraient être dissociés l'un de l'autre.

Le **chapitre 2** permettra de rendre visible la grande hétérogénéité, masquée sous la désignation terminologique de « *précaire* », des situations et des perceptions des difficultés rencontrées par cette population. Si notre population ne prétend pas être représentative de la structure des personnes en situation défavorable, elle permet d'analyser finement la diversité des profils sociodémographiques ou encore des niveaux et des formes de déficiences auxquelles les sujets sont confrontés dans leur quotidien. Les figures rencontrées vont de l'homme à la rue sans ressources jusqu'à l'étudiante économiquement et affectivement vulnérabilisée par une soudaine rupture familiale, en passant par la mère de famille vivant en HLM seule avec ses enfants grâce aux aides institutionnelles et familiales, le sans papiers contraint à vivre de l'économie souterraine et à compter sur son réseau socioculturel pour se loger ou encore l'adulte handicapé vivant dans un appartement placé sous curatelle... L'intensité et la (les) source(s) des problèmes rencontrés varient profondément et donnent lieu à des expériences foncièrement différentes. Une analyse multidimensionnelle des conditions de vie – situation professionnelle, ressources économiques, type de logement, situation relationnelle et affective, niveau de protection sociale et régularité administrative pour les étrangers – permettra de mettre en évidence les liens qui peuvent exister entre les multiples déficiences. Une méthode statistique de classification permettra ensuite de former 15 groupes homogènes de situations auxquelles correspondent des conditions de vie, des degrés de précarité et des profils sociodémographiques nettement différenciés.

La précarité est donc bien ce *continuum* de situations allant de la « non précarité » (dans le cas de notre échantillon, de la « précarité limitée ») à la « grande précarité ». En partant d'une telle conception, personne n'est à l'abri d'une *précarisation* de ses conditions de vie. Cependant, selon les ressources initiales dont dispose l'individu, en termes d'éducation, de

² B. Appay, *Précarité, précarisation : réflexions épistémologiques*, 2001, dans « Précarisation, risque et santé », INSERM, pp. 16-27.

³ G. Lamarque, *L'exclusion*, 1998, Que sais-je ? 2^{ème} édition.

⁴ C. Chasseriaux, *La grande exclusion sociale, questions liées à l'insertion et au devenir des publics en grande difficulté sociale*, 1993, rapport au ministre des Affaires Sociales de la Santé et de la Ville, La Documentation Française.

réseau de sociabilité, de ressources affectives..., il réagira différemment à une rupture ou à un glissement professionnel, familial ou sanitaire affectant son existence. Reconsidérer les dynamiques de précarité comme des processus multidimensionnels et interactifs⁵ prenant source et sens dans un contexte plus global de trajectoire de vie sera l'objet du **chapitre 3**. L'étude des formes qui s'incarnent dans les liens entre les diverses dimensions de la précarité (principalement réalisée sur la base des entretiens) met en évidence, non pas un, mais de multiples processus évolutifs. L'analyse des biographies et des modes d'adaptation identitaire et comportementale à des conditions dégradées (dévalorisation de soi, dérives addictives, troubles psychologiques, tendance à l'auto-exclusion ou, au contraire, logique de mobilisation des ressources informelles, construction face aux difficultés...) montre clairement l'interaction entre la dégradation (ou au contraire l'amélioration) des conditions de vie et les modes de définition de soi et de reconstruction de son existence. Parmi les plus démunis, la souffrance et la résistance au mal tendent même à devenir le principal marqueur identitaire et s'exprime par un rapport très dur au corps et aux risques : « en souffrant j'ai appris à vivre ».

On comprendra alors que la santé est profondément liée à la précarité car elle met en jeu le rapport au corps, aux soins et aux institutions *via* deux types de facteurs. Les facteurs *exogènes* correspondent à une fragilisation potentielle de la santé (surexposition à certaines pathologies ou formes aggravées de certains problèmes médicaux) liée à des conditions de vie rendant plus difficiles des comportements d'hygiène ou de prévention, et des conditions économiques contraignant les individus à retarder voire à renoncer à consulter. Les facteurs *endogènes* se réfèrent davantage à une dégradation potentielle de l'état de santé *via* les comportements addictifs ou la psychosomatisation de troubles psychologiques.

Le **chapitre 4** approfondira les spécificités de la population « précaire » en matière de santé – et plus particulièrement en ce qui concerne l'écoute du corps, la gestion de la maladie et les attitudes vis à vis des soins et des structures socio-médicales. Dans un premier temps, l'analyse comparative des motifs de recours aux soins de notre sous-population par rapport à une population générale confirmera la forte sur-représentation des consultations pour des problèmes psychologiques (principalement des troubles anxio-dépressifs et des conduites addictives) et des douleurs affectant leur mobilité physique, laissant entrevoir une perception utilitariste du corps. D'autre part, les entretiens recueillis suggèrent qu'il s'agit souvent de pathologies aggravées par des comportements de retard aux soins. Sous-jacentes aux particularités des rapports au corps et des relations aux structures de soins des précaires, des logiques spécifiques de recours aux soins prennent naissance et se forment selon trois grands

⁵ C'est une telle vision qui sous-tend les concepts de « disqualification sociale » (Serge Paugam), de « désaffiliation » (Robert Castel) ou encore de « désinsertion » (Vincent de Gaulejac).

prismes interdépendants : le rapport aux soins, le rapport à soi et le rapport aux institutions médico-sociales.

Chapitre I

Problématique de recherche et méthodologie.

*Ce chapitre a été réalisé avec l'aide et l'appui méthodologique de
Georges MENAHEM et Hervé PICARD.*

Problématique de recherche et méthodologie

Partie I. : La problématique de recherche

A. Cadre d'étude

1. L'étude « Précarité, précarisation et logiques de recours aux soins »

Parmi les pays industrialisés, la France apparaît, à travers de nombreux indicateurs, comme celui où les inégalités sociales en matière de mortalité et de santé sont les plus fortes. A titre d'exemple, en France, l'espérance de vie des ouvriers à 35 ans est de 6,5 années inférieures à celle des cadres et professions libérales et, entre ces deux extrêmes, les écarts suivent la hiérarchie des catégories socioprofessionnelles⁶. De même une étude européenne a montré que la mortalité des hommes de 45 à 59 ans qui exerçaient une profession manuelle est supérieure de 71% à celle des autres travailleurs alors que cette surmortalité se cantonne dans une fourchette allant de 33 à 53% chez nos voisins européens⁷.

Lorsque l'on compare les états de santé entre chômeurs et travailleurs, les inégalités sont encore plus frappantes. Annie Mesrine, dans l'article intitulé *La surmortalité des chômeurs : un effet catalyseur du chômage ?*⁸, montre que « dans les cinq ans qui suivent l'observation du chômage, le risque annuel de décès d'un homme chômeur est, à chaque âge, environ trois fois celui d'un actif occupé du même âge » (et deux fois supérieur pour les femmes). En gommant l'effet propre des facteurs endogènes du chômage – à savoir statut matrimonial, niveau de diplôme ou encore catégorie socioprofessionnelle défavorables entraînant des inégalités dans l'accès aux soins, l'information médicale et préventive – elle tente de transiger sur le sens des inégalités économiques et des disparités de santé. Est-ce plutôt des problèmes d'invalidité ou de handicap partiel qui sont la cause du chômage (*effet de sélection*) ou bien est-ce davantage le chômage qui agit comme *catalyseur* des problèmes de santé⁹? Sans nier l'importance de *l'effet de sélection*, Annie Mesrine privilégie cette dernière thèse, voyant dans la persistance du chômage un facteur d'isolement et de dégradation de l'image surexposant les individus aux renoncements aux soins et à l'adoption de conduites addictives.

⁶ Voir en particulier l'ouvrage collectif initié par l'INSERM : Les inégalités sociales de santé, de D. Fassin, H. Granjean, M. Kaminski, T. Lang, A. Leclerc, 2000, Editions la Découverte.

⁷ J.P. Mackenbach, AE Kunst, AEJM Cavelaars, F. Groenhof, JJM Geurts, European Working Group on Socio-economic Inequalities in Health, 1997, « Socioeconomic inequalities in morbidity and mortality in western Europe : a comparative study », Editions Lancet.

⁸ A. Mesrine, *La surmortalité des chômeurs : un effet catalyseur du chômage ?*, octobre 2000, Economie et Statistiques n° 334.

⁹ Pour ce faire, A. Mesrine a calculé, à partir de modèles de durée, les risques relatifs de mortalité.

D'autres chercheurs ont approché ces inégalités par un versant plus structurel. Ainsi, Michel Grignon et Dominique Polton ont analysé les inégalités de santé en termes d'accès et de recours aux soins¹⁰. En se fondant sur les modèles économiques classiques, ils ont souligné deux vecteurs d'inégalités d'accès aux soins : d'une part, *un effet d'offre* qui correspond au fait que, anticipant une demande moindre, les médecins sont moins installés dans les quartiers pauvres; d'autre part *un effet prix* qui correspond à la variabilité de la dépense de santé restant à la charge du patient selon la couverture complémentaire dont il dispose.

Les recherches sur ce domaine manquent cependant, afin de mieux comprendre comment se perpétuent et se creusent ces inégalités de santé. C'est pourquoi, en 1998, l'intercommission n°6 de l'INSERM, *Analyse et évaluation des systèmes de soins et de prise en charge, de prévention et de protection sociale*, a souhaité susciter des recherches sur les liens entre la situation sociale et les états de santé. Cet appel d'offre visait deux principaux pans de recherches : la précarité, le processus de précarisation et la santé d'une part, les inégalités sociales en matière de santé, d'autre part. Partant de ces bases, le CREDES (Centre de Recherche d'Etudes et de Documentation en Economie de la Santé) a proposé une étude afin d'approfondir la connaissance des particularités de l'état de santé et des comportements de recours aux soins des personnes en situation de précarité. Dans ce cadre, le CREDES a constitué une équipe pluridisciplinaire : Georges Menahem (sociologue), Hervé Picard (médecin), Valérie Paris (économiste) et moi-même (en tant que statisticien).

2. Participation à l'enquête du CREDES

Durant 9 mois, allant de avril à décembre 2000¹¹, j'ai participé à cette étude placée sous la direction de Georges Menahem, chercheur au CNRS détaché au CREDES. En qualité de statisticien spécialisé en économie de la santé, mon rôle initial consistait principalement à analyser et interpréter les données quantitatives recueillies, à savoir :

- Le nettoyage de la base brute, le recodage des variables mal renseignées ou incohérentes ;
- l'évaluation de la qualité et de la fiabilité des questionnaires ;
- la création de variables synthétiques et de typologies permettant de résumer l'information ;
- enfin, et surtout, l'exploitation statistique à proprement parler, c'est-à-dire la réalisation d'analyses de données, de modélisations ou encore de comparaisons standardisées avec la population générale.

Cependant, à la « faveur » d'un retard dans le rapatriement des données, j'ai été mis à contribution dans les différentes étapes de construction et d'analyse des matériaux qualitatifs :

- Aide à l'analyse critique du guide d'entretien ;

¹⁰ M. Grignon, D. Polton, *Inégalités d'accès et de recours aux soins*, dans Mesurer les inégalités, 2000, Ministère de l'Emploi et de la Solidarité Mission Recherche - DREES, p.188-200.

¹¹ 6 mois en tant que stagiaire, prolongés par 3 mois en contrat à durée déterminée afin de parachever les travaux statistiques.

– exploitation des entretiens, avec, pour principal axe de recherche, la modélisation des rapports au corps, aux soins et aux structures de santé et leur mise en relation avec les parcours de précarisation.

A l'occasion de ces travaux, j'ai réalisé un rapport intermédiaire livrant l'intégralité des explorations, modélisations et interprétations statistiques¹² afin d'appuyer la rédaction finale du rapport « *Précarité, précarisation et santé* ». Co-écrit par G. Menahem, V. Paris, H. Picard et moi-même, il devrait être prochainement rendu à l'INSERM afin d'éclairer les précédentes études sur ce thème – en particulier le récent ouvrage *Précarisation, risque et santé* écrit par P. Chauvin, F. Facy, M. Joubert, et V. Ringa (2001, Editions INSERM, Collection questions en santé publique).

3. Mémoire de DEA, relations et accords avec le CREDES

La population étudiée et certaines pistes d'analyses poursuivies étant issues du travail que j'ai réalisé dans le cadre de cette étude, on comprendra que certains thèmes soient récurrents à ma propre recherche et à celle du CREDES.

En particulier, un certain nombre de résultats et de comparaisons statistiques avec des échantillons en population générale (état de santé, motifs de recours aux soins, réactions à un épisode douloureux...), réalisés en collaboration avec Georges Menahem et Hervé Picard, sont utilisés conjointement dans ce mémoire et dans les rapports CREDES / INSERM à venir. Cependant, si les sources de résultats sont communes, les analyses explicatives et les interprétations ici présentes n'engagent que mon opinion.

Suite à un accord passé avec la direction, le CREDES m'a autorisé à utiliser les données dont il dispose¹³. Aussi ai-je pu développer des thématiques de recherches et des approches qui me sont propres et qui s'écartent des pistes épidémiologiques actuellement poursuivies par le CREDES (état de santé général et bucco-dentaire, analyse des centres de soins gratuits...). Pour ma part, je me suis davantage concentré sur une approche globale de la précarité, des processus de précarisation, d'adaptation identitaire et comportementale afin de mieux appréhender les logiques de recours aux soins.

Cette situation d'interactivité est, *a priori*, porteuse de fruits puisque chacun d'entre nous dispose des possibilités d'explorer ses propres hypothèses et d'en discuter par la suite. C'est pourquoi l'équipe de recherche du CREDES se révèle très attentive aux résultats de ce mémoire, se laissant la possibilité d'intégrer tout ou partie de ce mémoire dans de nouveaux rapports¹⁴.

¹² M. Collet, *Précarité, précarisation et logiques de recours aux soins*, 2000, rapport de stage ENSAI.

¹³ Le protocole d'accord a été placé en **annexe 1**.

¹⁴ L'équipe de recherche « Précarité » au sein de laquelle j'ai été intégré envisage en effet la parution ultérieure de plusieurs rapports thématiques.

B. Etat de la question

Une large part des travaux conjuguant les problématiques de la santé et de la précarité porte sur quatre principaux thèmes :

- L'étude descriptive des structures d'offre de soins prioritairement destinées aux personnes en difficultés et la recherche d'une meilleure adéquation entre l'offre et la demande de santé ;
- l'analyse épidémiologique de l'état de santé des personnes en situation de précarité et la comparaison par rapport à la population générale ;
- la recherche des déterminants caractéristiques de leur état de santé et de la manière de se comporter face à l'occurrence d'un problème de santé (ce que nous désignerons par la suite comme les *logiques de recours aux soins*).
- les analyses plus générales sur le processus de précarisation et leurs implications en termes de santé, de rapport au corps et aux risques ou encore de relations aux structures médico-sociales.

1. L'offre de soins aux personnes démunies

L'approche des comportements de santé par l'offre de soins a fait l'objet de nombreuses études en France comme à l'étranger, la plupart dénonçant un accès médiocre à l'assurance-maladie et des « zones de non-prise médico-sociale ». Au-delà de ces recherches portant sur les droits fondamentaux, certaines études ont eu pour objectif de mieux connaître les circuits de soins utilisés par les démunis et d'évaluer les contributions spécifiques de centres très divers (en termes de taille, de spécialisation, de statut juridique...) ¹⁵. B. Ménoret-Calles a ainsi souligné les carences en matière de prévention et de suivi médical qui exposent les individus en difficultés financières à des problèmes graves de santé (car parvenus à un stade plus aigu) ¹⁶. De même, le professeur Geneviève Barrier a montré l'ampleur des recours tardifs aux services d'urgence des populations les plus démunies alors qu'elles auraient pu être prises en charge plus tôt en soins ambulatoires ¹⁷ tandis que Jacques Lebas déplorait une mauvaise prise en charge (psychologique et administrative) de ces individus par le secteur hospitalier ¹⁸. De là, plusieurs articles se sont interrogés sur l'adéquation entre l'offre de soins et la demande

¹⁵ Voir, par exemple, *Lieux de soins pour les démunis* de M.J. Sourty Le Guellec et V. Paris, dans « Bulletin de l'Académie Nationale de Médecine », Santé et Pauvreté, 1997, volume n° 181, p. 13 à 22.

¹⁶ B. Ménoret-Calles, *L'accès aux soins des personnes démunies*, 1997, Editions L'harmattan.

¹⁷ G. Barrier, *La prise en charge effective des urgences médicales*, 1994, Rapport rendu au Premier Ministre sur la prise en charge préhospitalière des urgences.

¹⁸ J. Lebas, *Accueil des malades démunis à l'Assistance Publique – Hôpitaux de Paris*, 1994, Rapport à la Commission.

des personnes défavorisées¹⁹ en vue de restructurer les services en fonction des besoins et des entraves observés.

2. La morbidité et les comportements médicaux des « précaires »

Depuis quelques années, la santé est au centre des débats sur l'exclusion. Elle est abordée sous trois principales dimensions :

- *L'état de santé général des individus et la surexposition à certains types de pathologies.*

Les travaux récents insistent sur deux points : d'une part, ce ne sont pas tant des pathologies spécifiques que des pathologies aggravées qui affectent ces personnes et, d'autre part, la prévalence des maladies respiratoires, des problèmes bucco-dentaires et des affections psychologiques est particulièrement forte – par exemple, cf. P. Chauvin et J. Lebas, *Précarité et santé*, 1998, aux éditions Flammarion ou encore T. Lecomte, An. Mizrahi, Ar. Mizrahi avec J.M. Firdion et M. Marpsat de l'INED, *Vie et santé des personnes sans domicile, à Paris : enquête INED 1995*, 1998, CREDES.

Bien que l'on ait constaté une résurgence de maladies que l'on croyait éradiquées (tuberculose, saturnisme...)²⁰, les pathologies rencontrées chez les sans-domicile, qui sont la frange la plus extrême de la population précaire, restent donc superposables aux pathologies rencontrées dans la population générale²¹. Néanmoins, elles sont aggravées par ce que les auteurs désignent comme un « décor pathologique » spécifique : les addictions alcoolique, tabagique et toxicomaniaque, la malnutrition, l'absence d'hygiène, le manque de sommeil, la surexposition aux agressions...

- *Des études plus approfondies sur les pathologies sur-représentées.*

Elles sont principalement axées sur l'analyse de l'état psycho-pathologique des personnes en situation de précarité²², sur les comportements addictifs (alcool et psychotropes)²³ et l'exposition aux « nouvelles épidémies » (principalement le VIH et le VHC). Plus marginaux

¹⁹ Cf., par exemple, *L'hôpital et les exclus*, Groupe de travail UHSO, 1994; dans la Revue Hospitalière de France, n°6, p. 524-543.

²⁰ D. Farge, Z. Marjanovic, Y. Poinson, « Maladies infectieuses liées à la pauvreté », 1997 dans D. Farge, D. Jourdain-Meningier, *L'hôpital public : le retour à l'Hôtel Dieu*, Editions Hermès, pp. 99-122.

²¹ Par exemple, P. Declerck, P. Duprat, O. Gaslonde, J. Hassin, J.P. Pichon, *L'état médico-social et psychopathologique des personnes SDF*, 1996, Réseau National de Santé Publique.

²² Par exemple, V.Kovess, C. Mangin-Lazarus *La santé mentale des sans-abris dans la ville de Paris*, 1996, Association l'Elan Retrouvé.

²³ W.R. Breakey, P.J. Fischer, *The epidemiology of alcohol, drug and mental disorders among homeless persons*, 1991, American Psychologist, volume 46, n°11, p.115-1128.

sont les rapports explorant la santé bucco-dentaire ou l'exposition aux maladies respiratoires²⁴.

- *Les comportements médicaux des personnes défavorisées.*

Quelques études dressent un portrait des attitudes à l'égard de la maladie. Elles insistent principalement sur la forte prévalence du renoncement à consulter, sur l'importance des comportements d'automédication²⁵ et sur la propension à privilégier le recours hospitalier²⁶. Partant de ces constats d'inégalités de prise en charge, les pouvoirs publics ont initié maintes recherches sur le niveau de couverture sociale des démunis²⁷. Les résultats alarmants ont abouti à la mise en place de la Couverture Maladie Universelle (CMU).

3. Analyses explicatives des logiques de recours aux soins

A l'étranger, de nombreuses études sur les comportements de soins des personnes sans domicile avancent différents facteurs explicatifs à cette vulnérabilité sanitaire. En particulier, les observations rassemblées par de nombreuses études américaines, anglaises ou allemandes sur les liens avec les situations de précarité, tant dans la mauvaise observance (*poor compliance*) que des retards aux soins (*delayed health care*) suggèrent l'existence de caractères spécifiques des comportements de recours aux soins des personnes en situation de précarité. Afin de mieux comprendre la particularité de leurs logiques de recours aux soins, deux principales approches ont été adoptées : la première insiste sur les conditions matérielles, sanitaires et administratives des démunis (*les facteurs exogènes de la précarité*), alors que la seconde s'intéresse davantage aux transformations psychologiques et identitaires qui mènent à une utilisation restreinte des structures de soins (*les facteurs endogènes à la précarité*).

– Les conditions de vie de la précarité contraignent les logiques de soins, en termes de renoncement à recourir, de moindre qualité des soins ou d'observance des examens et des prescriptions, *via* trois principaux vecteurs : les contraintes financières, la déficience de protection sociale et, de manière plus spécifique aux sans papiers, la menace juridique.

²⁴ Sur les problèmes bucco-dentaires, on pourra consulter *Précarité et santé bucco-dentaire*, de D. Hassoun, 1998, Thèse au sein du CREDES ; et sur les maladies respiratoires *Treating tuberculosis : the essential role of social work* de B.Black et M.E.Bruce, *Social Work Health Care*, Detroit, n°26, p.51-68.

²⁵ Schleret, « Consommation et accès aux soins : la prise en compte des plus démunis », 1993, *Revue des affaires sociales*, volume n° 47, p. 75-91.

²⁶ *Le recours aux soins médicaux des chômeurs en France*, A.Bocognano, 1995, CREDES.

²⁷ On peut citer E. Bichot, E. d'Agostin, M.L. Malpart, B. Martin, R. Ruellan, *Les conditions d'un véritable accès aux soins des personnes défavorisées*, 1997, Centre Nationale d'Etudes Supérieures de Sécurité Sociale.

En termes d'insuffisances financières, on pourra notamment voir l'étude de Gelberg, Gallagher, Andersen et Koegel²⁸ qui ont observé sur un échantillon important la faible observance des traitements de santé par les personnes sans domicile fixe en raison de leurs difficultés à satisfaire leurs besoins élémentaires de subsistance. Enfin, l'exclusion des droits fondamentaux est soulignée dans plusieurs ouvrages et articles qui dénoncent des « zones de non-prise en charge médico-sociale ».

– L'expérience de la précarité contribue à véhiculer des représentations de soi, de son corps, de la santé et des institutions qui favorisent les attitudes de défiance ou de refus des soins. L'existence d'un comportement d'auto-exclusion des soins est suggérée par les observations de multiples praticiens de terrain : certains individus soit se méfient du système sanitaire et social, soit s'estiment stigmatisés par le type de soins auxquels ils doivent avoir recours et diffèrent de ce fait le moment où ils vont se soigner²⁹.

Conjointement, une écoute moindre du corps, un durcissement au mal et une propension forte aux comportements addictifs comme adaptation au « *manque de considération, manque de sécurité, manque de biens assurés et de lieux stables* »³⁰ sont avancés comme une forme de déni de la conservation des ressources physiques (G. Dambuyant-Wargny, *Corps et précarité*, 2001, Ecorev' n°4). Dans ce même registre des causes endogènes, notons également les travaux de Georges Menahem qui établissent des liens entre les problèmes vécus dans l'enfance et une moindre protection de soi³¹.

4. Des analyses plus globales

A la richesse des travaux spécifiquement dévolus aux problèmes de santé viennent s'ajouter pléthore d'ouvrages et d'articles plus généraux traitant des processus de précarisation. De manière simplificatrice, ces ouvrages abordent trois grandes problématiques : *qui* sont les personnes désignées comme précaires, *quelles* sont les *causes* et enfin *quelles* sont les *conséquences* de ces situations ?

– Le premier objectif consiste à cerner la population démunie afin de mieux répondre à ses besoins et mieux cibler les batteries d'aides. L'identification des personnes en difficulté, la

²⁸ Paru en 1997 dans *l'American Journal of public health* et intitulé « Competing priorities as a barrier to medical cares among homeless adults in Los Angeles ».

²⁹ P. Chauvin, M. Guiguet, J. Lebas, G. Menahem, N. Pech, I. Parizot, *Précar : trajectoires de précarité, états de santé et accès aux soins, Rapport final à l'intercommission n°6 de l'INSERM*, 1999, Institut de l'Humanitaire.

³⁰ R. Castel, *Les métamorphoses de la question sociale. Une chronique du salariat*, 1995, Editions Fayard.

³¹ Par exemple, G. Menahem avec la collaboration de P. Bantman et S. Martin, *Quand l'enfance fait mal – Trois approches des relations entre problèmes de jeunesse et troubles de la santé à l'âge adulte*, 1998, Rapport de recherche pour la MIRE ; ou encore G. Menahem, *Spécificités des usages précaires des systèmes de soins : quelques hypothèses*, dans *Les usagers du système de soins* (p.249-262), 2000, Editions ENSP.

mise en évidence de la diversité des expériences et l'ébauche de typologies ont fait l'objet de nombreux travaux méthodologiques³² et/ou empiriques³³.

– Depuis quelques années, nous assistons, tant dans le monde des chercheurs que des pouvoirs publics ou des travailleurs sociaux, à une profonde volonté de connaître les caractéristiques et les déterminants des situations de précarité. Sur ce plan, c'est la thèse de la multi-causalité qui domine aujourd'hui. Ainsi, les concepts de *vulnérabilité sociale* ou de *cumul de handicaps* avancent que la précarisation des individus relève de la combinaison de plusieurs déficiences sociales : travail, famille, santé, sociabilité, droits administratifs... (cf. par exemple, J.M. Firdion et M. Marpsat, *Devenir sans domicile ; ni fatalité, ni hasard* dans le n°313 de « Populations et Sociétés » ou encore T. Lecomte, An. Mizrahi et Ar. Mizrahi, *Précarité sociale : cumul des risques de sociaux et médicaux*, 1996, CREDES).

– Enfin, un pan important de recherches porte sur les modes de vie et les stratégies d'adaptation matérielles et identitaires aux situations de précarité. Il s'agit ici de comprendre comment les individus organisent leur survie et de connaître les représentations et les ressources qu'ils mobilisent. Sur ce thème, un des précurseurs, en France, est Alexandre Vexliard. Dans l'ouvrage *Le clochard, Etude de la psychologie sociale* (1957), il décompose le processus de précarisation en quatre grandes phases : les phases agressive, de repli, de fixation et enfin de résignation. Il décrit les évolutions des relations, des représentations et des comportements qui les caractérisent, et les expliquent comme des mécanismes d'adaptation à l'espace public et à une condition dégradée.

C. Axes de recherche et hypothèses de travail

Dans le cadre de ce mémoire, j'ai choisi d'allier une étude globalisante du processus de précarisation – objective et subjective ou autrement dit matérielle et socio-identitaire – à l'approfondissement spécifique des états et des comportements de santé des personnes démunies. L'objectif soutenu est ainsi de mieux comprendre comment le positionnement et les attitudes face à des situations défavorables se construisent selon les trajectoires individuelles et qu'ils ne sauraient se restreindre à des déficiences économique-administratives. De plus, une telle démarche permet d'appréhender la manière de mobiliser les ressources disponibles face aux difficultés ; la protection de soi *via* la santé physique et mentale apparaissant comme un cadre très pertinent d'étude des réseaux de survie formels et informels.

Le schéma ci-après (*graphique n°1* page 32) reflète les principaux déterminants de l'état de santé (fondés sur les résultats des enquêtes citées auparavant et les pistes de recherches

³² H. Thomas, *La production des exclus*, 1997, PUF.

³³ R. Nasse, *Exclus et exclusion : connaître les populations, comprendre les processus*, 1993, Commissariat Général du Plan, La Documentation Française.

envisagées). Bien que simpliste, il résume les quatre pôles de recherches poursuivis ici et les hypothèses s'y afférant (la numérotation est à mettre en correspondance au schéma) et permet de comprendre comment ils s'articulent.

1. La précarité comme un processus polymorphe (1)

Plutôt que de vouloir amalgamer des situations très diverses sous un même concept, tel que celui de *l'exclusion*, il est préférable de raisonner en termes de trajectoires multidimensionnelles. Une telle démarche permet de dépasser l'idée simpliste d'une société duale qui opposerait les inclus aux exclus. Les processus de précarisation peuvent en effet toucher l'ensemble de la population du fait des multiples dimensions – professionnelles, sociales, médicales, psychologiques et affectives – qu'ils mettent en jeu. C'est tout un *continuum* de situations qui peut ainsi être observé, depuis la personne touchée brutalement par le chômage jusqu'à la personne isolée, sans abri ni ressources. Partant de là, il s'agit d'analyser la précarité non pas comme un état immuable et irréversible mais comme un processus dynamique et polymorphe mettant en jeu les représentations, les perceptions spatio-temporelles de soi et de la société ainsi que les modes de vie.

L'objectif est donc double : comprendre l'hétérogénéité objective – la trajectoire de dégradation des conditions de vie – et subjective – le vécu et les réactions aux expériences de précarité – des situations observées et, conjointement, analyser les interactions entre ces processus polymorphes de précarisation et les dynamiques de maintien ou de dégradation de l'intégrité physique et mentale.

Selon les ressources initiales, l'éducation et les réseaux de sociabilité dont dispose l'individu, il réagira différemment aux phénomènes de rupture ou de glissement professionnel, familial ou sanitaire qui affectent son existence. Il faudra donc éviter de se restreindre à une « trajectoire » ou une « carrière » de précarité indépendante et exogène mais, au contraire, la relier à la trajectoire globale de l'individu. C'est en analysant les parcours globaux – origines, chemins, étapes, rapport à la famille, au travail, aux institutions ou encore contexte d'immigration pour les étrangers... – et le mode de reconstruction de ces trajectoires que nous pourrions réellement comprendre les comportements et stratégies adoptés par tel ou tel, et notamment en matière de santé. Nous comprendrons mieux, d'une part, la polysémie des liens entre les différentes dimensions de la précarité et, d'autre part, les facteurs aggravants (comportements addictifs, laisser-aller...) ou au contraire protecteurs des difficultés. Les reconstructions individuelles du récit de vie et les modes de mobilisation des ressources formelles et informelles disponibles face à une disqualification sociale ne dessinent pas une « trajectoire type de précarité » mais une multitude de processus nettement différenciés ; processus agissant selon des ressorts particuliers et mettant différemment en jeu l'équilibre physique et identitaire. Les formes distinctes prises par les dynamiques de précarisation et les stratégies de survie engagées affectent différemment le rapport au corps et aux risques des

individus – et de manière plus générale, les représentations de soi et de sa destinée – en mettant à jour des fragilités latentes, non manifestes en période de stabilité³⁴.

2. L'état de santé des personnes démunies (2)

Très souvent, les problèmes de santé sont enchevêtrés avec l'histoire de la précarité. La question est de savoir ce qui est masqué derrière ce simple lien. Plusieurs pistes de recherches seront poursuivies et approfondies :

- Mieux connaître la place des incidents de santé dans le parcours de précarisation : agissent-ils comme la cause de la dégradation des conditions, comme la conséquence des manques ou bien encore comme un facteur aggravant de leur situation ?
- La sur-représentation de certaines pathologies relève-t-elle d'une vulnérabilité matérielle ou identitaire ?
- Il s'agira, également, d'analyser le corps comme mode d'expression (par défaut) de la souffrance vécue et comme cristalliseur de l'histoire individuelle. La forte propension observée aux conduites ordaliques, à une prise de risques, peut être paradoxalement perçue comme des mécanismes de défense à des situations traumatiques³⁵, à des canaux d'expression ou « idiomes de détresse »³⁶ qui s'incarnent dans un rapport durci au corps.
- Par ailleurs, nous nous concentrerons sur les logiques de gestion de la maladie. Il s'agira de comprendre comment les individus se comportent et réagissent aux problèmes de santé.

3. La spécificité des logiques de recours aux soins des personnes en situation de précarité (3)

Un grand nombre d'éléments intervient dans la décision de recourir ou non à des soins extérieurs puis, ensuite, dans les décisions d'observer les prescriptions, de les poursuivre ou de les interrompre. L'hypothèse est que, indépendamment de leurs ressources économiques, les individus sont fortement inégaux en matière d'aptitude à recourir à des soins et que cette inégalité est, elle aussi, accentuée par les processus de précarisation – et ce, de manière différenciée selon la trajectoire de précarité. L'éloignement du dispositif de soins par rapport à la sphère de sociabilité correspond généralement à une faible connaissance sinon à l'ignorance des modalités de son fonctionnement ; l'imagination suppléant à la connaissance,

³⁴ A. Lazarus, H. Strohl, *Ville, santé mentale, précarité et exclusion sociale. Une souffrance qu'on ne peut plus cacher*, 1995, Rapport DIRMI, DIV, DASS, DGS.

³⁵ J. Furtos, « Contexte de précarité et souffrance psychique : quelques particularités de la clinique psychosociale », Septembre 1999, Revue Soins.

³⁶ Selon les travaux de R. Massé, *Culture et santé publique. Les contributions de l'anthropologie à la prévention et à la promotion de la santé*, 1995, Editions Gaëtan Morin, ces idiomes peuvent être regroupés en quatre grands pôles ; l'auto-dévalorisation (ou dépréciation de soi) / la démoralisation (pessimisme à l'égard du futur) / l'angoisse et le stress / les retrait, repli sur soi et l'isolement social. Il faut ajouter que ces signes d'expression de la détresse se différencient selon les cultures et qu'ils doivent donc être appréhendés « comme un langage avec des syntaxes spécifiques » (RESSCOM et DIV, *Séminaire ville, violences et santé mentale*, avril 2001, Bulletin n°1).

cet éloignement et cette absence de familiarité sont souvent associés à des sentiments de menaces multiformes, ce qui induit par exemple la peur à l'idée de passer devant les « blouses blanches ».

En dehors de toute considération de précarité, on suppose ainsi que les personnes qui hésitent à avoir recours aux différentes structures de soins agissent selon une « logique de défiance » : elles considèrent *a priori* que tout recours à ce système de santé qu'elles connaissent mal est menaçant, soit parce qu'elles ont peur d'y apprendre l'existence d'une maladie, soit parce que leur ignorance pouvant être dévoilée, elles risquent à cette occasion d'être méprisées, voire d'être sanctionnées et privées de certaines de leurs ressources. A l'autre extrême, les personnes qui ont recours sans difficultés aux différentes structures de soins agissent selon une « logique de confiance » : elles considèrent *a priori* qu'elles n'ont pas à se méfier de leur visite de santé, que les interventions qui peuvent leur être alors prodiguées seront effectuées pour leur bien et qu'elles ne risquent à cette occasion ni d'être méprisées, ni de se voir agressées ou indûment taxées.

Si une telle conception des logiques de recours aux soins est pertinente, on peut supposer alors que les degrés les plus importants de l'apprentissage de l'usage des structures de soins correspondent à une plus grande emprise des « logiques de confiance »; et qu'inversement, plus la personne est étrangère au symbolisme et aux pratiques des professionnels de santé, plus ses comportements obéissent à une « logique de défiance ». La détention d'un niveau important de ressources économiques, professionnelles et culturelles correspondrait plus fréquemment avec les logiques de confiance alors qu'être dans une situation de précarité de ces ressources tant financières que de sociabilité induirait une fragilité de ses repères qui voisinerait souvent avec les logiques de défiance. On suppose que l'importance de la méfiance à l'égard du système de soins ne trouve pas son origine principale dans la faiblesse du niveau des droits ou l'insuffisante protection sociale de l'intéressé. Mais, d'un autre côté, on constate qu'elle est notablement renforcée dans les situations de précarité des droits ou des ressources financières. Réciproquement, la défiance à l'égard du système de soins engendre des retards de prise en charge des maladies qui, à leur tour, accentuent la gravité des troubles de santé et, de ce fait, concourent à la précarisation de la personne.

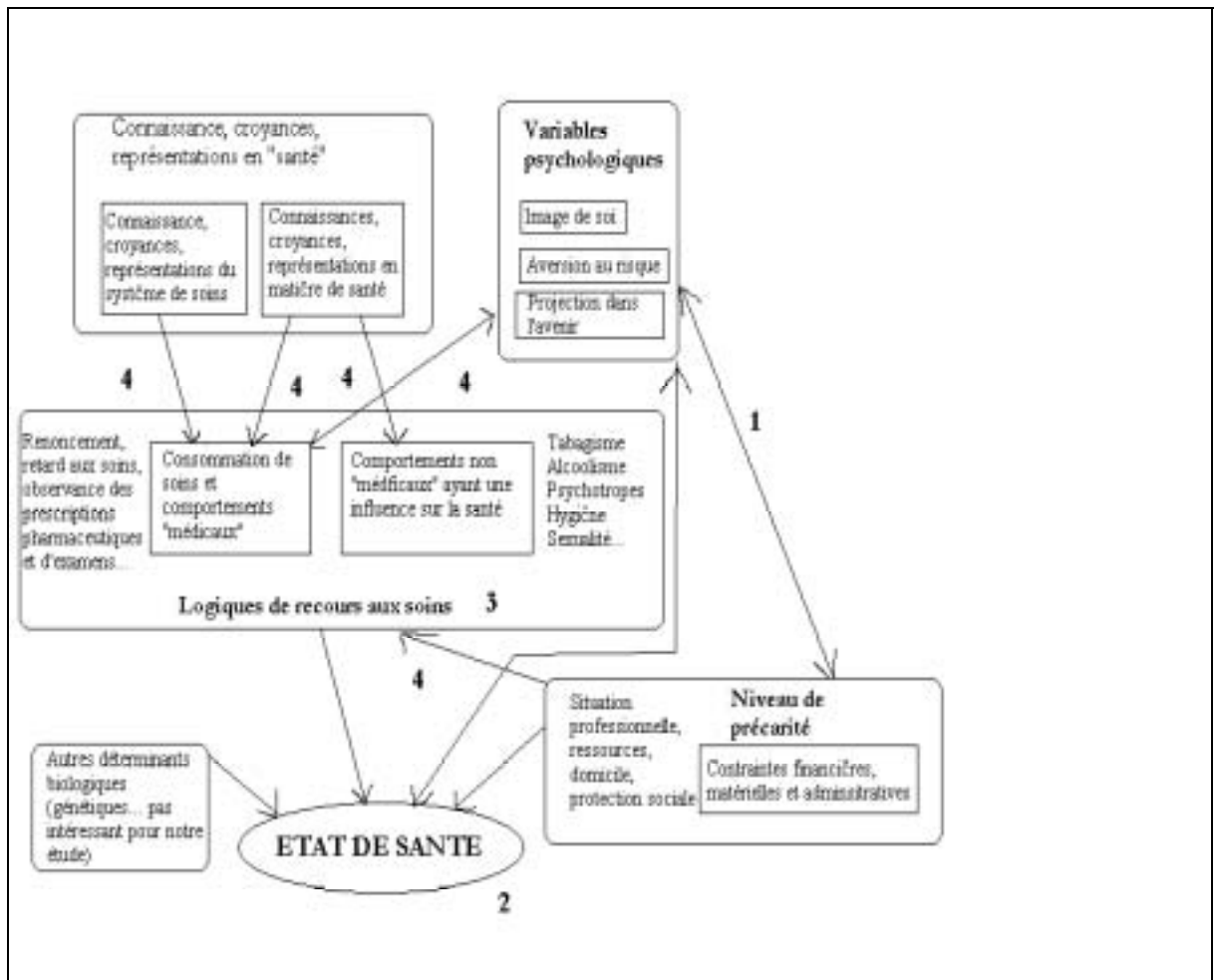
4. La genèse des logiques de recours aux soins (4)

Un même ensemble de phénomènes concourt à la genèse des logiques de défiance à l'égard des recours aux soins et au développement des processus de précarisation, d'où la plus fréquente simultanéité de leurs manifestations. Ainsi, d'un côté, la faiblesse des ressources initiales, économiques, culturelles, sociales, dont dispose une personne freine notablement son acquisition de positions stables, pour l'emploi, le logement et en matière d'installation familiale, statuts qui font barrage à la précarisation ; alors que, de l'autre côté, la faiblesse des moyens culturels et sociaux d'apprentissage du fonctionnement et des usages du système de

santé maintient dans une situation d'ignorance et de sujétion favorisant l'emprise d'une logique de défiance à l'égard du recours aux soins.

On peut supposer que si des personnes psychologiquement vulnérables se trouvent dans des situations angoissantes qui les mettent en jeu, soit à travers l'image de leur corps, soit pour ce qui est des conséquences aléatoires sur leur santé, leurs comportements tendront alors davantage à se référer à une logique de défiance que de confiance à l'égard des structures de soins.

Graphique n°1 : Schéma simplifié des principaux déterminants de l'état de santé des précaires



Partie II. : Méthodologie d'enquête

Afin d'éclairer ces thèmes de recherches et de tester les différentes hypothèses, j'ai pu jouir de l'ensemble des matériaux constitués par le CREDES dans le cadre de l'étude pré-citée.

A. La population cible : enjeux et intérêts.

1. Deux types d'approche

Afin de mieux comprendre et d'analyser la spécificité de la précarité en matière de comportements de soins et de rapport au corps, le CREDES avait choisi de se concentrer sur la population mal connue des individus ayant recours à des centres de soins gratuits. Initialement, une alternative se présentait :

- Réaliser une étude à partir d'un échantillon de la population générale et étudier les comportements de soins en fonction des facteurs de précarité auxquels chacun des individus est exposé.

C'est le parti qui a été pris par de nombreuses enquêtes. Cependant, elles posent deux problèmes fondamentaux :

- Les individus étant interrogés à partir de la possession d'un logement fixe, d'une protection sociale (...), les plus précaires d'entre eux échappent à de tels questionnements.
- D'autre part, le caractère très général de ces enquêtes couvre mal la spécificité des situations des plus démunis. En particulier, il ne comprend qu'un nombre fort limité de questions portant sur leurs rapports aux risques et à la santé.
- Se centrer sur les personnes consultant dans des centres spécifiquement destinés aux populations les plus défavorisées.

2. Une enquête ciblée sur les patients de centres de soins gratuits

C'est cette deuxième branche de l'alternative qui est apparue comme la plus judicieuse. Il nous a semblé, que, en plus d'éviter les écueils inhérents aux enquêtes générales, elle réglait le problème délicat de la délimitation de la population d'intérêt. En effet les outils destinés à transiger sur *qui* peut être qualifié de personne en situation de précarité sont nombreux, fondamentalement différents et plus ou moins arbitraires (pauvretés monétaires absolue et relative, recours à des aides stigmatisantes, concepts de vulnérabilité sociale ou de cumuls des handicaps, visions fondées sur l'insalubrité des logements...). Ici, nous rencontrons les individus qui se jugent « *suffisamment démunis* » pour prétendre accéder à des soins gratuits, que leur situation soit temporairement précaire ou durablement ancrée dans la pauvreté. C'est ce critère de *définition subjective de la précarité* qui délimite la population d'étude. Un tel

critère trouve une forte légitimité à la lecture des entretiens : en effet, ces derniers montrent clairement pour la grande majorité des individus que, s'ils avaient eu le choix, ils auraient été se faire soigner dans un autre type de structures (moins stigmatisées).

Il faut néanmoins être conscient qu'un tel choix méthodologique introduit une limite : nous n'observons pas les personnes qui ne viennent pas consulter dans ces structures, soit parce qu'elles ignorent leur existence – le « biais de connaissance » –, soit parce qu'elles parviennent à se soigner ailleurs, soit parce qu'elles jugent inutiles de se soigner, soit encore parce qu'elles refusent toute relation avec des professionnels de santé – le « biais de défiance ». La probabilité d'interroger les précaires les plus défiants vis à vis des soins demeure donc assez faible³⁷.

B. Constitution de la base des centres

1. Un inventaire réactualisé des centres situés dans le champ d'étude

Lors d'une précédente enquête menée par le CREDES en 1996-1997, 121 centres de soins spécialisés dans la délivrance de soins aux personnes démunies et 48 centres internes à des structures d'hébergement ont répondu à des questions concernant leur activité et les moyens dont ils disposaient³⁸. Nous avons cherché à solliciter à nouveau ces 169 centres initiaux parmi lesquels seuls 126 ont été joints.

- 39 centres rattachés à des organismes humanitaires tels que Médecins du Monde, Médecins sans Frontières, le secours catholique, le secours populaire, l'armée du salut ... ;
- 4 centres Emmaüs ;
- 58 centres relevant d'associations indépendantes (bien que, souvent, financées par les mairies) ;
- 7 centres de type Centre Communal d'Action Sociale (CCAS), Centre Médico-Social (CMS), Centre d'Accueil pour Demandeurs d'Asile et réfugiés (CADA) ;
- 15 Centres d'Hébergement et de Réadaptation Sociale (CHRS) ;
- 3 antennes précarité hospitalières.

Par la suite, nous avons cherché à compléter cet inventaire. A partir de multiples sources telles que l'annuaire de la FNARS³⁹, les données fournies par les organismes d'action sociale (DRASS, DDASS), de sécurité sociale (CRAM, CPAM), par les différents Observatoires Régionaux de Santé (ORS) ou encore par le guide « L'hôpital pour tous - Les permanences d'accès aux soins de santé » nous avons recensé les centres nouvellement créés.

³⁷ Cependant, nous pouvons supposer que la difficulté à saisir l'ensemble de la population précaire n'est pas propre à cette enquête mais à l'ensemble des questionnements administratifs. Il est même possible que les attitudes d'évitement soient ici réduites du fait du bénévolat des travailleurs et des relations de confiance qui se tissent souvent entre le personnel et les patients (cf. entretiens).

³⁸ Voir M.J. Sourty - Le Guellec et V. Paris, *Lieux de soins pour démunis*, 1997, Bulletins de l'Académie Nationale des Médecine, volume 181 n°8, p. 13-22.

108 nouvelles références ont ainsi été répertoriées :

- 26 centres rattachés à des organismes humanitaires ;
- 31 centres relevant d'associations indépendantes ;
- 8 centres de type Centre Communal d'Action Sociale (CCAS, CMS, CADA) ;
- 1 CHRS ;
- 42 antennes précarité hospitalières.

Au total, 234 dispositifs de soins gratuits ainsi recensés représentent une large part de l'offre disponible en France pour les personnes sans ressources, même s'il existe probablement certains centres qui ont échappé à l'inventaire⁴⁰. Toutefois, il a fallu restreindre quelque peu la dimension de cette base potentielle.

D'une part, 13 dispositifs n'ont pu être joints, et ce en dépit de nombreuses relances postales et téléphoniques, soit qu'ils aient changé d'adresse, soit qu'ils aient temporairement interrompu leur activité. D'autre part, nous avions dans l'idée de faire administrer une partie du questionnaire par un médecin et de poser des questions à propos de la consultation du patient. Après un examen plus approfondi, il s'est révélé que 49 autres structures étaient « hors champ » pour des raisons diverses (voir le tableau 1, page suivante) :

--> Bien que fournissant des services aux personnes sans ressources, 29 centres ne donnaient pas, ou plus, de soins de santé ou encore ne fournissaient qu'une assistance psychologique ou sociale.

--> 6 dispositifs se sont avérés trop spécialisés (2 dans les soins de protection maternelle et infantile et 4 dans la prise en charge des toxicomanes) et ne permettaient pas de juger de la globalité de la santé des personnes venant consulter.

--> 5 centres ne fournissaient que des soins infirmiers et ne bénéficiaient d'aucune collaboration régulière d'un médecin.

--> 9 hôpitaux n'offraient pas encore d'accueil spécialisé pour les personnes démunies.

³⁹ Fédération Nationale des Associations d'accueil et de Réinsertion Sociale.

⁴⁰ Il est à noter que ce recensement fournit un premier ordre de grandeur de l'offre de soins spécifiquement dirigée vers les personnes en difficultés. Il est possible d'avancer l'estimation d'un nombre d'environ 800 médecins travaillant à temps plein ou à temps partiel dans ces structures (hors psychiatres et pédiatres). Nous pouvons comparer cette estimation avec les autres chiffres de médecine sociale : environ 1600 médecins de PMI en 1997, 1900 médecins scolaires et 4600 médecins du travail et de santé publique, fin 1998.

Tableau n°1 : Offre de soins gratuits selon le type de structure :

Type de centres	Total centres	non joignables	pas de soins	plus de soins	slmt soins infirmiers	substitut toxico méthdne	slmt soins mère et enfants	pas d'accueil spécialisé	Hors champ	% hors champ	Total dans le champ
asso	89	7	9	2	5	3	0	0	26	29%	63
ccas	15	1	0	0	0	0	1	0	2	13%	13
chrs	16	0	2	0	0	0	0	0	2	13%	14
emmaus	4	0	0	0	0	0	0	0	0	0%	4
hopitaux	45	2	0	0	0	0	0	9	11	24%	34
humanitai	65	3	10	6	0	1	1	0	21	32%	44
Total	234	13	21	8	5	4	2	9	62	26%	172

Source : Enquête Préalogue du CREDES.

Aussi la base potentielle d'investigation s'est-elle réduite à 172 centres. Remarquons que le quart des antennes hospitalières se révèlent en réalité « hors champ » bien qu'affichant un service de « médecine sociale ». D'autre part, un tiers des structures humanitaires relève pour l'essentiel de spécialisation dans l'aide psychologique et la réinsertion sociale et professionnelle.

2. Le taux de participation des centres et les difficultés rencontrées

Une fois établie la liste des 172 centres, nous les avons contactés afin de savoir s'ils étaient disposés à participer à cette enquête. L'importance de l'abstentionnisme donne une première idée des résistances liées au manque de temps ou à des problèmes administratifs, et ce même pour le motif louable de l'avancement de la connaissance des publics en difficultés. Le tableau 2 résume, pour chacun des six grands types de structures, les taux de participation des centres et les raisons invoquées de non-participation.

Tableau n°2 : Collaboration et motifs de non participation à l'enquête :

Type de centre	Total dans le champ	refus des médecins	"pas le temps	impossible avec l'organisation	structure existe mais pas de patients	D'accord mais n'envoie rien	contact mais pas de réponse	Total refus ou non envoi	% refus ou non envoi	collabore enquête	% collabore
asso	63	4	5	2	0	16	0	27	43%	36	57%
ccas	13	0	0	0	0	5	0	5	38%	8	62%
chrs	14	0	1	0	0	5	0	6	43%	8	57%
emmaus	4	0	0	0	0	4	0	4	100%	0	0%
hopitaux	34	1	4	1	1	15	3	25	74%	9	26%
humanitai	44	11	7	1	0	6	0	25	57%	19	43%
Total	172	16	17	4	1	51	3	92	53%	80	47%

Source : Enquête Préalogue du CREDES.

La meilleure participation des structures associatives et communales est manifeste : respectivement 57% et 62% des centres contactés ont participé à l'enquête contre seulement 26% pour les antennes hospitalières. La plus difficile collaboration de ces dernières peut être

mise sur le compte du poids des structures hiérarchiques. De même, si la participation plus restreinte des organismes humanitaires se réfère également à leur forte surcharge de travail, une insuffisante maîtrise des déterminismes hiérarchiques a pu nous priver de plusieurs collaborations potentielles. Cet effet « d'allers-retours » dans les autorisations contribue à expliquer l'importance des « accords non suivis de participation » (55% des 92 refus finalement enregistrés).

En fin de compte, le taux de participation s'élève à 47%, soit 80 centres auxquels nous avons pu administrer le protocole d'enquête ; protocole constitué de deux principaux outils complémentaires :

- Une enquête quantitative sur les usagers des centres de soins gratuits, administrée sous la forme d'un questionnaire riche de deux volets : le premier sur les conditions de vie des individus, le second sur leurs comportements médicaux. Cet outil a été soumis à l'ensemble des 80 centres et les informations obtenues sont rassemblées dans la base *Précalog* (décrite au point C de ce chapitre).
- Une enquête qualitative, sous forme d'entretiens semi-directifs, a été parallèlement réalisée dans 8 de ces centres. Elle a donné lieu au recueil de 24 récits de vie (voir point D de ce chapitre).

C. La base *Précalog*

1. Un questionnaire en deux volets

Les 80 centres, situés dans la France entière, ont accepté d'administrer un questionnaire aux trois premiers patients que chaque médecin du centre a rencontré au début d'une semaine. 590 questionnaires ont ainsi pu être recueillis. Ils se décomposent en deux volets :

- Un premier volet dit « social » proposé par les permanents d'accueil informant sur :
 - les caractéristiques sociodémographiques standards (âge, sexe, nationalité, situation matrimoniale...);
 - les conditions de vie des individus (logement, type de ressources, emploi, vie affective; situation administrative...) et la pérennité de ces situations ;
 - le rapport entretenu avec les institutions de santé et les soins : mode de protection sociale, réticence et crainte inspirées par les structures ou le personnel médical, réaction à des prescriptions médicales... ;
 - des questions permettant d'évaluer leur prise de risque quotidienne : alcool, tabac, accidents.
- Un second volet « médical », rempli par le médecin lors de la consultation, comportant :
 - une description sommaire du (ou des) motif(s) de recours aux soins ;
 - une description des symptômes ou des syndromes dont se plaint le patient ;

- un historique des attitudes face à deux pathologies « traceuses »: les problèmes ORL et les problèmes de peau ;
- une description détaillée de l'état de santé bucco-dentaire ;
- des questions portant sur l'estimation subjective de l'état de santé.

Le questionnaire complet peut être consulté en *annexe 2*.

2. Caractéristiques des 80 centres d'accueil

La diversité des 80 centres qui ont accepté de nous renvoyer des questionnaires sur leurs patients est très grande et ressemble sensiblement à la répartition de la base potentielle de départ. Si nous l'apprécions selon quatre principales caractéristiques, nous constatons plusieurs tendances :

- Les centres ayant participé à l'enquête sont plutôt de petite taille : 49% comportent moins de 3 médecins exerçant régulièrement, 27% de 3 à 9 médecins et 24% en ont dix ou plus.
- 45% d'entre eux sont organisés sous une forme associative, 24% relèvent d'organisations humanitaires, 24% sont des structures communales ou des CHRS alors que 11% seulement sont des antennes précarité hospitalières.
- Ces centres de soins gratuits sont plus souvent implantés dans de grandes agglomérations (66% dans des villes de plus de 80 000 habitants).
- Ils sont le plus souvent localisés au nord de la région parisienne (pour 44% d'entre eux contre 39% au sud et 17% implantés en région parisienne).

Cependant, la répartition, non plus en termes de centres mais en termes de patients, est différente du fait des pondérations différentes qui favorisent les structures les plus munies en personnel médical. En effet, la méthodologie consistant à faire remplir 3 questionnaires par médecin, un grand centre, disposant d'un plus important personnel soignant, fournira davantage de questionnaires qu'un petit centre.

- Ainsi les patients ayant consulté dans des centres de petite taille sont finalement nettement moins nombreux (32%) que ceux relevant de structures ayant plus de 10 médecins (45%).
- Néanmoins, les personnes démunies interrogées dans notre enquête consultent en majorité (51%) dans des centres organisées sous une forme associative contre seulement 13% dans les antennes hospitalières.
- Les patients ont en général effectué leur consultation dans une ville de plus de 80000 habitants (71%).
- La répartition géographique en termes de centres et en termes de patients est sensiblement identique (46% dans le nord de la région parisienne, 39% dans le sud et 15% en région

parisienne), ce qui indique du reste que la taille des centres est indépendante de leur zone géographique⁴¹.

3. La qualité des questionnaires

3.1. Un questionnaire de taille variable

L'individu était censé répondre à 49 questions « directes ». De plus, 28 questions « filtrées » – c'est à dire des questions subordonnées à la réponse à une autre question – lui étaient posées.

D'autre part, le médecin avait, quant à lui, pour charge de cocher le ou les diagnostics correspondant à la consultation parmi les 53 proposés. En outre, il renseignait 6 questions directes et 18 questions à un ou plusieurs filtres sur des pathologies dites « traceuses ». Ainsi, ce questionnaire divisible en un volet médical et un volet « individuel » posait au minimum 111 questions ou diagnostics et au maximum 154 questions.

3.2. L'indicateur de qualité : le taux ou degré de complétude

L'enjeu est ici d'évaluer la qualité des questionnaires, *a priori* fortement hétérogène. Les individus avaient à répondre, en moyenne, à 125 questions. Nous comprenons aisément que, devant l'étendue des questions filtrées, il y ait un écart certain entre les individus.

Le tableau 3 donne, de plus, le pourcentage de réponses claires, précises et cohérentes ; ce que nous désignerons comme le degré de complétude⁴² d'un questionnaire. Il s'élève en moyenne à 92%. C'est là un résultat très satisfaisant sachant que les enquêteurs étaient bénévoles et la population étudiée *a priori* plus rétive à des questionnaires administratifs.

Tableau n°3 : Etude du degré de complétude et des sources de non réponse :

	Moyenne	Ecart-type	Minimum	Maximum
Nombre de questions posées	125,34	6,35	111	145
Degré de complétude	91,93%	5,09	70,27%	99,25%
Non réponse/ incohérence/ imprécision	7,65%	5,13	0%	29,72%
Questions non posées ⁴³	0,42%	1,32	0%	6,35%

⁴¹ Résultat confirmé par le test du Chi-Deux d'indépendance réalisé entre la taille du centre et sa situation géographique.

⁴² C'est le quotient ayant pour numérateur le nombre de questions auxquelles l'individu a répondu et pour dénominateur le nombre de questions auxquelles il était soumis.

⁴³ Certaines questions n'ont pas été posées ou ont été formulées différemment pour un nombre restreint d'individus. En effet, afin de valider la compréhension et l'intérêt du formulaire, nous avons préalablement réalisé un questionnaire pilote sur 59 individus. Le dépouillement de ces réponses a abouti à des modifications ou des suppressions de questions auxquelles correspondent la catégorie « questions non posées ».

Pour la distribution du degré de complétude, l'indicateur de Skewness⁴⁴ est fortement négatif (-1,60), ce qui indique que la distribution du degré de complétude est étalée vers la gauche. La variance est donc davantage imputable à de très faibles niveaux de complétude.

3.3. Approche des déterminants de la non-réponse

Les études classiques montrent, en général, une profonde discrimination de la non-réponse par les critères sociodémographiques tels que l'âge, le sexe ou la nationalité. L'importance de cette variabilité dépend souvent du thème et des questions soulevées. Par exemple, les enquêtes menées par l'INED sur les comportements sexuels des français ont buté sur un taux de non-réponse particulièrement fort parmi les tranches d'âge plus élevées (phénomène de censure).

Ici, nous traitons de la population particulière des précaires et il est intéressant d'étudier leurs comportements face à un questionnement administratif.

– Les variables classiquement discriminantes de la non-réponse se révèlent très peu explicatives des écarts enregistrés entre les degrés de complétude. En cela, la population précaire se démarque d'une population générale : ni l'âge, ni le sexe, ni la situation matrimoniale ne se révèle significativement lié au taux de complétude. Seule la nationalité distingue légèrement la qualité des questionnaires (un point de plus pour les français).

– D'autre part, les précarités, qu'elles soient économique ou professionnelle, n'opèrent qu'un faible phénomène de retenue par rapport aux questions posées – qui seraient l'expression d'un sentiment exacerbé de honte et d'humiliation. Le caractère illégal de certaines situations (travail au noir ou encore situation de « sans papiers ») n'entraîne pas non plus une multiplication de la non-réponse.

– En revanche, la trajectoire de l'enfance a un impact net sur le degré de complétude : en effet, que l'on considère les problèmes généraux déclarés pendant l'enfance ou plus spécifiquement les problèmes affectifs, nous retrouvons ce surprenant résultat selon lequel la qualité des questionnaires des individus déclarant des problèmes est de 3 à 4 points supérieure. Il est alors à envisager que ces individus marqués affectivement trouvent dans ces questionnaires un moyen d'expression à leur douleur. Ce résultat est consolidé par l'analyse de contenu des entretiens semi-directifs : les individus dévoilant une enfance difficile et douloureuse sont le plus souvent en attente d'écoute et de prise en charge.

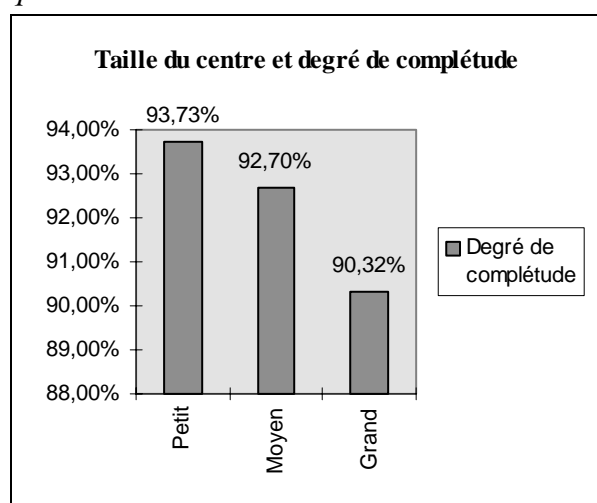
⁴⁴ On rappelle que l'indicateur de Skewness, ou coefficient d'asymétrie, décrit la forme de la fonction de répartition d'une variable aléatoire.

$$\text{Il vaut : } \gamma_1 = \frac{\mu_3}{\sigma^3} \text{ avec } \mu_3 = E(X - EX)^3 \text{ et } \sigma \text{ étant l'écart-type.}$$

Pour les distributions unimodales étalées vers la gauche (respectivement vers la droite), γ_1 est négatif (respectivement positif).

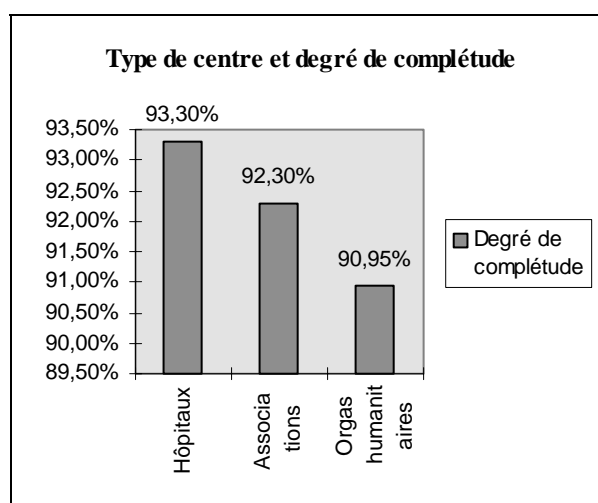
– En fait, plus que toutes les caractéristiques individuelles c’est le lieu de passation du questionnaire qui discrimine le plus la non-réponse, à savoir la taille et le type de centre fréquenté. Les centres de petite et moyenne taille enregistrent des questionnaires d’une bien meilleure qualité que les grandes structures (graphique 2). Ceci provient probablement de différences d’attention accordée et de temps passé à assister l’enquêté. Les hôpitaux enregistrent une très bonne qualité de réponse, alors que les organismes humanitaires – souvent débordés par la demande – présentent des degrés de complétude nettement inférieurs à la moyenne générale (graphique 3).

Graphique n°2 : Taille du centre et qualité



Source : Enquête Précalog du CREDES.

Graphique n°3 : Type de centre et qualité



Source : Enquête Précalog du CREDES.

– Enfin, n’oublions pas de citer la profonde influence exercée par la longueur du questionnaire. Le coefficient de corrélation de 0,425 entre nombre de questions posées et degré de complétude (significatif à plus de 99,99%) indique bien que plus un individu est soumis à un petit nombre de questions et mieux il y répondra. Ce résultat confirme qu’un questionnaire aussi complet que celui proposé, s’il est une mine d’informations, induit aussi une plus importante non-réponse imputable au grand nombre de questions.

4. Des bases de comparaison à disposition

L’un des enjeux de ce mémoire étant d’analyser les spécificités de l’état de santé et des logiques de recours aux soins des personnes en situation de précarité et d’en comprendre les déterminants, disposer de bases de comparaison portant sur la population générale est un

précieux atout dont jouit le CREDES. Nous avons principalement fait appel à trois bases afin d'opérer des comparaisons brutes et standardisées par l'âge et le sexe⁴⁵.

– L'échantillon de l'institut IMS France – IMS Health-eppm (étude permanente de la prescription médicale), cumul mobil annuel de 1997 – portant sur des consultations médicales en population générale a permis d'étudier la spécificité des motifs médicaux de recours aux soins⁴⁶ des personnes en situation de précarité.

– Enfin, une des hypothèses de cette recherche est que les personnes en situation de précarité sont particulièrement susceptibles d'adopter, du fait de leur mode de vie et de leur trajectoire, des comportements « plus durs à la douleur » et moins attentifs aux symptômes de souffrance de leur corps que la population générale. Afin de tester cette hypothèse, il était essentiel de pouvoir comparer les comportements à l'égard de la douleur des patients des centres de soins gratuits à ceux de la population générale. C'est grâce au Baromètre Santé du Centre Français d'Education pour la Santé (CFES, données 2000) que cette hypothèse a pu être explorée.

D. Les entretiens réalisés

Parallèlement, et afin de mieux comprendre les mécanismes intervenant dans la genèse des comportements de soins, l'équipe de recherche du CREDES a choisi de réaliser vingt-quatre entretiens semi-directifs.

Cette double approche quantitative et qualitative se complète et doit donner lieu à un traitement simultané. D'une part, le matériau qualitatif peut être à l'origine de l'émergence d'hypothèses testées ultérieurement sur les données quantitatives. D'autre part, les liens et les résultats obtenus lors des analyses statistiques pourront être étayés par les biographies afin de mieux comprendre comment ces mécanismes s'incarnent et puisent leur dynamique individuellement. C'est cette approche de co-utilisation des matériaux qualitatifs et quantitatifs qui sera ici privilégiée.

1. Conditions de passation des entretiens

Afin de conduire ces entretiens, il était indispensable de disposer d'un lieu isolé et calme et d'un accueil au moins favorable des personnes chargées de l'accueil. Ces ressources ne sont pas également disponibles dans les différentes structures de soins gratuits. La sélection s'est donc appuyée sur un certain nombre de critères subjectifs : la qualité de l'accueil, la sympathie des interactions avec le personnel et l'intérêt suscité par l'enquête. Ainsi, nous

⁴⁵ Les méthodes de standardisation utilisées seront décrites par la suite. Nous nous contenterons, à ce stade, de préciser que nous avons aussi bien usé de standardisation dite « directe » que de méthodes « indirectes ».

⁴⁶ Par « motifs médicaux de recours aux soins », nous entendons l'ensemble des diagnostics posés à l'issue de l'ensemble des consultations. C'est ce que le patient « donne à voir » et ce que le médecin « cherche à voir ». Le nombre total de motifs médicaux peut donc être supérieur au nombre total de consultations car plusieurs diagnostics différents sont fréquemment posés lors d'une même consultation.

avons opéré à 24 entretiens dans 6 centres différents, tout en prenant soin de conserver une diversité minimum en ce qui concerne le type d'organismes, la taille des établissements et la situation géographique.

La procédure de contact avec les individus interrogés est restée globalement la même. Dans tous les cas, nous leur avons demandé s'ils acceptaient un entretien libre sur leur vie et leur santé (à noter que, dans de rares cas, la demande d'entretiens a émané des interrogés eux-mêmes pour « parler », les « aider », les « soulager »). Seules les modalités de contacts ont changé selon qu'ils ont été pris dans la salle d'attente, à l'issue de la consultation avec le médecin, au café ou encore lors d'une distribution de colis repas.

2. Le guide d'entretien (annexe 3)

Les entretiens avaient pour objectif le recueil d'informations biographiques centrées sur les thèmes des rapports au corps et à la santé (leur fondement, leur évolution, les liens entretenus avec la situation de précarité...). De manière plus détaillée, il s'agissait des éléments suivants :

- l'histoire familiale des conceptions de la santé dont la personne a hérité au cours de son enfance et de sa jeunesse, et en particulier, des relations de la famille avec les systèmes de soins ;
- parallèlement, l'histoire des fondements de l'instabilité de sa position dans la société ;
- l'histoire des mises en couple, des arrivées d'enfants et, éventuellement, des ruptures (familiales, professionnelles ou géographiques) et des liens de ces événements avec les transformations de l'image de soi, des rapports au corps et des pratiques de soins ;
- l'histoire des incidents et problèmes de santé marquants (pour soi et dans sa famille proche), des relations qui en découlent avec le système de soins (médecin de famille, dispensaire, hôpital...) et avec les médecines alternatives (guérisseurs, magnétiseurs...) et des transformations associées des pratiques de soins et des modes de vie (hygiène, comportements de boisson, d'alimentation, de tabagie...).

Chacun de ces entretiens a duré entre une et deux heures selon la richesse de la trajectoire individuelle, la loquacité et le temps mis à disposition par l'interviewé.

3. Lieux de passation et caractéristiques sociodémographiques des sujets

- *Caractéristiques sociodémographiques par centre :*

Les 24 entretiens réalisés dans les 6 différents centres se décomposent comme suit :

Alès, Croix-Rouge : 3 entretiens

--> 1 homme, 2 femmes / 2 français, 1 étrangère / 45, 45 et 52 ans.

Brest, Point H : 4 entretiens

--> 4 hommes / 4 français / 21, 30, 39 et 48 ans.

Le Mans, SAU de l'hôpital : 3 entretiens

--> 3 hommes / 2 français, 1 étranger / 30, 45 et 53 ans.

Lille, MSL : 5 entretiens

--> 2 hommes, 3 femmes / 4 français, 1 étranger / 19, 23, 23, 24 et 28 ans.

Nîmes, Croix-Rouge : 4 entretiens

--> 3 hommes, 1 femme / 2 étrangers, 2 français / 23, 26, 36 et 68 ans.

Tours, « Portes Ouvertes » : 5 entretiens

--> 4 hommes, 1 femme / 5 français / 21, 34, 41, 43 et 56 ans.

- *Caractéristiques sociodémographiques des individus :*

Dans l'ensemble, la population interviewée est caractérisée comme suit :

- 17 hommes et 7 femmes soit 71% d'hommes.
- 19 français, 5 étrangers soit 79% de français.
- La moyenne d'âge est de 36 ans et les classes d'âge ainsi réparties:

Tableau n°4 : Classe d'âge des individus interviewés

Classe d'âge	Effectifs	Pourcentage
Moins de 25 ans	7	29%
25 à 29 ans	2	8%
30 à 39 ans	5	21%
40 à 49 ans	6	25%
Plus de 50 ans	4	17%
Total	24	100%

Source : Enquête Précalog du CREDES.

4. Analyse de contenu des entretiens

L'analyse des récits de vie s'est effectuée en deux temps. Dans un premier temps, il s'est agi de regrouper, pour chaque personne interviewée, les différents blocs d'entretiens concernant :

- sa trajectoire biographique et, en particulier, la genèse de sa situation de précarité ;
- sa situation sociale actuelle et en particulier la dépendance à l'égard des secours extérieurs ;
- ses expériences de santé dont, bien entendu, ses troubles actuels ayant motivé une consultation ;
- ses rapports au temps et à la destinée ;
- ses rapports au corps et à la maladie, en particulier les conduites ordaliques et les modes de gestion de troubles de santé ;
- ses relations de confiance ou de défiance à l'égard du système de soins, des thérapeutes et des prescriptions ;
- ses relations au risque et à la douleur, et les propensions associées à se soigner et à se prendre en charge ou, au contraire, à se négliger et à retarder les soins.

Dans un deuxième temps, les méthodes classiques d'analyse de contenu ont été mobilisées afin de répondre à plusieurs objectifs :

- Comprendre les parcours de précarité et les implications affectives, identitaires et comportementales associées.
- Il s'est agi aussi d'observer la répétition des associations entre certains caractères des rapports aux soins et à la santé des personnes en situation de précarité, régularités dont nous pensons qu'elles permettent de différencier des logiques différentes de recours aux soins.
- Dans le même temps, il a fallu mettre en évidence les régularités des associations entre le type de recours aux soins et les types d'histoires de problèmes de santé et de rapport aux institutions.
- Enfin, il nous a été utile de mettre en relation des typologies de recours aux soins et des modes de construction du rapport à la santé, avec les histoires familiales de ruptures et de précarisation ayant abouti à la précarité des situations individuelles.

Chapitre II

Des situations, expériences et degrés de précarité très hétérogènes.

Pour ce chapitre, j'ai pu bénéficier de l'appui méthodologique et des réflexions interprétatives de Georges MENAHEM et Hervé PICARD.

Des situations, expériences et degrés de précarité très hétérogènes

Les questions de la *précarité et de l'exclusion* devenant centrales dans la mise en oeuvre des politiques sociales, de multiples instruments destinés à classer les situations sont venus compléter les assises théoriques : indicateurs de pauvreté monétaire relatif et absolu¹ proposés par l'INSEE, indicateur de « conditions de vie »² ou encore indicateur de « pauvreté administrative »³ – une description analytique de ces indicateurs et de leur évolution dans le temps peut être consultée dans l'ouvrage de Hélène Thomas, *La production des exclus*, 1997, PUF. L'emploi de ces instruments renvoie clairement à une distinction manichéenne entre individus « précaires, prisonniers de l'exclusion » et individus « non précaires, bien intégrés dans la société » qui se fonde essentiellement sur des critères économiques. Ces frontières arbitraires n'ont réellement de sens (d'utilité) que pour les pouvoirs publics puisqu'elles permettent avant tout de transiger sur l'attribution ou non d'aides stigmatisantes (RMI...). En tant que tels, ces outils renvoient à des concepts simplificateurs, gommant toute visibilité quant à la diversité des situations et des expériences vécues.

Choisir comme champ d'étude la population des consultants des centres de soins gratuits permet d'approcher une population en difficultés sans pour autant se limiter à un critère unique. Une telle méthodologie – assez proche de celle du « tout venant » – ne prétend nullement être représentative de la population précaire⁴. Cependant, elle permet d'éviter de présager *a priori* des formes de précarité et ainsi de rendre visible l'hétérogénéité des profils individuels ainsi que la diversité du niveau et des formes de déficiences que les sujets rencontrent au quotidien (**partie I.**)⁵.

¹ Ces indicateurs s'appliquent aussi bien en termes d'individu qu'au niveau du ménage. Le seuil relatif correspond à un niveau de ressources déclarées de moitié moindre au niveau médian (soit, en 2000, environ 3650 francs par mois selon les estimations de l'INSEE). Le seuil absolu, pour sa part, fluctue autour de 2000 francs par mois.

² Fondé sur 28 indicateurs élémentaires de conditions de vie. Ils sont très principalement d'ordre économique et matériel : difficultés budgétaires, retard de paiement, restriction des consommations, logement et niveau d'équipement...

³ Ce critère, au nom peu approprié, désigne comme *précaire* l'ensemble des individus qui recourent aux minima sociaux.

⁴ Il est à noter que cette question de la représentativité des populations précaires est à ce jour insoluble. Si certaines études peuvent prétendre être représentative, elles ne le sont que par rapport à une sous-population des précaires (RMIstes, demandeurs d'emplois affiliés à l'ANPE...).

⁵ En particulier, une telle méthodologie permet de saisir la sous-population des sans papiers dont les conditions sont assez mal connues car elles échappent, par nécessité, aux enquêtes classiques.

Sous l'impulsion de la vague de conceptualisations psycho-sociologiques du processus de précarisation – *exclusion, marginalisation, fragilisation, vulnérabilité, désaffiliation...* –, de nouveaux indicateurs ont eu pour but de se démarquer de l'hégémonie des critères économique-professionnels en intégrant de nouvelles dimensions telles que l'instabilité des conditions de logement, l'état de santé, le niveau de protection sociale ou encore l'existence et l'efficacité d'un réseau social mobilisable. La construction d'échelles telles que le « score de précarité »⁶ ou « le cumul des handicaps » s'inscrit dans cette veine de travaux visant à mieux refléter le *continuum* qu'est la précarité. Si de telles approches – fondées sur une quantification des difficultés et donc posant l'éternel problème de l'arbitraire des pondérations affectées aux différentes déficiences – saisissent bien les degrés de précarité, elles tendent à opérer une homogénéisation artificielle des situations en étapes distinctes liées de manière univoque. Pour cette raison, il a semblé plus judicieux de raisonner en termes de combinaison et d'articulation des difficultés observées plutôt qu'en termes de cumul des manques. Pour ce faire, j'ai eu recours à des analyses statistiques multidimensionnelles, explicitées dans la **partie II**. La mise en oeuvre d'une telle méthodologie permettra, dans un premier temps de dé-couvrir la diversité des liens entretenus par les dimensions de la précarité (et en particulier la forte différenciation de ces liens selon la nationalité) ; puis dans un second temps, de constituer des groupes d'individus homogènes rendant visible la large palette des modalités et des degrés de précarisation ainsi que les inégalités latentes dans la mobilisation de ressources formelles et informelles.

⁶ Echelle proposée par P. Chauvin, M. Guignet, J. Lebas, G. Menahem, I. Parizot, N. Pech dans *Trajectoires de précarité, état de santé et accès aux soins*, 1999, Institut de l'Humanitaire.

Partie I. : Profils des patients des centres de soins pour démunis

La base statistique contient 590 individus ayant eu recours à un centre de soins gratuits ; elle nous donne de précieuses indications quant à la structure et les caractéristiques des populations démunies. Cependant en aucun cas, une extrapolation n'est envisageable. A cela deux raisons :

- La population des centres de soins gratuits recoupe imparfaitement la population que l'on peut considérer comme précaire. Comme cela a été souligné auparavant⁷, les plus défiantes à l'égard des soins ont moins de chances de figurer dans notre base de données. De plus, les différences individuelles et culturelles de logiques de recours aux soins peuvent potentiellement induire de profonds biais de représentativité. En effet, les structures de soins étudiées se rapprochent davantage des dispensaires existants en Afrique ou au Maghreb que des cabinets médicaux français. Ceci tendrait à donner un poids plus important aux étrangers, et en particulier aux « sans papiers », et à inclure un certain nombre d'individus qui consultent dans ces centres par choix personnel et non par contrainte économique. Cependant, les entretiens recueillis nuancent fortement ce dernier propos puisque, bien que valorisant les multiples qualités de ces centres, l'unanimité des patients aurait choisi une structure médicale moins stigmatisée, si elle avait eu le choix.
- Qui plus est, les individus interrogés ne sauraient pas même constituer un échantillon représentatif des patients des centres pour démunis. En effet, si nous disposons des taux de refus des centres sollicités⁸, nous ne connaissons en revanche ni les refus des médecins pratiquant dans les structures, ni les refus des patients. A défaut de ces deux informations, toute considération de représentativité de l'échantillon est à exclure.

Pour autant, il semble que cet inconvénient – quasiment incontournable tant la délimitation de la population précaire demeure à ce jour un problème insoluble – ne nous empêche pas d'étudier et les processus de précarisation et les logiques de recours aux soins des personnes interrogées. Dès lors que nous ne prétendons pas être exhaustifs, les relations et mécanismes observés reflètent des réalités significatives qui peuvent être exploitées.

⁷ Voir dans le II.A de la partie 1. du présent mémoire.

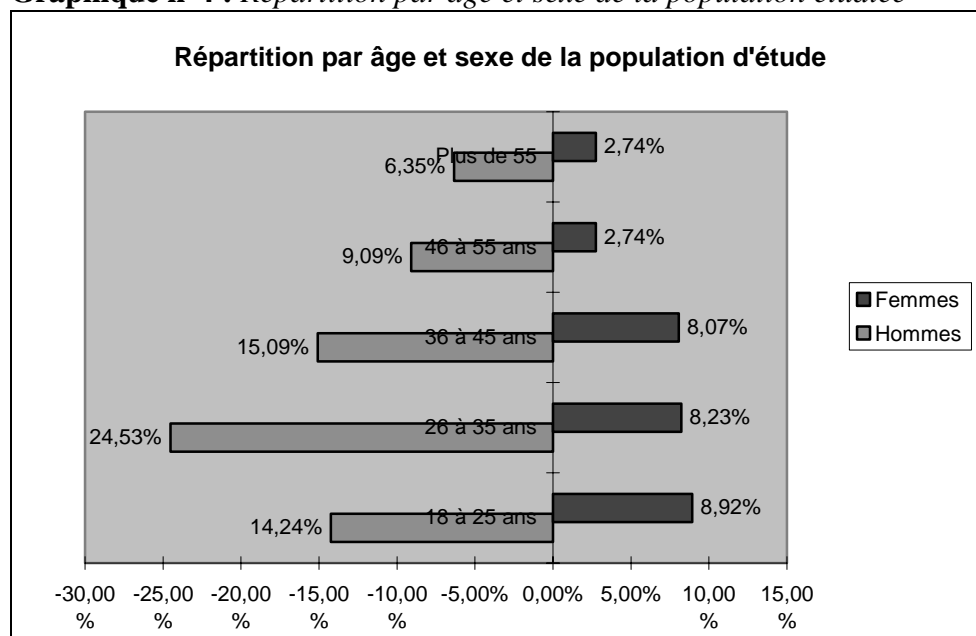
⁸ Voir tableau n°2 page 36 du présent mémoire.

A. Critères objectifs descriptifs : caractéristiques socio-démographiques

1. Une population jeune et masculine

La population interrogée est masculine à 70%. Ce sont des individus jeunes puisque la moyenne d'âge (sensiblement similaire pour les hommes et les femmes) se situe autour de 36 ans. La pyramide des âges, présentée ci-dessous, (*graphique 4*) permet d'affiner la structure par âge et sexe.

Graphique n°4 : Répartition par âge et sexe de la population étudiée



Source : Enquête Précalog du CREDES.

- Force est de constater la très forte représentation des hommes de 26 à 35 ans puisque, à eux seuls, ils constituent près de 25% de notre échantillon.
- Les jeunes tout juste entrés dans l'âge adulte – 18 à 25 ans –, sont également sur-représentés, tant chez les hommes (20,5% de la sous-population masculine) que chez les femmes (29% de la sous-population féminine)⁹.
- Par ailleurs, même si la structure globale par âge des femmes et des hommes est assez proche, des différences n'en sont pas moins flagrantes¹⁰. En particulier, la tranche d'âge

⁹ point 1 de l'annexe 4

¹⁰ Ibid.

des 36-45 ans est davantage représentée parmi les femmes (26,1% contre 21,8% parmi les hommes).

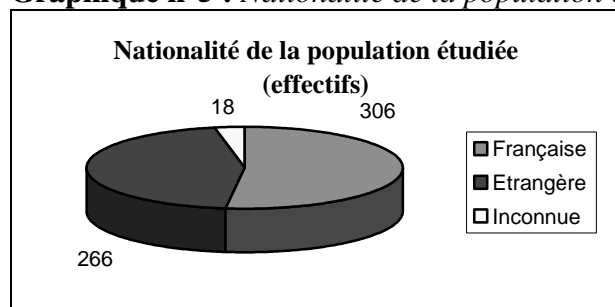
- Enfin, il faut remarquer que les tranches d'âge les plus élevées sont particulièrement peu présentes parmi les patients précaires. Trois raisons peuvent être avancées pour expliquer cette sous-représentation :
 - D'une part, les personnes aujourd'hui âgées de plus de 65 ans, ont souvent travaillé la majeure partie de leur existence. Il est probable que les progrès des systèmes de retraites, cumulés aux aides ciblées dont ils bénéficient, permettent à cette classe d'âge, sinon d'assurer un bon niveau de vie, tout au moins de subvenir à leurs besoins primaires. De plus, la législation sur le divorce étant récente (1975 en France), cette sous-population a été davantage à l'abri des ruptures soudaines de ressources liées aux séparations. Elle est évidemment davantage touchée par le veuvage, cependant ces événements sont en général mieux compensés financièrement et économiquement *via* les aides institutionnelles et les assurances-vie.
 - D'autre part, de nouvelles solutions institutionnelles telles que le recours aux maisons de retraite sont profondément ancrées, tant dans les logiques sociétales que dans les mentalités individuelles, afin de traiter les difficultés de cette population.
 - Enfin, la faible proportion des personnes âgées peut également s'expliquer par la mortalité précoce des individus, ayant subi des conditions de vie difficiles. Ainsi, selon Rubin et Wright¹¹, l'âge moyen au décès pour les sans-domicile américains serait de l'ordre de 50 ans.

¹¹ D.A. Rubin et J.D. Wright, *Les sans-domicile aux Etats-Unis, leçons tirées de quinze années de recherches*, 1998, Sociétés Contemporaines n°30.

2. Une forte représentation des étrangers

La population de notre échantillon est caractérisée par une très forte représentation des étrangers – près d'un individu sur deux¹².

Graphique n°5 : Nationalité de la population étudiée (effectifs)



Source : Enquête Précalog du CREDES.

Une telle sur-représentation provient très vraisemblablement de deux facteurs, le premier exogène à notre champ d'étude et le second endogène :

- C'est un fait avéré que les étrangers sont particulièrement exposés aux situations de précarité, précarité elle-même renforcée par les difficultés concernant leur autorisation de séjour sur le sol français.
- D'autre part, les centres de soins gratuits se rapprochent, ainsi qu'il l'a été mentionné plus haut, davantage des structures de soins existantes dans leurs pays d'origine (type dispensaire, PMI...). De plus, beaucoup de ces étrangers ne disposant d'aucune protection sociale – on pense en particulier aux « sans papiers » très nettement représentés dans notre base (41% des étrangers soit 18,5% de l'échantillon total) – s'orientent stratégiquement vers ces centres où ils peuvent conserver leur anonymat et bénéficier de soins sans justifier d'une quelconque protection sociale.

2.1. Régions d'origine des étrangers¹³

Les étrangers proviennent majoritairement des pays du Maghreb (59 algériens, 26 marocains, 16 tunisiens) et de l'Afrique noire (19 congolais, 15 ivoiriens, 10 sénégalais...). Les européens sont, quant à eux, plus fréquemment originaires de pays limitrophes (Espagne, Belgique, Suisse, Italie...), et plus rarement des pays de l'est (Pologne, Bulgarie, Roumanie...).

¹² Alors que la part des résidents étrangers en France était d'environ 5,6% au dernier recensement de l'INSEE.

¹³ annexe 4 point 2

2.2. Comparaison des structures par âge et sexe des français et des étrangers

Les structures par âge et sexe des français et des étrangers diffèrent très sensiblement. En premier lieu, la population étrangère est nettement plus féminisée (35% contre 27% parmi les français). En second lieu, les étrangers comptent moins de très jeunes en difficulté (18% de 25 ans et moins contre 29% parmi les français) mais massivement plus d'individus de 26 à 35 ans (38% contre 27%).

De tels éléments ne peuvent se comprendre qu'à travers l'analyse des mouvements migratoires de la sous-population étrangère.

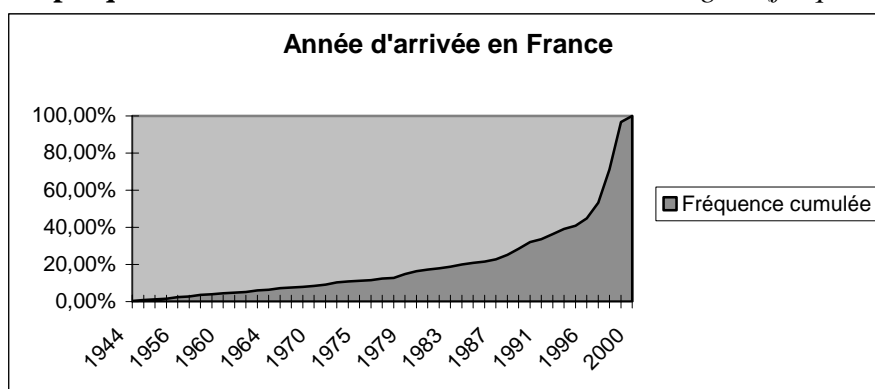
2.3. Dates d'immigration en France

(Voir le graphique 6 ci-dessous).

Les étrangers démunis sont, le plus souvent, issus de vagues d'immigration¹⁴ récentes. Seuls 16,4% d'entre eux sont arrivés avant 1980 et 15% entre 1980 et 1990. Il s'agit donc très minoritairement d'individus provenant des vagues « d'immigrations de main d'oeuvre » organisées par l'état français jusque dans les années 80 ou des « immigrations de regroupement familial » qui les ont suivies¹⁵. En effet, bien que souvent d'origine modeste, ces familles ont pu bénéficier d'un contexte économique favorable.

En revanche, 50% des étrangers rencontrés sont arrivés en France à partir de 1997 – dont 18% en 1998 et 26% en 1999. Il s'agit d'étrangers nouvellement immigrés du continent africain, particulièrement jeunes (58% ont moins de 35 ans).

Graphique n°6 : Année d'arrivée en France des étrangers (fréquences cumulées)



Source : Enquête Précalog du CREDES.

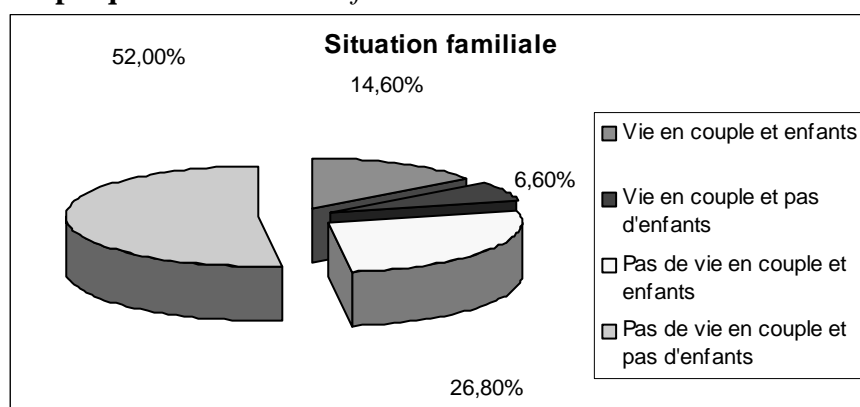
¹⁴ On rappelle que, par convention, les immigrés sont les personnes résidant en France et nées étrangères dans un pays étranger.

Remarque : Les entretiens permettent d'apporter quelques précisions sur le contexte de cette immigration : cette dernière semble relever davantage de la migration contrainte – problèmes politiques et/ou fort taux de chômage et de misère – que réellement choisie. Dans ces conditions, on comprendra la fragilité de cette population, confrontée au déracinement, aux difficultés d'adaptation et ce, d'autant plus qu'ils se retrouvent souvent dans des situations administratives illégales ou temporaires (*voir plus loin*).

3. Une vie de famille restreinte

3.1. Des situations de rupture conjugale et de dénuement affectif

Graphique n°7 : Situation familiale déclarée.



Source : Enquête Précalog du CREDES.

79 % des personnes interrogées vivent sans conjoint, 27% alors même qu'ils ont des enfants¹⁶ – ce qui semble indiquer le vécu d'une ou plusieurs ruptures conjugales – et 52% sans enfant. A la forte prépondérance des séparations conjugales se mêle l'hypothèse d'un dénuement affectif durable, assertion confirmée par l'étude temporelle de la situation familiale¹⁷. Parmi les individus sans conjoint ni enfant, 40% le sont depuis plus de 3 ans et 20% depuis plus de 10 ans¹⁸. Le phénomène est encore plus marqué pour les personnes vivant actuellement sans conjoint mais ayant des enfants. Après leur rupture, elles éprouvent des difficultés ou ne désirent pas redémarrer une nouvelle vie conjugale.

¹⁵ Selon le schéma classique des courants migratoires, décrit en particulier dans *La population immigrée*, de F. Daguet et S. Thave, INSEE Première n°458, 1999.

¹⁶ Il est à noter qu'on ignore si ces enfants sont encore à la charge des parents ou si ils vivent avec la personne interrogée.

¹⁷ Annexe 4 point 3

¹⁸ Les non réponses (environ 40%) sur la question de la durée de la situation familiale ont été exclues des calculs de fréquence. Nous faisons l'hypothèse que ce choix tend davantage à sous-estimer la durée du dénuement conjugal qu'à le surestimer. En effet, aux vues de la répartition globale de la non réponse, l'absence de réponse à cette question relèverait davantage d'un oubli rétrospectif que d'un comportement de censure ; ce qui induirait que les non réponses correspondent à des durées si longues qu'elles en deviennent difficilement déterminables.

Par ailleurs, l'étude de la pérennité des vies de couple¹⁹ (qui concerne 20% des individus) tend à relativiser leur stabilité : 55% des personnes sans enfant cohabitent avec leur conjoint depuis moins d'un an (et plus de 80% depuis moins de 3 ans). Nous nous devons cependant de nuancer ce propos. Ici, la forte non réponse (20%) semble aller dans le sens d'une sous-estimation des durées réelles de vie en couple.

3.2. Situation familiale et autres variables socio-démographiques²⁰

Si l'étude de la situation familiale selon l'âge, le sexe et la nationalité est primordiale, c'est qu'elle n'a ni le même sens ni les mêmes implications dans les trajectoires individuelles. Être célibataire à 50 ans ne fait pas appel aux mêmes schèmes de représentations individuelles et collectives que lorsqu'on l'est à 20 ans. De même, il est clair que femmes et hommes n'adoptent pas les mêmes comportements et ne sont pas confrontés aux mêmes problèmes face à une rupture conjugale.

Pour notre échantillon, plusieurs remarques peuvent être faites :

- Les structures familiales se différencient peu selon la nationalité : 20% des français vivent actuellement en couple contre 22% pour les étrangers ; et 39% des français déclarent avoir des enfants contre 42% des étrangers. Cependant, il faut remarquer que les étrangers ont plus d'enfants que les français (3,1 contre 2,2 en moyenne). Les familles étrangères, souvent originaires du Maghreb, doivent donc supporter une charge familiale plus lourde (lorsqu'ils en portent une) que les français.
- Les femmes rencontrées se trouvent plus souvent insérées dans un cadre familial classique : 25% vivent en couple contre 19% des hommes et 47% ont des enfants pour seulement 38% des hommes.
- En particulier, les femmes entre 36 et 45 ans et entre 46 et 55 ans sont respectivement 36% et 50% à vivre avec leur conjoint. Mais c'est aussi parmi ces classes d'âge que l'on retrouve les plus forts taux de femmes seules ayant des enfants (respectivement 34% et 44%). Le développement important des procédures de divorce explique, en partie, l'émergence des femmes seules et des familles monoparentales en difficultés. En effet, un nombre important de femmes ont abandonné prématurément leurs études et/ou ont peu expérimenté le marché du travail, du fait de la répartition sexuée des rôles entre hommes et femmes. De ce fait, une rupture conjugale plonge irrémédiablement les femmes au foyer ou exerçant des emplois à temps partiel dans des situations difficiles. Un tel processus est visible tant au niveau quantitatif qu'au niveau qualitatif. D'une part, lorsque l'on étudie le « métier actuel ou le dernier métier exercé » et « l'âge de fin d'études »²¹ de ces femmes,

¹⁹ Etude excluant les non réponses.

²⁰ Point 3 de l'annexe 4.

²¹ Ce qui correspond aux questions 10.1 et 10.2 du questionnaire dont on peut trouver le formulaire en *annexe 1*.

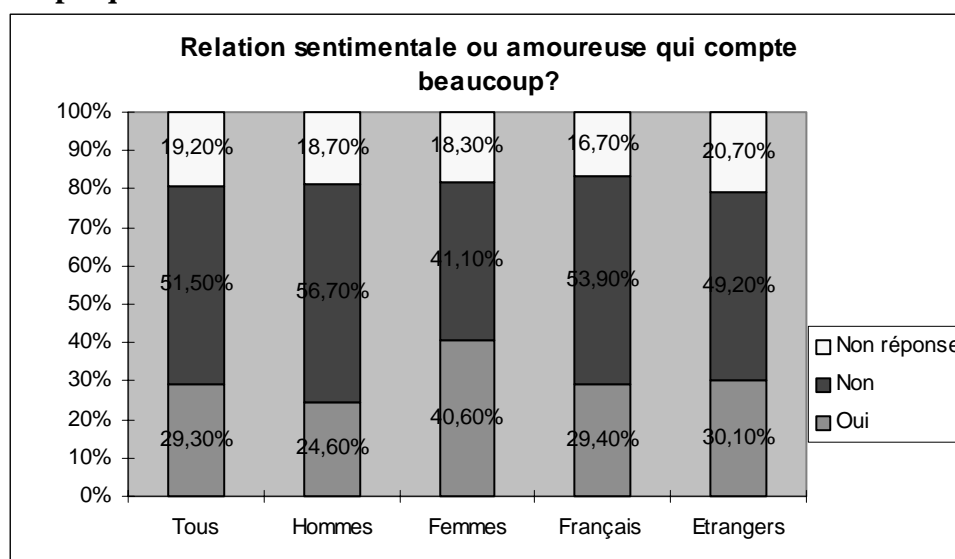
on s'aperçoit que 22% sont incapables de citer un emploi stable, 24% sont ouvrières et 28% employées – emplois où le temps partiel est particulièrement développé parmi les femmes – et parmi les femmes de 36 à 55 ans, une sur trois a arrêté ses études avant 16 ans. D'autre part, la déstabilisation induite par la séparation du conjoint chez les femmes au foyer est latente dans plusieurs entretiens (**Fabienne...**).

3.3. Relation sentimentale importante et sentiment d'isolement

Certes les vies en couple sont rares dans notre échantillon, cependant cela ne signifie pas que les individus ne vivent aucune relation sentimentale ; et vice-versa, vivre en couple n'induit pas nécessairement de vivre une relation sentimentale. Aussi, dans la construction du questionnaire *Précalog*, avons-nous fait le choix d'ajouter cette question : *Avez-vous une relation sentimentale ou amoureuse qui compte beaucoup pour vous ?*

Là encore, on ne peut que constater à quel point le vide sentimental est répandu. Sur l'ensemble de l'échantillon, seuls 29% des individus déclarent vivre une relation sentimentale ou amoureuse. Ce sont, et de loin, les hommes qui sont le plus touchés par ce vide sentimental (au moins 57% d'entre eux contre 41% parmi les femmes).

Graphique n°8 : Relation sentimentale selon le sexe et la nationalité



Source : Enquête Précalog du CREDES.

Si l'installation en couple est souvent perçue comme l'aboutissement d'une relation amoureuse partagée, elle ne saurait constituer un indicateur réellement fiable de la vie sentimentale des individus.

Bien que vie en couple et vécu d'une relation sentimentale importante sont statistiquement profondément liés²², de nombreuses exceptions subsistent. Beaucoup d'individus vivant avec

²² Le test du Chi-deux, rejette l'indépendance de ces deux variables, avec un niveau de significativité supérieur à 99,999%.

leur conjoint ne se prononcent pas sur l'importance de leur relation sentimentale (45%). Un tel cas de figure tend à indiquer une forme de fragilité dans ces couples. D'autre part, près d'un individu sur quatre, s'ils vivent sans leur conjoint, déclarent pour autant une relation affective importante.

B. Critère subjectif descriptif : une enfance jugée difficile

1. Cadre d'analyse et choix interprétatifs

Plusieurs travaux, tant en France qu'à l'étranger, ont fait état de la sur-représentation des événements négatifs vécus avant 18 ans par les personnes en situation de précarité. Ainsi, l'étude des sans-domicile fixe à Paris²³, a montré que la vulnérabilité de leurs conditions de vie remonte souvent à l'adolescence : « un sur quatre ne vivait à 16 ans ni avec son père, ni avec sa mère et un sur six avait à cet âge un père inconnu ou décédé, un sur dix une mère inconnue ou décédée ». L'étude s'est ici restreinte aux événements objectifs de jeunesse, à savoir les abandons, décès de proches et autres placements en institutions. D'autres enquêtes ont proposé de prendre en compte des événements de jeunesse plus subjectifs qui relèvent du registre du sentiment et, en tant que tels, restent relatifs et difficilement vérifiables. Aux Etats-Unis, plusieurs chercheurs se sont intéressés à la perception du passé familial des sans-domicile et ont mis en évidence le fait que la plupart d'entre eux, soit considérait avoir été élevée dans des familles démunies et/ou difficiles²⁴, soit était issue de l'assistance publique et de l'aide sociale à l'enfance²⁵. En France, Georges Menahem s'est intéressé dans différents ouvrages, aux liens qui peuvent exister entre la déclaration des problèmes juvéniles et les représentations et pratiques des individus à l'âge adulte. Ses travaux les plus intéressants pour notre étude portent sur les thèmes de la précarité²⁶ et de la santé²⁷.

²³ M. Marpsat et J-M. Firdion, *Les personnes sans domicile à Paris : caractéristiques, trajectoires et modes de vie*, 2000, dans *La rue et le foyer : une recherche sur les sans-domicile et les mal-logés dans les années 1990, Travaux et documents de l'INED*, PUF, p.257-285.

²⁴ En particulier, l'importance des violences physiques et des abus sexuels a été mise en évidence dans E.S. Susser, S.P. Lin, S.A. Conover, E.L. Struening., *Childhood Antecedents of Homelessness in Psychiatric Patients*, 1991, *American Journal of Psychiatry* n°148, p.1026-1030.

²⁵ On pourrait, en particulier, consulter P. Koegel, E. Melamid, A. Burnam, *Childhood risk factors for homelessness among homeless adults*, 1995, *American Journal of Public Health* n°12.

²⁶ G. Menahem avec la collaboration de P.Bantman et S.Martin, *Événements de la jeunesse, trajectoires de vie et troubles de l'existence à l'âge adulte*, 1994, dans *Trajectoires sociales et inégalités*, Editions Erès.

²⁷ G. Menahem, *Spécificités des usages précaires des systèmes de soins : quelques hypothèses*, 2000, dans *Les usagers du système de soins*, Rennes, Editions ENSP, p.249-262.

2. Les réserves émises quant à la subjectivité des problèmes dans l'enfance

Si les difficultés éprouvées pendant l'enfance s'avèrent être un facteur de vulnérabilité important parmi les populations démunies, une minorité de sociologues français accorde un véritable crédit à de telles variables. A cela, plusieurs raisons peuvent être avancées, méthodologiques d'une part, interprétatives d'autre part.

2.1. Réserves méthodologiques

Contrairement aux chocs objectifs tels que les décès ou les divorces, le regard porté sur les conflits familiaux, les conditions économiques, sa santé ou celle des proches, revêt un caractère éminemment subjectif. Il dépend profondément de phénomènes d'introspection et de « rétrospection » qui ne sauraient être neutres. Il existe une forte variabilité des capacités de mémoire et des modes de restitution se référant à des situations et des intérêts inégaux à se remémorer et à faire état de souvenirs déplaisants. La reconstruction et la perception du passé sont donc fonctions des conditions de vie actuelles et de la place occupée dans la société. Confrontés aux difficultés, les individus auront certainement tendance à noircir la représentation de leur enfance, soit comme expression d'une fragilité psychologique, soit comme mode de légitimation de leur parcours – tendance à se victimiser, à se déresponsabiliser d'une déchéance sociale. Au contraire, les individus en situation favorable auront davantage tendance à relativiser leurs problèmes et n'éprouveront pas le besoin de notifier les problèmes passés rencontrés (*oubli préféré*). Il existe donc un biais déclaratif fortement lié au mode de reconstruction des trajectoires individuelles. A ce problème de *relativité individuelle*, se superpose un biais déclaratif lié au contexte socioculturel. Il est probable que la notion de « problèmes dans l'enfance » soit sensiblement affectée par l'époque – donc l'âge des individus –, le contexte culturel et le milieu socioprofessionnel d'origine. On comprendra qu'un jeune adulte algérien immigré dans une cité de transit n'aura pas la même perception et les mêmes critères de gravité de son enfance – ni les mêmes revendications implicites – qu'une personne de 50 ans ayant toujours vécu dans un milieu privilégié français. Pour ces raisons, les analyses statistiques des problèmes de l'enfance déclarés se doivent d'être manipulées avec minutie et nuances, et en particulier pour notre objet de recherche : les comparaisons entre précaires et non précaires.

2.2. Réserves interprétatives

De plus, si la sociologie actuelle est aussi réticente à donner à l'enfance un poids important sur les trajectoires individuelles, c'est qu'elle a souvent peur d'aboutir à une étude clinique jugée trop « psychologisante ». Il est vrai que la veine d'études reposant sur la psychologie qui a porté sur les « errants » et « les clochards » dans la première partie du 20^{ème} siècle n'a rien d'engageante : de l'eugénétique prônée en vertu d'une faiblesse psychologique innée et

transmissible, aux déterminants psychiatriques multiformes de l'errance – *neurasthénie, dromomanie, schizophrénie, perversion...* – en passant par d'hypothétiques stratégies de vie fondées sur *l'immaturation* ou la *paresse*. Dans ces conditions, s'intéresser aux liaisons entre événements négatifs juvéniles et échecs sociaux ne manque pas de faire resurgir le fantôme d'une restriction psycho-pathologique de la précarité.

C'est là une limitation dommageable que sous-tend la lutte entre sciences humaines pour la monopolisation des champs d'étude et des approches d'investigation. Comme Piaget l'a montré, il faut dépasser l'opposition, opérée par Durkheim, entre approche psychologique et approche sociologique pour aborder la question de la socialisation et de l'impact de l'enfance sur la construction sociale de l'identité²⁸. Le phénomène de socialisation primaire ne saurait se résumer à un conditionnement, à l'inculcation de règles, normes et valeurs par des institutions à des individus passifs. Mais le milieu dans lequel l'enfant évolue « *n'est pas non plus une chose amorphe sur quoi il projetterait librement des structures cognitives préétablies* »²⁹. Il est le fruit d'une interaction permanente entre le sujet et le milieu social, interaction non linéaire marquée par des ruptures, reconstructions et restructurations d'équilibres toujours provisoires. Cependant, Piaget semble considérer que la structuration de la personnalité est quasiment acquise au moment de l'entrée sur le marché du travail. L'individu serait donc hyper-socialisé et les représentations du réel hyper-déterminées au sortir de l'enfance. Ce modèle simplificateur est fortement invalidé lorsqu'il s'agit d'expliquer les comportements et pratiques adaptatives des individus aux changements de leur existence. Aussi, pour traiter des implications des problèmes de l'enfance sur les trajectoires biographiques, il faut à la fois considérer les mécanismes d'intériorisation des conditions objectives et les mécanismes d'extériorisation des dispositions subjectives³⁰. C'est seulement en confrontant l'identité subjective (*identité pour soi*) et l'identité objective – ou objectivée – (*identité pour autrui*) que l'on peut comprendre la structuration des représentations et la genèse des pratiques.

Dans un tel cadre d'analyse, le caractère subjectif des déclarations ne saurait alors poser problème. La perception de l'enfance peut être comparée au processus de développement photographique : bien qu'elle tente de saisir une réalité objective, une photographie ne saurait être neutre, tant dans le choix de l'objet, l'angle de vue que le mode de développement. De même, l'image de l'enfance est « révélée » en fonction de la situation présente et le « négatif » agit comme « fixateur » des représentations et, en tant que tel, influe fortement sur les pratiques individuelles. Autrement dit, ce n'est donc pas tant les négatifs qui importent que la manière dont l'individu développe la pellicule de son enfance.

²⁸ J. Piaget, *La psychologie de l'enfant*, 1971, PUF 4ème édition.

²⁹ Danset, *Eléments de la psychologie du développement : introduction et aspects cognitifs*, 1983, Paris Colin.

³⁰ P. Bourdieu (avec L. J. D. Wacquant), *Réponses*, 1992, Editions du Seuil.

Une telle approche est particulièrement pertinente pour les personnes en situation de précarité. En effet, si comme l'indiquait Lagache, « *ce sont les situations conflictuelles, dissociatives qui indiquent le moment où l'homme doit trouver un mode nouveau d'adaptation* »³¹, la prise en compte des problèmes déclarés dans l'enfance apporte des éclaircissements certains sur les processus de précarisation des individus, tant dans l'étude des conduites ordaliques, que de l'impact psychosocial des déficiences affectives et financières du réseau familial.

3. Importance des problèmes dans l'enfance

Le tableau 5 indique pour chaque type de problèmes, le pourcentage d'individus l'ayant déclaré. Il révèle l'importance des événements négatifs et chocs émotionnels vécus par cette population (en moyenne, 1,9 problèmes juvéniles sont déclarés).

Tableau n°5: Fréquence des problèmes déclarés pendant l'enfance

Fréquence des types de problèmes déclarés pendant l'enfance selon la nationalité	Fréquence pour l'ensemble de l'échantillon	Fréquence pour les français	Fréquence pour les étrangers
Mort du père	17,63%	17,65%	17,67%
Mort de la mère	11,02%	13,73%	7,89%
Maladie du père	7,97%	10,13%	6,02%
Maladie de la mère	5,76%	7,19%	4,51%
Séparation/divorce des parents	15,59%	22,55%	7,14%
Mésentente avec les parents	17,63%	27,45%	7,14%
Conflits avec les parents	18,64%	28,43%	7,89%
Grand manque d'affection	24,41%	35,62%	12,41%
Situation matérielle difficile	28,47%	31,70%	25,56%
Événements graves liés à la guerre	11,19%	5,23%	18,80%
Problème de santé	14,58%	20,26%	8,27%
Autres événements	16,78%	19,93%	13,16%
Total	189,67	239,87	136,46

Source : Enquête Préalogue du CREDES.

La ligne « total » correspond au nombre total de problèmes déclarés pendant l'enfance pour une population de 100 individus. Ainsi, en moyenne un individu déclare 1,89 problèmes dans son enfance.

De manière simplifiée, nous pouvons scinder ces événements en trois types – liés entre eux, comme nous le verrons par la suite – que sont les problèmes de santé des proches, le cadre relationnel et économique de la cellule familiale et le contexte national dans lequel est inscrite cette vie de famille.

- La mort d'un ou des deux parents jalonne souvent leur existence, puisque 17,5% des individus ont connu le décès de leur père et 11% celui de leur mère, avant leur 18 ans. Ces

³¹ D. Lagache, *Éléments de psychologie médicale*, 1955, repris dans *Oeuvres*, 1979, PUF.

cassures biographiques induisent souvent, en sus d'une vulnérabilité affective et identitaire, manques économiques, placements en institutions et surexposition aux troubles comportementaux et aux conduites toxicomaniaques (cf. entretiens).

- Fréquemment, ils ont vécu entourés par la maladie, que ce soit leurs proches qui aient été touchés – 8% déclare une maladie grave du père et 5,75% pour la mère – ou que ce soit eux-mêmes qui aient connu des troubles prématurés de santé (14,6% d'entre eux). Là encore, de telles expériences juvéniles sont facteurs de vulnérabilité et de troubles durables. Elles sont également susceptibles de conditionner leur rapport au corps et à la santé en général.
- La perception du milieu familial est profondément négative. D'une part, 28% des personnes interrogées déplorent des conditions matérielles difficiles. D'autre part, le poids des troubles relationnels entre les membres de la famille y est flagrant. Objectivement, près d'un individu sur six a connu la séparation ou le divorce des deux conjoints. D'une manière plus subjective, 18% des personnes déclarent des mésententes et relations conflictuelles avec leurs parents et un individu sur quatre avoir souffert d'un profond manque affectif. Les entretiens tendent à réfuter la thèse d'une aggravation des problèmes relationnels réellement vécus et d'une propension à la plainte généralisée. L'exploration des récits de vie montre que les déficiences affectives sont profondément ancrées et qu'elles se sont généralement matérialisées par des mises à la porte, des violences voire même des abus sexuels.
- Enfin, il faut souligner que plus d'un individu sur dix déclare avoir été confronté à des problèmes liés à la guerre. Comme on pouvait s'y attendre, de tels phénomènes sont particulièrement récurrents parmi les étrangers (19% d'entre eux) et renseignent, pour partie, sur les conditions difficiles d'immigration.

4. Inégalités des déclarations selon les caractéristiques sociodémographiques

4.1. Classe d'âge et sexe³²

Dans notre échantillon, hommes et femmes déclarent, en moyenne, le même nombre de problèmes dans l'enfance, avec néanmoins de légères différences : une sur-représentation des problèmes affectifs parmi les femmes, compensée par une sous-représentation des deuils.

La tendance générale des troubles juvéniles déclarés en fonction de l'âge est sensiblement la même pour les hommes et pour les femmes :

³² voir annexe 4 point 4

- L'occurrence des deuils parentaux prématurés augmente en fonction de l'âge de l'individu, ce qui reflète l'amélioration de l'espérance de vie au cours du 20^{ème} siècle.
- Femmes et hommes de plus de 55 ans ont été plus marqués, pendant leur enfance, par les guerres et conflits (ce sont les seuls de notre échantillon à avoir connu la deuxième guerre mondiale ou à avoir été en âge de participer aux guerres d'Algérie et d'Indochine).
- Ce sont les plus jeunes qui se plaignent le plus fréquemment de problèmes affectifs. Les hommes de moins de 25 ans déclarent en moyenne 1 défaillance affective et les femmes de moins de 25 ans 1,48.

4.2. La nationalité

Bien plus que la structure par âge et sexe, c'est la nationalité des individus qui discrimine le plus les déclarations sur l'enfance. Le tableau 6 (ci-dessous) montre l'ampleur des différences qui existent entre français et étrangers dans la perception de leur enfance. Les patients français déclarent presque deux fois plus d'événements juvéniles négatifs que les étrangers (en moyenne 2,4 contre 1,35).

Tableau n°6 : Nombre moyen de problèmes type selon la nationalité :

Type de problèmes	Français	Etrangers
Deuil des parents	0,31	0,26
Vécu maladies ³³	0,38	0,19
Problèmes affectifs ³⁴	1,14	0,35
Problèmes économiques	0,32	0,26
Autres problèmes ³⁵	0,25	0,32
Total	2,40	1,36

Source : Enquête Précalog du CREDES.

L'écart enregistré n'est pas du tout réparti également selon le type de problèmes. Les différences ne sont réellement significatives – au sens statistique du terme – que pour deux grands ensembles de problèmes :

- Il y a sur-représentation des problèmes de santé déclarés, et en particulier de ses propres problèmes de santé (cf. tableau 5 page 61) : 20% des français déclarent avoir été personnellement touchés par un problème de santé pour seulement 8% des étrangers.

³³ Par *Vécu de maladies*, on entend l'ensemble des problèmes de santé connus par l'individu, qu'il en soit lui-même la victime ou que ce soit ses parents.

³⁴ Dans ce groupe de problèmes sont regroupés les problèmes relationnels intra-familiaux : séparation, divorce des parents, mésentente et conflit avec les parents, manque affectif.

³⁵ Il s'agit ici des problèmes liés à la guerre et des autres problèmes non identifiés.

- Surtout, le poids des troubles relationnels est trois fois plus important parmi les français. En moyenne, ces derniers déclarent 1,14 problèmes affectifs contre seulement 0,35 dans la sous-population étrangère. Le tableau 5 (page 61) indique que ces différences concernent tant les événements familiaux objectifs – séparation et divorce – que la perception des relations entre parents et enfants – mésentente, conflit et manque d'affection.

4.3. Les facteurs explicatifs de ces différences ?

Au-delà de ces constats, il s'agit de comprendre les mécanismes qui sous-tendent des différences si flagrantes. Deux hypothèses explicatives peuvent être soulevées :

- La première repose sur les différences socioculturelles. Séparations et divorces sont moins développés sur le continent africain, pour des raisons législatives ou de moindre acceptation sociale. De même pour les français, les lois sur le divorce n'ayant été promulguées que dans les années 70, le contexte familial est profondément différent selon leur âge. Parallèlement, la déclaration subjective de problèmes familiaux est fortement dépendante de ce que l'individu perçoit comme « un problème ». Il se réfère donc à des modèles de « normalité sociale » qui diffèrent profondément selon la société d'appartenance. Qui plus est, la délimitation du noyau familial est souvent moins restreinte chez les étrangers si bien qu'un manque affectif ou des relations conflictuelles avec les parents peuvent être lissés et compensés par des liens plus forts avec d'autres membres de la famille (oncles, tantes...). L'effet des différences culturelles dans la structuration et la perception de la vie familiale est indéniable. Néanmoins, il est difficilement quantifiable.
- La seconde hypothèse postule que les individus touchés par la précarité ont des profils différenciés selon leur nationalité, leur âge et leur sexe. Par exemple, sous cette hypothèse, l'enfance difficile se révélerait un facteur primaire d'exposition à la précarité plus prégnant chez les français alors que les risques de vulnérabilité reposeraient davantage sur d'autres composantes pour les étrangers (la précarité administrative, la relégation dans des quartiers défavorisés...). Cette hypothèse soulève donc le problème de l'hétérogénéité des situations de précarité et des expériences ressenties et sera analysée par la suite.

5. Des problèmes liés entre eux³⁶

Il est évident que les problèmes de jeunesse déclarés par les individus ne sauraient être disjoints et indépendants les uns des autres. L'étude des corrélations deux à deux des événements négatifs déclarés³⁷ met en évidence certains liens. Cependant, comme toute étude de corrélation, nous ne connaissons ni le sens ni la teneur de ces liens. Aussi, me suis-je appuyé sur les entretiens afin de mieux expliciter ces mécanismes.

Nous pouvons ici résumer les co-déclarations les plus intéressantes :

- Les problèmes de santé dans l'enfance sont très significativement co-déclarés avec mésentente et conflits familiaux ou encore avec un grand manque affectif. Les entretiens permettent de mieux comprendre ce résultat, en mettant en évidence deux principaux mécanismes. Des relations conflictuelles avec la famille peuvent se matérialiser par de graves troubles psychosomatiques. D'autre part, de sérieux problèmes de santé tendent à désocialiser l'enfant, par contrainte de suivi médical et interruption scolaire ou encore par un sentiment de différence. Une telle situation est particulièrement source de conflits dans les familles en difficultés financières, l'enfant ayant le sentiment d'être une charge.
- En effet, lorsque les individus déclarent avoir connu des conditions matérielles difficiles, le plus souvent ils font état de relations houleuses avec les parents et/ou d'une grande déficience affective. Là encore, les entretiens révèlent deux pistes de compréhension. Les difficultés financières des parents induisent des rapports plus durs et de moindre écoute aux enfants. Les préoccupations économiques, le manque de temps et la taille souvent importante de la fratrie peuvent être responsables d'un sentiment d'isolement et de mal-être chez l'enfant. Dans le sens contraire, les difficultés financières et les manques affectifs peuvent être le résultat de conflits durs ayant entraîné coupure des vivres, mise à la porte ou départ prématuré de l'adolescent.
- Enfin, lorsque l'on s'intéresse aux implications des décès et maladies familiales sur le vécu de l'enfance, on constate de profondes différences dans les corrélations selon le parent touché. Si la mort et la maladie de la mère sont significativement co-déclarées au manque affectif (respectivement, des corrélations très significatives de 0,22 et 0,16), c'est nettement moins le cas lorsque le décès ou la maladie concerne le père (respectivement, corrélation de 0,13 significative à 1% d'erreur et aucune corrélation significative).

³⁶ voir annexe 4.4

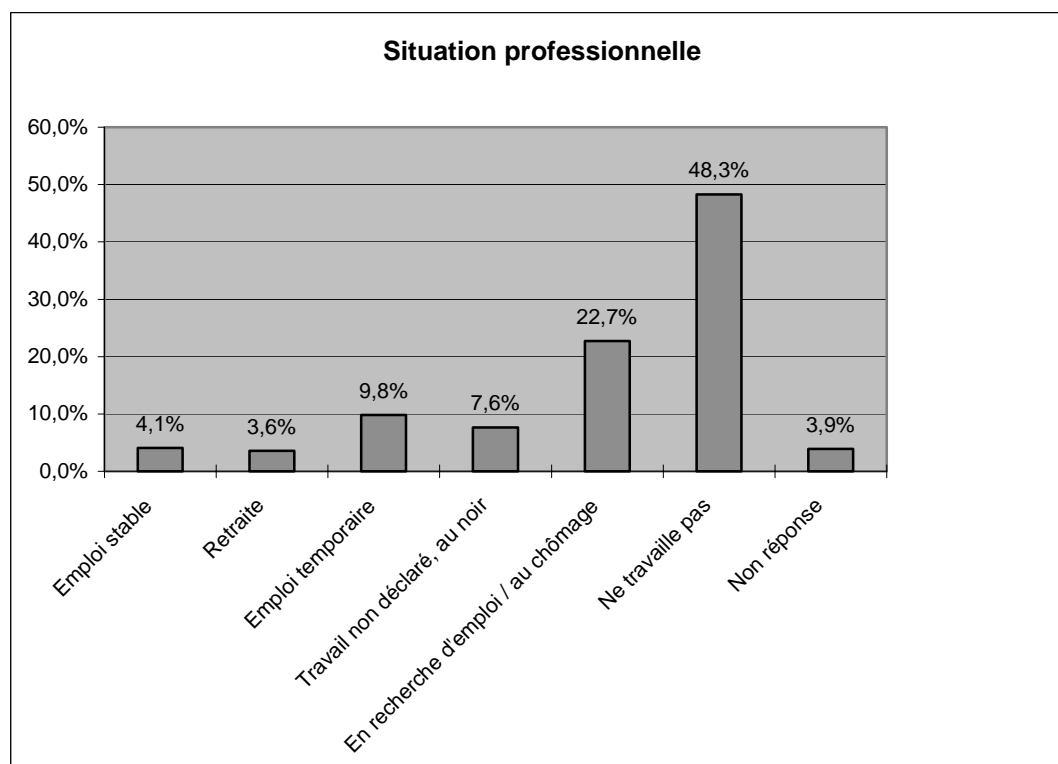
³⁷ Ibid.

C. Les conditions de vie : des déficiences multiples

1. Ici, point de travail

Les individus fréquentant les centres de soins gratuits sont avant tout frappés par le manque d'emploi.

Graphique n°9 : Situation professionnelle déclarée des individus.



Source : Enquête Précalog du CREDES.

- Seul 1 individu sur 25 déclare un emploi stable et 1 sur 30 a pris une retraite non anticipée.
- 17,5% des individus de l'échantillon occupent des emplois très instables et généralement peu rémunérateurs (emplois temporaires et travail non déclaré). Les français sont plus nombreux que les étrangers à se diriger vers des emplois temporaires (13,1% contre 5,6%³⁸), alors que ces derniers vont davantage vers les emplois non déclarés (12,8% contre 3,3% parmi les français). C'est l'importance des sans papiers parmi la sous-population étrangère (voir point 5 de cette partie) qui explique essentiellement ces différences.

³⁸ Voir annexe 5 point 1.

C'est donc principalement l'absence d'emploi qui caractérise notre échantillon. Ils sont plus de 80% dans ce cas. D'autre part, il est frappant de voir que moins du tiers de ces « sans emploi » déclare en chercher un. Si ce phénomène est particulièrement développé chez les mères de famille, il ne se circonscrit pas à cette sous-population. Les individus rencontrés sont donc très éloignés du marché du travail ; soit par pérennité du chômage qui tend à rendre les inemployés « inemployables » aux yeux des entreprises, soit par contraintes administratives (seuls 13% des étrangers recherchent actuellement un emploi déclaré³⁹).

L'analyse des durées de ces situations professionnelles, bien qu'altérée par une forte non-réponse (de l'ordre de 25%), apporte plusieurs précisions intéressantes⁴⁰:

- Lorsque les individus déclarent des emplois stables, il s'agit souvent d'un travail très récemment obtenu (moins d'un an pour près de la moitié d'entre eux) et donc de situations qui, si elles semblent plus favorables, demeurent fragiles et réversibles.
- La comparaison des durées des emplois temporaires (principalement déclarés par des hommes français ayant moins de 45 ans) et du travail au noir (exercé majoritairement par des étrangers sans papiers) confirme la présence d'une économie souterraine efficace. Alors que la carrière dans les emplois temporaires est réellement intermittente – seul un individu sur quatre exerce ce type d'emploi depuis plus d'un an –, les étrangers trouvent dans l'emploi au noir une forme de stabilité professionnelle, puisque 24% seulement des emplois non déclarés sont exercés depuis moins d'un an et 27% depuis plus de 5 ans. Certes cette paradoxale stabilité est contrainte pour les « sans papiers » puisqu'ils n'ont pas d'autre choix, et elle trouve son pendant dans des entraves administratives moins contournables dans les domaines du logement et/ou de la protection sociale (comme nous le verrons plus loin).
- L'analyse des durées « de non emploi » tend à noircir encore davantage la situation des « sans emploi ». Le profil de « chômeur longue durée » est fortement représenté puisque 43% des chômeurs recherchent un emploi depuis plus d'un an et près de 25% depuis plus de 2 ans. Or, plus le temps de recherches infructueuses est long et plus les chances de se réinsérer dans la sphère professionnelle s'amenuisent. De même, les personnes qui ne travaillent pas et ne semblent pas chercher d'emplois sont confrontées à une telle situation depuis longtemps (5% seulement depuis moins d'un an⁴¹).

³⁹ Idem : voir annexe 5 point 1.

⁴⁰ Ibid.

⁴¹ Il faut, pour ce groupe, souligner le très fort taux de non réponse : 38,1%. Une analyse secondaire de cette non réponse (situation matrimoniale, niveau de PCS...) va davantage dans le sens d'une aggravation que d'une surestimation des problèmes professionnels. Si les individus ne répondent pas à cette question, c'est en général parce qu'une telle situation date depuis très longtemps (difficulté de rétrospection précise) ou encore parce que cela a toujours été ainsi (« depuis toujours »).

2. Catégories socioprofessionnelles inférieures et degré de scolarisation limité

Cette vulnérabilité marquée dans le domaine de l'emploi est naturellement à relier à un manque de qualifications et à un bas niveau d'accomplissement scolaire. Ces deux facteurs agissent dans les deux sens du processus de précarité : à l'entrée, comme facteur de vulnérabilité économique et de fragilité professionnelle puisque ce sont généralement les premiers sur les listes de licenciement ; à la sortie, comme obstacle à une réinsertion sociale et professionnelle.

Le tableau 7 (ci-dessous) estime la catégorie socioprofessionnelle d'appartenance des individus. Il est question ici d'estimation puisque, à la vue des forts taux de « sans emploi », la PCS ne peut être réellement approchée que par le dernier métier exercé par l'individu. En reprenant les termes de Erving Goffman, on parlera davantage de PCS *virtuelle*⁴² que de PCS objective.

Tableau n°7 : « Quel est votre métier actuel ou le dernier métier exercé ? »

Dernier métier exercé	Pourcentage sur l'échantillon
Jamais travaillé ou non réponse	17,8%
Exploitants agricoles	1,5%
Artisans, commerçants, chefs d'entreprise	3,6%
Cadres et professions intellectuelles supérieures	2,2%
Professions intermédiaires	10,9%
Employés	14,9%
Ouvriers qualifiés	28,8%
Ouvriers non qualifiés	17,0%
Etudiants, mère de famille	3,4%
Total	100,0%

Source : Enquête Précalog du CREDES.

Comme on pouvait s'y attendre, les consultants des centres de soins pour démunis présentent des profils socioprofessionnels très déclassés. Ils sont massivement d'origine ouvrière (46% d'entre eux décomposé en 29% d'ouvriers professionnels et 17% d'ouvriers spécialisés). Les autres emplois exercés le sont principalement dans le domaine des services (15% d'employés) et dans les professions intermédiaires (11%). Par ailleurs, 18% des individus ont explicitement ou implicitement⁴³ déclaré n'avoir jamais exercé d'emploi. Le plus souvent, il s'agit de jeunes personnes n'ayant pas encore expérimenté le marché du travail (42%) ou de mères de famille qui se sont toujours occupées de leurs enfants (20%).

⁴² Je me fonde ici sur les propos avancés par E. Goffman dans *Stigmate, les usages sociaux des handicaps*, 1975, aux Editions de Minuit : « ... le caractère attribué à l'individu, nous le lui imputons de façon potentiellement rétrospective, c'est à dire par une caractérisation en puissance, qui compose une identité sociale virtuelle ».

⁴³ Une non réponse à cette question peut, en effet, être assimilée à l'absence d'emploi passé.

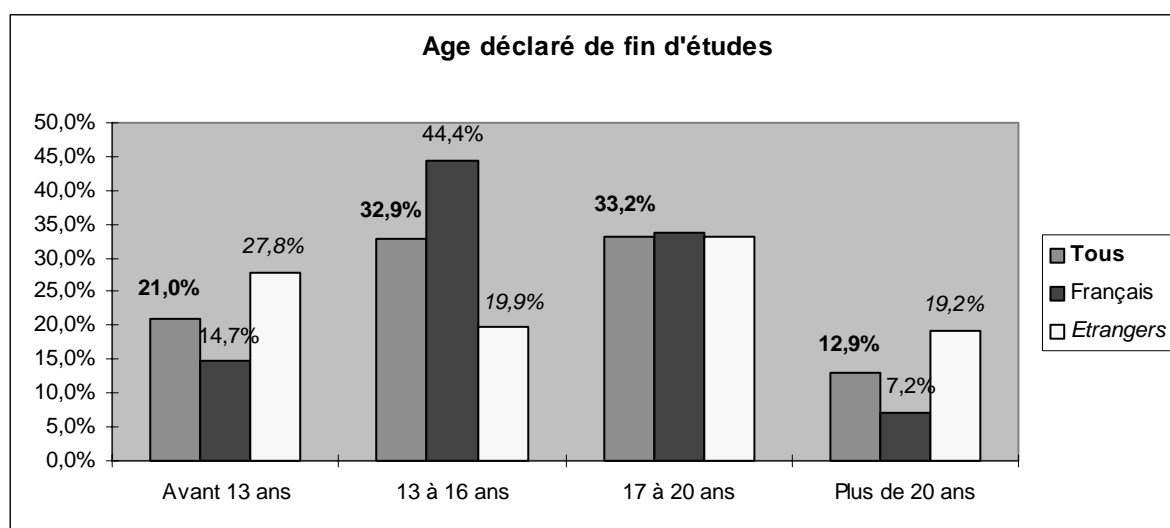
Pour analyser les niveaux de scolarisation, le CREDES a choisi de raisonner en termes d'âge d'interruption d'études plutôt qu'en termes de diplôme ou de niveau de diplôme. Un tel choix trouve une double légitimité : d'une part, les profondes transformations du système éducatif (en particulier la floraison de nouveaux types de diplômes) rendent peu interprétables les comparaisons entre générations différentes ; d'autre part, il n'existe pas de grilles d'équivalence entre diplômes français et étrangers. En ne prenant en considération que l'âge d'interruption des études, on gomme partiellement ces biais de comparaisons tout en conservant une idée du niveau de diplôme acquis.

Avant tout, il faut souligner que la catégorie socioprofessionnelle inférée des individus est fortement liée à l'âge d'arrêt de leurs études⁴⁴, validant d'une certaine façon la prise en compte de cette variable comme substitut au degré d'études atteint.

Le graphique 10 (ci-dessous) met en évidence deux principales caractéristiques de notre population :

- Nos patients présentent un faible niveau de scolarisation : plus d'un individu sur deux s'est arrêté avant ses 16 ans révolus et seul un individu sur 8 a poursuivi sa scolarité après ses 20 ans.
- Les parcours scolaires des étrangers et des français sont sensiblement différents. Si les français ont très majoritairement arrêté leurs études entre 13 et 16 ans, ce sont parmi les étrangers qu'on retrouve à la fois les moins scolarisés (28% n'étaient plus à l'école à 13 ans contre 15% parmi les français) et les plus scolarisés (19% après 20 ans contre seulement 7% parmi les français).

Graphique n°10 : Âge déclaré de fin d'études



Source : Enquête Précalog du CREDES.

⁴⁴ Le test du Chi-Deux rejette l'indépendance de ces deux dimensions (risque d'erreur inférieur à 0,0001%).

3. Une grande pauvreté

A la vue du « désert professionnel », nous ne serons pas surpris par la faible proportion des individus déclarant des ressources relativement stables (13%) – voir tableau 8 –. Un individu sur trois touche des aides institutionnelles directement liées à l'absence et/ou l'incapacité au travail (Allocations chômage, Assedic, RMI, Allocation Adulte Handicapé).

30% des patients rencontrés ne déclarent aucune ressources, si ce n'est la manche.

Tableau n°8 : Principales ressources déclarées :

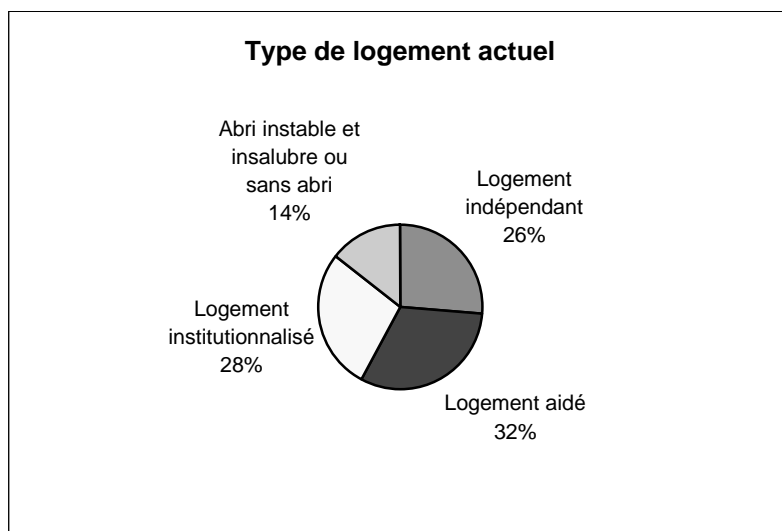
Principale ressource déclarée	Fréquence
Salaire, retraite ou revenu déclaré	12,9%
Petits boulots, travail au noir	12,4%
Allocations chômage, ASSEDIC	11,4%
RMI, AAH, pension	20,3%
Autres allocations (familiales, logement...)	4,8%
Aide de la famille ou des proches	8,5%
Fait la manche	2,5%
Aucune ressources déclarées	27,3%
Total	100,0%

Source : Enquête Précalog du CREDES.

4. Des situations de logement instables

La situation au regard du logement s'avère plus hétérogène.

Graphique n°11 : Logement actuel



Source : Enquête Préalogue du CREDES.

Logement indépendant = logement propre (locataire ou propriétaire)

Logement aidé = chez des amis ou dans sa famille

Logement institutionnalisé = foyer, centres d'accueil

Abri instable et insalubre ou sans abri = squat, tente, rue et hôtel souvent insalubre et très temporaire.

Seule une personne sur quatre présente une situation de logement stable et indépendante alors qu'un individu sur sept est contraint à dormir dans des squats ou dans la rue. Les 60% d'individus restant s'appuient, pour leur part, sur l'aide de proches, de la famille ou d'institutions de solidarité. Les réseaux informels d'entraide sont particulièrement développés dans les cultures étrangères (*annexe 5 point 4*) : 45% des étrangers sont hébergés chez des amis ou dans leur famille – en particulier, 60% des sans papiers – contre seulement 19% parmi les français. Ces derniers, lorsqu'ils ne disposent pas de leur propre logement, semblent moins aptes à mobiliser ces ressources informelles : 29% vaquent dans les différents centres d'hébergement et 17% vivent sans intimité dans des conditions insalubres.

De telles différences existent également selon le sexe (*voir la même annexe*). Bien que plus souvent sans ressources propres, les femmes trouvent souvent d'autres alternatives à la vie dans la rue. Elles bénéficient davantage de la solidarité familiale et amicale (42% des femmes rencontrées contre 26,5% parmi les hommes) et « supporteraient peut-être plus longtemps des situations de crise familiale ou de mauvais traitements »⁴⁵ plutôt que de se retrouver à la rue.

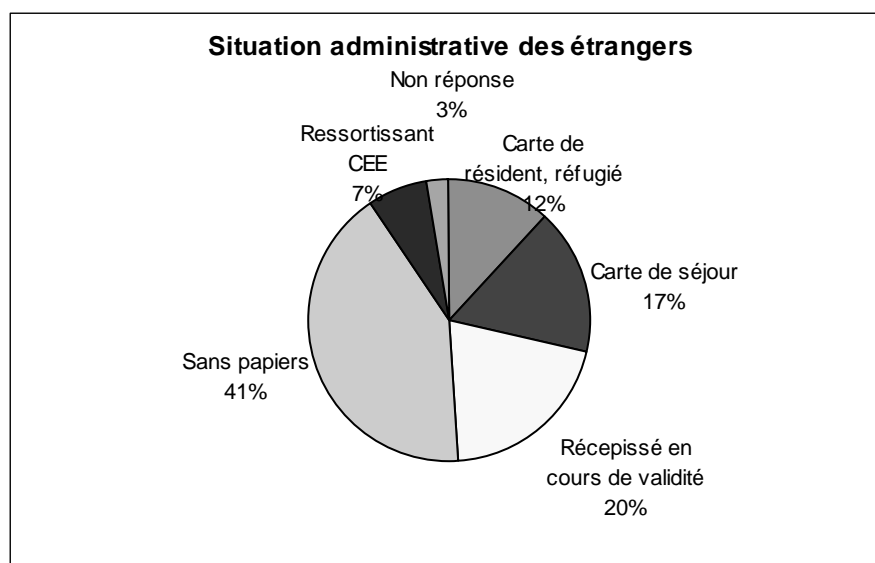
⁴⁵ Idée suggérée par J-M. Firdion et M.Marpsat dans *Les personnes sans domicile à Paris : caractéristiques, trajectoires et modes de vie*, dans *La rue et le foyer : une recherche sur les sans-domicile fixe et les mal-logés dans les années 90, 2000*, Travaux et documents de l'INED, PUF diffusion, p.257-285.

5. Des droits inaccessibles ou incarnés

5.1. Situation administrative des étrangers

Les étrangers de l'échantillon des consultants des centres de soins gratuits sont nombreux à n'avoir pas (ou pu) régularisé leur situation.

Graphique n°12 : Situation administrative des étrangers



Source : Enquête Préalogue du CREDES

41% ne sont pas autorisés à résider sur le territoire et 20% sont actuellement en attente de régularisation. Ces deux groupes d'individus sont de manière générale plus jeunes que les résidents étrangers et sont issus de vagues d'immigrations plus récentes.

5.2. Protection sociale

Enfin, lorsque l'on s'intéresse à la protection sociale, on s'aperçoit que près d'un individu sur deux n'est pas protégé contre le risque de maladie. Par ailleurs un individu sur 10 a recours à une protection sociale spécifique. Le tableau 9 permet d'apporter deux précisions : les hommes sont mieux couverts que les femmes et, même en faisant abstraction des sans papiers, les étrangers accèdent plus difficilement à une protection sociale (37% parmi les résidents étrangers contre 65% parmi les français).

Tableau n°9: Niveau de protection sociale et caractéristiques sociodémographiques

Protection sociale	Echantillon	Hommes	Femmes	Français	Etrangers résidents	Etrangers sans papier
Bénéficiaire de la Sécurité sociale	44,8%	47,8%	37,8%	65,0%	36,8%	0,9%
Aide médicale, carte Paris santé...	9,2%	9,4%	8,9%	10,1%	11,0%	2,7%
Sans protection sociale	40,3%	37,2%	47,2%	18,3%	47,7%	92,8%
Ne sait pas	5,8%	5,6%	6,1%	6,6%	4,5%	3,6%
Total	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Source : Enquête Préalogue du CREDES

Ces profonds écarts trouvent deux explications potentielles : d'une part, les étrangers sont davantage enclins à pratiquer des emplois non déclarés ce qui tend à les confiner dans des positions de non-droit ; d'autre part, étrangers et femmes se trouvent peut-être davantage privés de droits auxquels ils pourraient accéder par une connaissance plus grande des rouages administratifs.

Les entretiens recueillis semblent aller dans le sens de ces deux assertions.

Partie II. : Approche multidimensionnelle de la précarité

A. Méthodologie

1. Fondement des variables explicatives : des dimensions hétérogènes pour décrire des situations différenciées

A partir du questionnaire, nous avons pu brosser un portrait fin des caractéristiques sociodémographiques et des difficultés générales auxquelles sont confrontés les patients des centres de soins pour démunis. Il s'agit, à présent, de raisonner en termes de situations individuelles. Afin de rendre compte au mieux de l'hétérogénéité des situations et des degrés de précarité, six principales dimensions ont été intégrées dans cette analyse :

1.1. Les six dimensions

- Les trois dimensions classiques que sont la *précarité professionnelle* (travail stable, temporaire, non déclaré, chômage ou encore sans emploi), la *précarité économique* (type et niveau estimé de ressources) et la *précarité du logement* (nature du logement, conditions sanitaires, stabilité, indépendance).
- La dimension administrative des individus : il est primordial de prendre en compte la régularité de la situation des étrangers sur le sol français tant elle a une influence prépondérante sur l'insertion sociale et les comportements des étrangers. C'est ce que nous désignerons comme la *précarité administrative* qui trouve son fondement dans le code de la nationalité. Il nous faut également considérer l'accès des individus à une couverture sociale : *la précarité par rapport à l'accès aux soins*.
- Une dimension plus originale est apparue, à la lecture des entretiens, comme importante dans le vécu de la précarité. C'est ce que nous pouvons résumer par le concept de *précarité affective* : c'est à dire le fait de vivre ou non dans un cadre familial – au sens élargi du terme, *i.e.* en prenant en compte le concubinage – ou en communauté ainsi que le sentiment d'isolement exprimé par les individus. Cette dimension composite est assez proche des concepts de précarité sociale ou de potentiel de solidarité morale et/ou financière. Il est en effet primordial de ne pas se laisser tromper par une association stricte, ambiguë et floue entre vie conjugale et isolement affectif (comme beaucoup d'études ont eu tendance à le faire). En intégrant les relations sentimentales actuelles, les cohabitations avec d'autres personnes et le sentiment subjectif d'isolement, nous pouvons juger plus exactement de la solitude et du dénuement affectif et social réels des individus.

En particulier, une telle variable synthétique permet de mieux distinguer ceux qui vivent seuls mais revendiquent cette autonomie et indépendance et ceux qui, au contraire, subissent cette solitude. Il demeure cependant l'écueil des relations « extra-logement » que relativise Claude Martin par ces mots⁴⁶ :

« S'il ne faut pas se laisser aveugler par ce phénomène de l'isolement dans le logement, car le tissu de l'entraide ne se réduit pas à l'espace que l'on habite, il est indéniable qu'un certain nombre de personnes seules dans leur ménage vivent la solitude, voire des situations de précarité ».

Le degré de scolarisation et le niveau de PCS⁴⁷ n'ont pas été intégrés directement pour juger du niveau de précarité des individus. En réalité, ils n'interviennent dans le quotidien des individus qu'en tant qu'*indicateur de ressources sociales*.

1.2. Indicateurs de précarité pour les dimensions retenues

Nous nous sommes alors attachés à schématiser ces six grandes dimensions en six indicateurs propres à représenter les variations des expériences de précarité. En se fondant sur des critères pluridisciplinaires (aspect pénal, sociologique ou encore psychologique), des typologies simples (trimodales⁴⁸) ont été constituées, décrivant précisément et de manière robuste les situations individuelles. Sur chacune des six dimensions, une personne est estimée :

1. Pas ou peu précaire,
2. En situation de précarité intermédiaire,
3. Très précaire.

Afin de mieux comprendre le mode de construction de ces typologies, nous pouvons prendre l'exemple de la situation de précarité au regard du logement. Les critères de différenciation des niveaux de précarité reposent sur le croisement de trois informations :

⁴⁶ C. Martin, *Famille et précarité : la protection rapprochée*, 2001, dans *Précarisation, risque et santé*, INSERM, pp.29-45.

⁴⁷ Le niveau de PCS est évalué par le biais de la question : « Quel est votre métier actuel ou le dernier métier exercé ? ». Pour les individus sans emploi, il représente davantage un niveau de PCS *virtuel* (au sens de Goffman).

⁴⁸ A l'exception de la dimension *Précarité d'accès aux soins* qui est binaire. L'individu est jugé *non précaire* s'il dispose de droits ouverts. Le cas échéant, il est jugé *précaire*.

- Le type de logement : appartement, centre d'accueil, foyer, hôtel, squat, tente, caravane... ;
- l'indépendance du logement : nous distinguerons quatre types à cet égard : logement propre et indépendant, logement aidé (amis, famille), logement de solidarité (Sonacotra, CHRS...) ou logement de fortune, impersonnel et sans réelle intimité (tente, squat, rue...) ;
- la pérennité de cette situation de logement.

En fonction de ces critères, l'ensemble des situations de logement recensées a été classifié, tout en conservant la richesse des informations recueillies :

Tableau n°10 : Degré de précarité au regard du logement :

<p>1) <u>Pas ou peu précaires</u> :</p> <p>a) Logement propre de long terme (plus de 6 mois),</p> <p>b) Logement aidé de long terme (plus de 6 mois),</p> <p>c) Logement de solidarité de long terme (plus de 6 mois).</p> <p>2) <u>Précarité intermédiaire</u> :</p> <p>a) Logement propre depuis moins de 6 mois,</p> <p>b) Logement « aidé » depuis moins de 6 mois.</p> <p>3) <u>Précaires</u> :</p> <p>a) Conditions de logement instables et souvent insalubres,</p> <p>b) Logement de « solidarité » instable (moins de 6 mois).</p>

La même logique a été utilisée pour les cinq autres dimensions. La description précise de l'ensemble de ces indicateurs et la répartition des individus sont détaillées en *annexe 6*.

2. Les méthodes statistiques utilisées

La question est de savoir comment rendre compte de l'hétérogénéité des situations de précarité à partir de ces six indicateurs synthétiques. La recherche d'un « score individuel de précarité »⁴⁹ – méthode consistant à faire la somme des vulnérabilités sur l'ensemble des dimensions – reflète bien le caractère graduel de la précarité. Cependant, deux écueils demeurent : d'une part, elle postule que les différentes formes de vulnérabilité ont le même poids sur les conditions de vie des individus (pondérations uniformes). D'autre part, un tel instrument ne décrit pas les nombreuses modalités que peuvent prendre la précarité. Or, il est à peu près certain que les comportements et pratiques se modulent en fonction de la situation vécue. Ainsi, un individu ayant un logement mais ne disposant d'aucune protection sociale se verra attribué le même score qu'un individu protégé mais sans logement alors que leur expérience et la manière d'y faire face sont fondamentalement différentes.

La méthodologie utilisée se décompose en trois étapes.

2.1. Analyses des correspondances multiples

L'Analyse des Correspondances Multiples (ACM) va nous permettre de cerner la diversité des expériences en faisant apparaître les manières dont se combinent les principales dimensions de la précarité. La problématique fondamentale des méthodes factorielles – dont fait partie l'ACM⁵⁰ – est de déterminer un sous-espace de dimension réduite, qui soit « compréhensible » par l'oeil, sur lequel projeter le nuage (dans notre cas, il s'agit du nuage des variables). En ce sens, elles sont l'extension de la statistique descriptive au cas multidimensionnel et permettent donc l'analyse simultanée de plusieurs variables. Pour obtenir un tel sous-espace, la méthode consiste à chercher, dans un premier temps, l'axe sur lequel le nuage se déforme le moins en projection (*i.e.* qui restitue la part la plus importante de l'inertie totale du nuage ou autrement dit de l'information contenue dans le nuage). Une fois ce premier axe déterminé, il s'agit alors de chercher le second axe sur lequel le nuage se déforme le moins, tout en étant orthogonal au premier. Il suffira ensuite de réitérer le processus jusqu'à restituer l'intégralité de l'inertie du nuage. L'utilisation des ACMs permet ainsi d'observer les combinaisons et les liens entre les variables actives – ici ce sont sur les 6 dimensions de précarité que se construisent les axes factoriels –, dégagant ainsi les tendances proches ou opposées des individus aux vues de leurs conditions de vie. L'analyse des

⁴⁹ Méthode expérimentée dans l'étude *Trajectoires de précarité, états de santé et accès aux soins*, Institut de l'Humanitaire, décembre 1999, P.Chauvin, I.Parizot, G.Menahem, M.Guiguet, N.Pech, J.Lebas.

⁵⁰ Dans le traitement spécifique des ensembles de données « mixtes », c'est à dire comprenant à la fois des variables qualitatives et de variables quantitatives. Pour plus d'informations sur les analyses de données en général et l'Analyse des Correspondances Multiples en particulier, le lecteur peut consulter M. Volle, *Analyse de données 4ème édition*, 1997, Editions Economica.

variables illustratives permettra de voir les variables signalétiques (âge, sexe, problèmes dans l'enfance...) qui caractérisent le mieux les profils de précarité. Ces variables seront projetées sur les axes sans pour autant participer à l'élaboration des axes et permettront d'affiner l'analyse des situations de précarité. L'ACM a, de plus, l'avantage d'être un outil visuellement puissant et très intuitif. La visualisation de plans factoriels dans l'espace des variables permet d'analyser l'information contenue sur deux axes factoriels⁵¹.

Dans notre cas, une telle analyse de données passe par une scission préalable en deux sous-populations : les consultants français d'une part et les consultants étrangers d'autre part – analyse stratifiée rendue nécessaire par le rôle prépondérant joué par la situation administrative sur la trajectoire des étrangers. Les variables actives incluses dans ces deux analyses seront donc les cinq (ou six) dimensions fondamentales de la précarité : professionnelle, économique, logement, affective, protection sociale et administrative (pour les seuls étrangers). L'ajout de nombreuses variables illustratives – variables socio-démographiques, degré de scolarisation, niveau de CSP, variables sur les comportements addictifs tels que la tabagie, l'alcool... – complète ces analyses. La comparaison des plans factoriels – variables actives comme variables illustratives – correspondant à nos deux sous-populations, française et étrangère, permet d'appréhender les fortes différences des contextes de la précarité, des ressources et réseaux de survie mobilisés.

2.2. Classification ascendante hiérarchique

En se fondant sur les résultats des analyses factorielles, une typologie des situations de précarité a été construite en utilisant la méthode classique qu'est la classification ascendante hiérarchique (CAH). Elle a pour objectif d'obtenir des classes d'individus les plus homogènes possibles, en les agrégeant de manière à perdre un minimum d'inertie intra-classe, c'est à dire en maximisant l'inertie interclasse⁵². Autrement dit, la CAH peut être vue de deux manières équivalentes : former des groupes les plus homogènes possibles ou former des groupes qui se distinguent le plus les uns des autres. Aussi, la mesure communément utilisée pour juger de la qualité d'une CAH est-elle le quotient de l'inertie inter-classe sur l'inertie totale du nuage des individus. Plus elle est élevée et plus les individus regroupés forment des groupes homogènes nettement différenciés les uns des autres. Il faut donc arbitrer entre nombre restreint de groupes et qualité des classifications, c'est à dire entre interprétabilité et fiabilité de l'information (pour plus de détails sur cette méthode, voir l'ouvrage précité de M.Volle).

⁵¹ De par sa simplicité apparente, sa manipulation aisée et son fort pouvoir interprétatif, les analyses multivariées de données se sont beaucoup développées au sein des sciences humaines. Pour en découvrir d'autres usages, voir par exemple P.Bourdieu, *La distinction, critique sociale du jugement*, 1979, Les Editions de Minuit, p.140, 141 ou 296.

⁵² Minimiser l'inertie intra-classe ou maximiser l'inertie inter-classe revient strictement au même puisque l'inertie totale, qui est fixe et stable, vaut la somme de l'inertie inter-classe et de l'inertie intra classe.

Deux classifications ont ainsi été réalisées, la première sur la population française, la seconde sur les étrangers, en procédant à partir des 10 premiers axes de nos ACMs puisqu'ils résumaient presque toute l'information du nuage (respectivement 100% et 96%). Ces deux classifications ont fourni, d'un côté 7 classes pour les français (suffisamment homogènes puisque le quotient inertie inter-classe sur inertie totale vaut 0.56) et, d'un autre côté 8 classes d'étrangers également homogènes (rapport des inerties valant 0.55).

2.3. Travail *a posteriori* sur les groupes de précarité

Enfin, dans une dernière étape, nous avons cherché à regrouper *a posteriori* ces 15 grandes classes de précarité, selon deux principaux critères :

- rapprocher les groupes français et étrangers semblables ;
- différencier de manière dynamique les « niveaux de parcours dans la précarité ».

B. Hétérogénéité des expériences, types et niveaux de précarité

1. Facteurs et mécanismes de précarité

1.1. Analyse des correspondances multiples pour les 306 français

Le « critère du coude »⁵³ conduit à se limiter à l'analyse des quatre premiers axes factoriels. Ils permettent de restituer 58% de l'information contenue dans le nuage⁵⁴.

- Le premier plan factoriel (axe 1 * axe 2) : les conditions matérielles des français

Ce premier plan rend compte des conditions matérielles et financières des individus : emploi, logement et ressources économiques. Il révèle un « effet Gutman »⁵⁵ généralisé sur l'ensemble de ces dimensions.

- Le premier axe (horizontal) oppose les deux situations extrêmes :
 - A droite, se trouvent les individus dont la situation matérielle est la plus favorable puisqu'ils disposent d'un logement indépendant et stable et de ressources économiques régulières provenant de l'exercice d'un emploi durable ou de la perception d'une retraite. Ils sont désignés sous le vocable de « non précaire » (ou « précarité limitée »).
 - A gauche, sont situés les individus confrontés à un grand dénuement matériel.
- Le second axe (vertical) oppose ces deux situations extrêmes aux situations intermédiaires :
 - En bas, nous retrouvons les situations de « précarité limitée » et de « grande précarité ».
 - En haut, se trouvent les individus en situation matérielle intermédiaire. Ils disposent de revenus instables et irréguliers provenant de l'exercice de travail au noir ou de petits boulots intermittents ou encore se trouvent toujours sous le giron financier de leurs parents. Ils sont, d'autre part, marqués par l'instabilité de leur

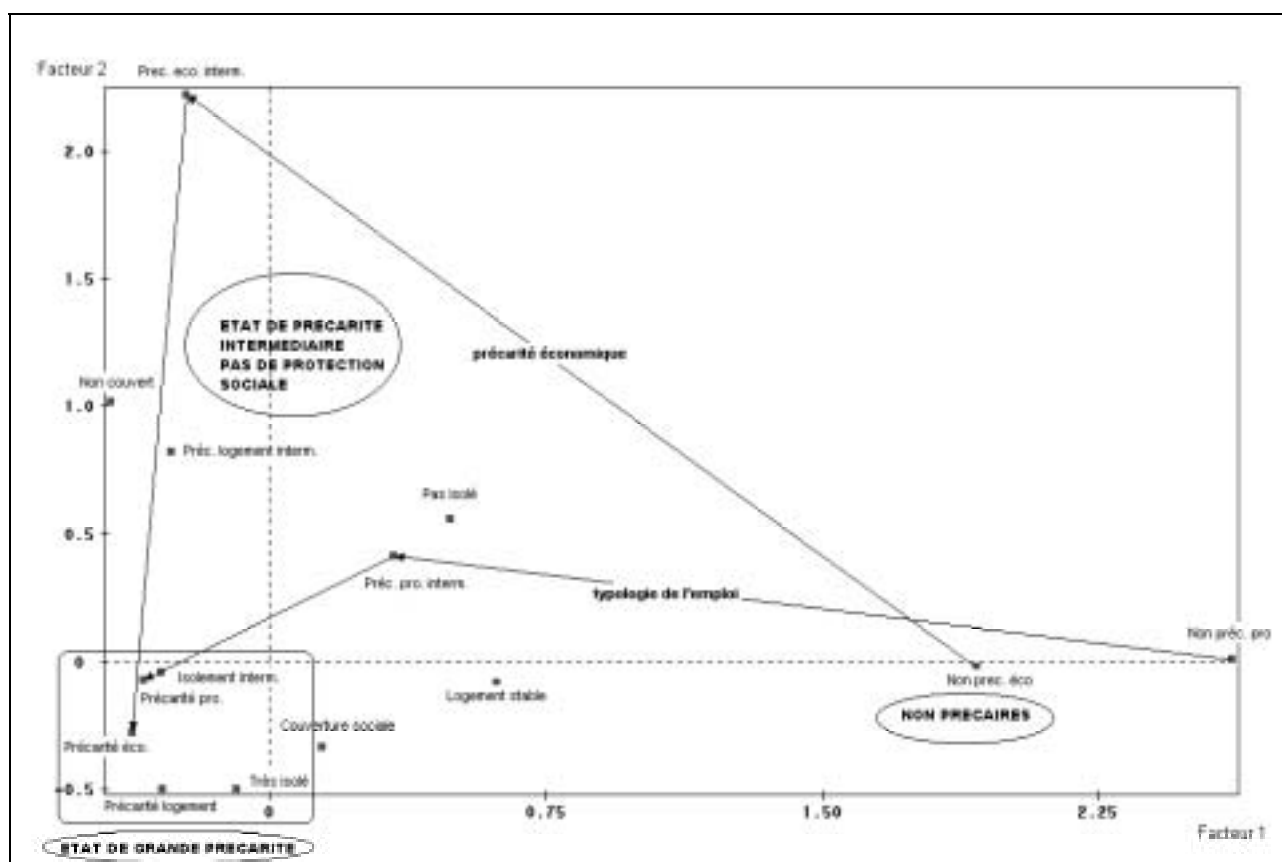
⁵³ Ce critère empirique consiste à repérer l'évolution des taux d'inertie restitués par chacun des axes et à ne plus sélectionner d'axes après une forte décroissance de l'inertie (un saut).

⁵⁴ Le lecteur pourra trouver la description axe par axe de cette analyse en *annexe 7*

résidence puisque souvent, ils sont logés par la famille ou leurs amis, de manière temporaire (idée de dépannage).

Sur ce second axe, se projette également la situation vis à vis de la protection sociale. La protection sociale fait davantage défaut aux individus en « situation de précarité intermédiaire » qu'aux individus dont la situation matérielle est soit favorable soit très mauvaise.

Graphique n°13: ACM chez les précaires français : premier plan factoriel (1x2)



Source : Enquête Préalog du CREDES

Analyse : Nous pouvons donc retenir deux grands phénomènes qui touchent aux conditions de vie des précaires français. Premièrement, il existe une dimension globale « précarité matérielle » qui correspond aux liens nettement linéaires qui existent entre les précarités aux regards de l'emploi, des ressources et du logement. Deuxièmement, si des corrélations existent entre situation matérielle et protection sociale, elles ne sont pas linéaires. Ce sont les personnes en situations de précarité intermédiaire qui sont les moins bien couvertes administrativement face aux risques de santé. Elles se trouvent vraisemblablement « entre deux seuils » : situation matérielle trop précaire pour pouvoir bénéficier du régime normal de

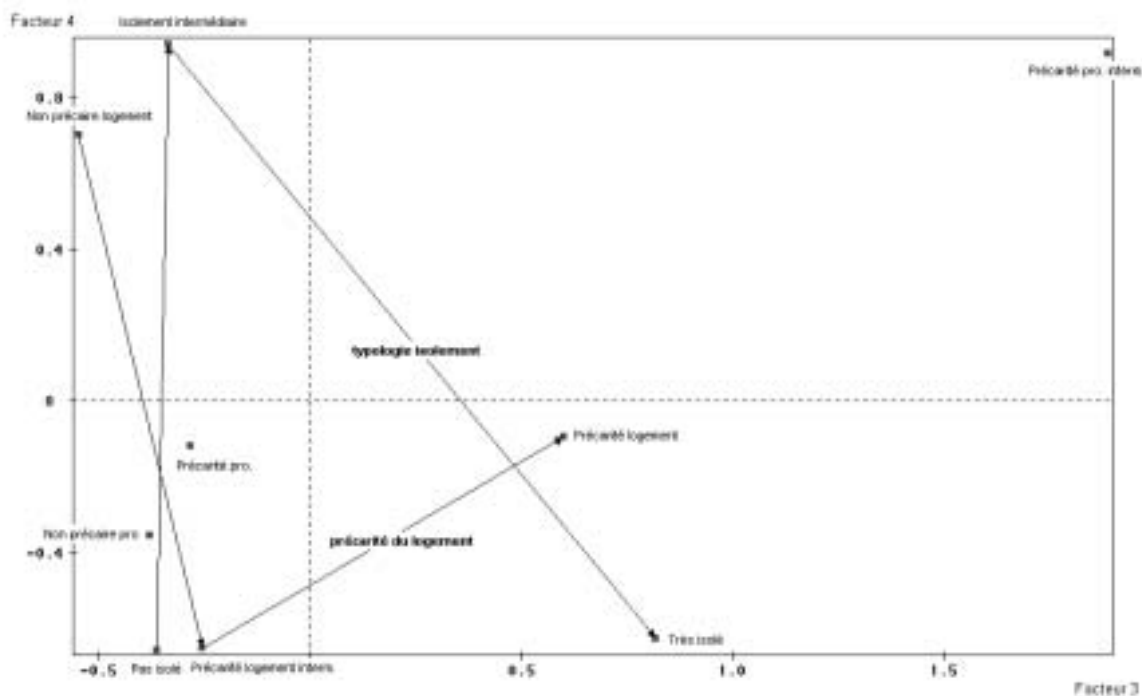
⁵⁵ En analyse de données, on parle « d'effet Gutman » lorsque le premier axe oppose les forts aux faibles et le second axe les extrêmes (forts et faibles) aux situations intermédiaires.

protection sociale (comme c'est le cas pour les « non précaires »), mais déficiences matérielles insuffisantes pour pouvoir prétendre accéder à des aides spécifiques comme l'aide médicale ou la carte Paris-Santé (comme c'est le cas pour les personnes en état de grande précarité). De plus, il est possible que ce groupe de français qui semble plus enclin à mobiliser les ressources informelles de solidarité pour se loger (amis et/ou famille) et se trouve plus intégré dans l'économie parallèle (travail au noir) ait plus souvent recours au « système D ». Ainsi, dans le domaine de la santé, ils tendraient davantage à se débrouiller par leurs propres moyens pour accéder à des soins et obtenir des médicaments.

- Le second plan factoriel (axe 3 * axe 4) : précarité matérielle et précarité affective

Ce second plan factoriel montre la complexité des associations entre précarité matérielle et précarité affective. Les individus non isolés sont, pour une part, des personnes insérées professionnellement – ce qui souligne le rôle intégrateur de l'emploi – et, d'autre part des personnes vivant le plus souvent chez des amis et des proches. Ainsi, en dépit des difficultés rencontrées, certains disposent d'un réseau social les aidant à supporter les difficultés rencontrées, alors que d'autres ne pouvant compter sur cette aide ou refusant les structures de solidarité expriment un profond sentiment de solitude. Il est remarquable que les personnes les moins précaires du point de vue du logement peuvent également être très isolées.

Graphique n° 14 : ACM chez les précaires français : deuxième plan factoriel (3x4) :



Source : Enquête Préalog du CREDES

1.2. Analyse des correspondances multiples pour les 259 étrangers

Dans l'analyse des situations de précarité des étrangers, quatre axes seront également étudiés⁵⁶. Ils restituent 54,3% de l'information contenue dans le nuage des variables.

- Le premier plan factoriel (axe 1 * axe 2) : la situation administrative comme facteur contraignant d'intégration sociale (*voir page suivante*)

Le premier plan factoriel (axes 1 et 2) met très clairement en évidence la profonde influence de la régularité du séjour en France sur la situation globale des étrangers. Sur ce plan, l'axe horizontal oppose très nettement les personnes en situation régulière (à droite), qui ont plus volontiers une protection sociale, aux personnes en situation illégale sur le sol français (à gauche) qui n'ont, par définition, aucun droit à la protection sociale.

Comme pour les français, il existe une proximité claire entre les situations économique et professionnelle, ainsi qu'avec la situation du logement – à un degré moindre –, qui correspond à la « dimension de précarité matérielle ».

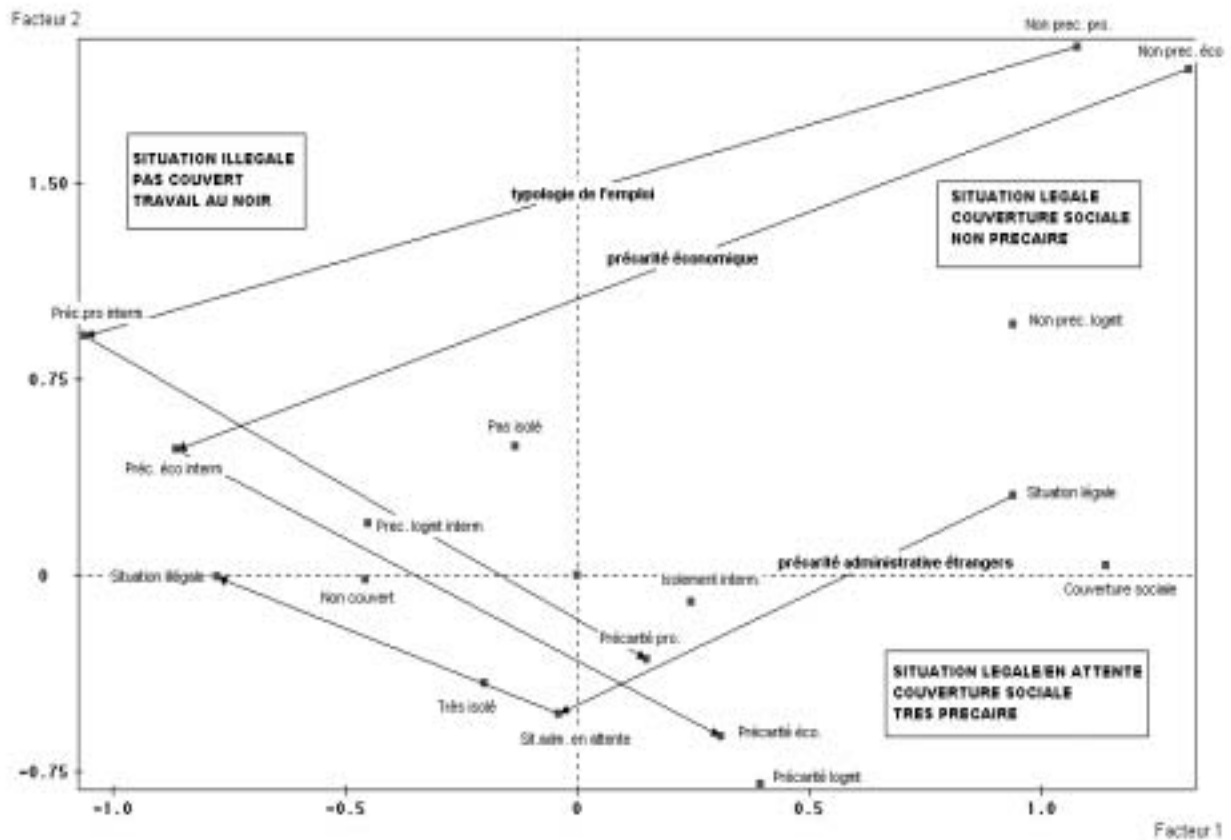
Par ailleurs, un « effet Gutman » témoigne d'une corrélation non linéaire entre la situation administrative sur le sol français et cette dimension de précarité matérielle :

- Les étrangers en situation irrégulière (à gauche sur le plan factoriel) sont le plus souvent dans des positions de précarité intermédiaire sur le plan matériel. Contraints à se réfugier dans le « système D », ils bénéficient certainement de la solidarité familiale (logement chez des proches familiaux ou des amis, travail au noir) pour compenser l'inaccessibilité aux solidarités institutionnelles (pas de protection sociale mais aussi absence d'aides telles que le RMI, les allocations familiales...).
- Ceux dont le séjour est régulier (à droite) se divisent en deux sous-groupes : en haut, apparaissent les sujets les mieux insérés, disposant d'un emploi, d'un logement stable et de ressources régulières. Le plus souvent, ils sont arrivés en France avant 1991. En bas, ce sont les individus les plus touchés par les déficiences matérielles. Leur immigration en France est plus récente.
- Enfin, pour un dernier groupe d'individus, l'analyse ne permet de se prononcer que de manière nuancée. Les individus dont la situation administrative est régulière mais très instable (récépissés temporaires en cours de validité, attente suite à une demande de statut de réfugié ou de résident permanent), présentent des conditions matérielles

⁵⁶ Pour une présentation axe par axe, le lecteur pourra se reporter à l'annexe 8.

assez proches de celles des « grands précaires ». Arrivés en France récemment et seuls, ils apparaissent comme fortement vulnérables et très isolés.

Graphique n°15 : ACM chez les précaires étrangers : premier plan factoriel (1x2)

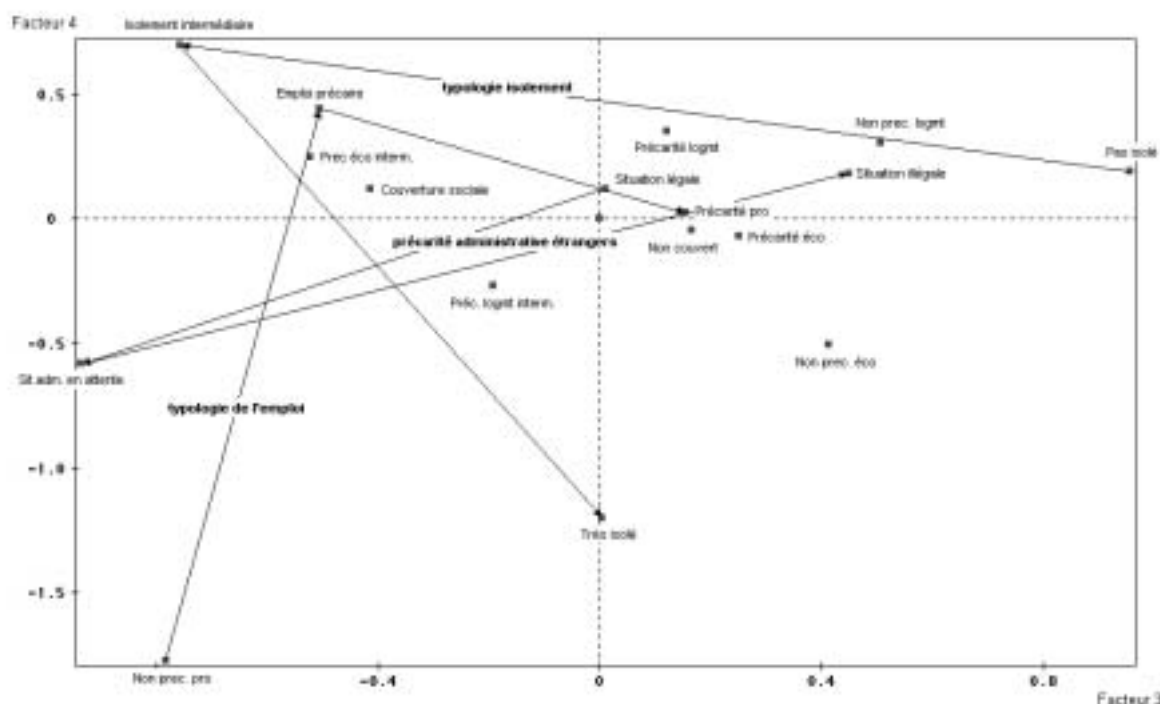


Source : Enquête Précalog du CREDES

- Le second plan factoriel (axe 3 * axe 4) : illégalité et solidarité des sans papiers.

Il met en évidence les spécificités des précaires étrangers au regard de la précarité affective et de l'isolement. Les étrangers autorisés à résider sur le territoire français ont des profils similaires aux français, à savoir que l'isolement – pour rappel, il est mesuré par la combinaison d'éléments familiaux objectifs et du sentiment subjectif de solitude – est lié à l'insertion professionnelle et au type de logement occupé. Cependant, chez les français, c'est parmi les personnes vivant à la rue, dans un squat ou faisant un usage irrégulier des structures d'hébergement, que l'isolement est le plus marqué. Parmi les étrangers, au contraire, les individus les plus précaires – situation illégale, logement aidé, forte précarité professionnelle et économique – tendent à ne pas se sentir isolé. Un tel phénomène parmi les sans papiers, est vraisemblablement lié à la solidarité informelle. Contraints à se débrouiller aux limites de la légalité et sous la menace d'une expulsion, ils développent un réseau interne d'entraide⁵⁷ qui les protège des sentiments d'isolement et d'exclusion.

Graphique n°16 : ACM chez les précaires étrangers : second plan factoriel (3x4).



Source : Enquête Précalog du CREDES

⁵⁷ Le plus souvent, ce réseau d'entraide se construit entre personnes originaires d'un même pays, confrontées aux mêmes situations et/ou entretenant des liens familiaux (cousins, oncles, tantes...).

1.3. Synthèse des analyses de données

Les deux Analyses des Correspondances Multiples ont bien montré que les profils de précarité se différencient très nettement suivant plusieurs dimensions – dimensions entretenant des liens parfois assez complexes – et que ces profils eux-mêmes sont profondément affectés par la situation administrative (pour les étrangers). Plusieurs éléments peuvent être soulignés :

- **Précaution d'interprétation** : avant tout, il nous faut éclaircir un point qui peut porter à confusion. Les individus jugés « non précaires » ne le sont que par rapport aux critères retenus (ressources, logement et emploi revêtant une certaine stabilité). Or ce sont là des critères à bas seuil. Aussi, les « non précaires » ne le sont-ils que relativement aux difficultés rencontrées par la sous-population des patients des centres de soins gratuits. En effet, leur situation n'a *a priori* rien de favorable si l'on prend comme référentiel l'ensemble de la population résidant en France. Les entretiens nous apprennent que ces individus se sont rendus dans des centres de soins gratuits en raison de difficultés économiques temporaires. Bien qu'ils se maintiennent à l'heure actuelle dans des conditions décentes (on parlera plutôt de « précarité limitée » ou de « spectre de la précarité »), on voit dans leur démarche d'accès aux soins – non-choix lié au poids de la contrainte financière – que la « spirale de la précarité » n'a rien d'une chimère pour eux.
- **Continuum de précarité matérielle** : il existe une tendance globale à l'association linéaire entre les degrés de précarité professionnelle, économique et du logement, définissant un *continuum* de « précarité matérielle ». Pour autant, ce *continuum* est fortement modelé et modulé par la nationalité des individus, *via* la situation administrative des étrangers. Ainsi, la précarité des français semble fortement articulée à un déclassement professionnel, engendrant manques économiques durables et mal-être ainsi qu'à une propension plus forte à recourir aux aides institutionnelles. La situation des étrangers, quant à elle, repose davantage sur leur situation administrative. C'est parmi les personnes en situation régulière que s'observent à la fois les moins précaires et les plus précaires. Ce phénomène témoigne vraisemblablement de la mise en jeu, chez les « sans papiers » d'une solidarité non institutionnelle permettant l'exercice de « petits boulots » et le recours à un réseau amical et/ou familial pour se loger.
- **« La solitude du SDF »** : Le moindre sentiment d'isolement et la moindre coupure des relations sentimentales parmi les « sans papiers » peuvent être attribués à ces ressources de « solidarité informelle » alors que chez les Français et les étrangers en situation régulière, la précarité affective est surtout prépondérante chez les sujets en situation de logement très précaire – ce que l'on pourrait désigner comme « la solitude du SDF ». Cependant, si ces logiques de mobilisation d'aides informelles semblent caractéristiques des « sans papiers », elles ne leurs sont pas strictement spécifiques. En effet, parmi la

sous-population française, nous retrouvons des individus qui utilisent de manière similaire les réseaux individuels d'entraide et l'économie souterraine afin de limiter la dégradation matérielle et sociale de leur situation.

- « **Zone de trou** » : enfin, chez les Français, la protection sociale fait surtout défaut aux sujets en situation intermédiaire sur ce *continuum*, témoignant de l'existence d'une « zone de trou » entre deux seuils d'accès à la protection sociale. Le seuil « supérieur » correspond à l'accès normal aux droits qui nécessite un minimum d'insertion professionnelle et une certaine stabilité au regard du logement ; le seuil « inférieur » correspond à l'accès à des dispositifs d'aides spécifiques⁵⁸. En revanche, chez les étrangers, c'est à nouveau la régularité de la situation administrative sur le sol français qui contraint avant tout l'accès à une protection sociale.

⁵⁸ Les données ont été recueillies principalement avant la mise en place de la Couverture Médicale Universelle, ou au tout début du déploiement de ce nouveau dispositif. Il est hautement probable que les constatations faites ici en matière de protection sociale des personnes précaires seront sujettes à modification avec l'évolution des conditions d'accès aux droits.

2. Typologie mêlant hétérogénéité des expériences et des niveaux de précarité

Une description précise de l'hétérogénéité des conditions de vie, des niveaux de difficultés et des profils sociodémographiques associés est un préalable nécessaire à l'étude de la précarité comme processus dynamique et multiforme. Aussi, sur la base des deux ACMs précédentes, deux classifications ascendantes hiérarchiques ont été réalisées⁵⁹. En retenant 7 classes pour les Français⁶⁰ et 8 pour les étrangers⁶¹, nous privilégions une interprétation fine des conditions de vie des consultants des centres de soins gratuits (classes regroupant de 25 à 80 individus pour les Français et de 13 à 56 personnes pour les étrangers).

Toutefois, des regroupements *a posteriori* de ces quinze classes homogènes⁶² sont utiles :

- D'une part, la distinction entre français et étrangers, opérée *a priori* par choix méthodologique, n'est pas toujours nécessaire. Certains français et résidents étrangers se trouvent de fait dans des conditions de vie similaires.
- D'autre part, il est primordial d'introduire une hiérarchisation des degrés observés de précarité ; l'objectif étant à terme de replacer la précarité dans une optique résolument dynamique et d'en comprendre les mécanismes. En s'appuyant sur les travaux d'Alexandre Vexliard⁶³ et leur réactualisation par Julien Damon et Jean-Marie Firdion⁶⁴, nous avons décomposé ces 15 grands groupes d'expériences en quatre grandes phases dans le parcours de précarité empruntées aux auteurs sus-cités. Par ailleurs, bien qu'adoptant cette typologie, nous émettrons un certain nombre de réserves et de critiques. Si la typologie décrite par ces auteurs est très convaincante lorsque l'on s'intéresse aux précaires français, elle s'avère plus fragile et moins adaptée lorsque l'on considère les conditions de vie des étrangers – et en particulier des « sans papiers ». De plus, il nous faut prendre en compte l'effet des récentes actions gouvernementales envers les publics défavorisés, notamment en termes de protection sociale. Si bien que, à la vue des 15 grands groupes de conditions de vie, certaines phases ont semblé trop simplificatrices car trop hétérogènes. Aussi ont-elles été affinées en 7 niveaux de précarité.

⁵⁹ Classifications reposant sur les 10 premiers axes de chaque ACM, axes résumant presque toute l'information du nuage.

⁶⁰ Détaillées en *annexe 9*.

⁶¹ Voir *annexe 10*.

⁶² Les deux Classifications Ascendantes Hiérarchiques sont en effet de très bonne qualité puisque le quotient inertie inter-classe sur inertie totale vaut 0,56 pour la classification portant sur les français et de 0,55 pour celle des étrangers.

⁶³ A. Vexliard, *Le clochard. Etude de la psychologie sociale*, 1957, réédition en 1998, Paris, Desclée de Brouwer.

⁶⁴ J. Damon, J-M. Firdion, *Vivre dans la rue : la question SDF*, dans S. Paugam, *L'exclusion, l'état des savoirs*, Paris, La découverte, 1996, p. 374-386.

Le tableau 11 (ci-après) permet de récapituler et de mettre en correspondance expériences, niveaux et phases de précarité. En sus, il permet de donner une idée des particularités sociodémographiques des individus en fonction du type d'expériences vécues.

Tableau n°11 : Table de correspondance entre expériences, degrés et phases de précarité

NB : Pour les expériences de précarité : (F) correspond à des français alors que (E) correspond à des étrangers.

Expériences, niveaux et phases de la précarité	Effectif	Proportion de français	Proportion d'hommes	Age moyen
PRECARITE LIMITEE	56	44,64%	69,64%	40,28
<i>Niveau 0</i>	56	44,64%	69,64%	
Peu précaires (F1)	25			
Peu précaires (E1)	18			
Travailleurs déclarés (E2)	13			
« FRAGILISATION »	110	80%	68,18%	35,84
<i>Niveau 1</i>	110	80%	68,18%	
Sans emploi indépendants (F2)	55			
Sans emploi indépendants (E3)	22			
Travailleurs instables (F3)	33			
« HABITUDE »	219	51,60%	64,84%	34,14
<i>Niveau 2</i>	103	28,16%	66,02%	
Travailleurs non déclarés (E4)	35			
Sans emploi non régularisés (E5)	39			
Difficultés matérielles (F4)	29			
<i>Niveau 3</i>	43	100%	55,81%	
Sans emploi non protégés (F5)	43			
<i>Niveau 4</i>	73	56,16%	68,49%	
Les sans emploi aidés (F6)	41			
Précaires sans papiers insérés (E6)	32			
« SEDENTARISATION »	180	44,44%	72,78%	37,46
<i>Niveau 5</i>	56	0%	60,71%	
Précaires sans papiers isolés (E7)	56			
<i>Niveau 6</i>	124	64,52%	78,23%	
Grands précaires (F7)	80			
Grands précaires résidents (E8)	44			

Source : Enquête Précalog du CREDES

2.1. La phase de précarité limitée

Dans le schéma proposé par Damon et Firdion, les trois groupes décrits ici ayant tous un emploi, des ressources régulières et des conditions de logement décentes, seraient assimilés à la « norme » (*i.e.* la « non précarité »). En réalité, si leurs conditions de vie sont meilleures, elles n'en demeurent pas moins modestes et vulnérables : les emplois sont souvent fragiles et les ressources insuffisantes pour réellement se sentir à l'abri des manques. Il semble donc plus juste de parler de « précarité limitée ». Ce terme regroupe un ensemble de situations disparates : des personnes plus âgées qui se maintiennent tant bien que mal dans des conditions décentes, comme de plus jeunes individus qui restent menacés par un basculement dans une précarité plus marquée.

- **(F1) Les « peu précaires » français :**

Il s'agit de 25 individus en situation relativement favorable. Tous déclarent un emploi stable, majoritairement en tant qu'ouvriers (52%), qui leur permet de disposer d'une protection sociale classique (à 92%). En général, ils disposent de ressources régulières, dorment dans leur propre logement et ne souffrent pas d'isolement. Cette classe est composée d'individus plutôt jeunes puisque 52% d'entre eux ont entre 25 et 30 ans.

- **(E1) Les « peu précaires » étrangers :**

Le profil de ces 18 personnes tranche nettement avec celui de la population étrangère précaire. En effet, ils jouissent tous de ressources stables et régulières et sont le plus souvent résidents (78% en situation régulière). Au contraire de la classe voisine chez les Français, hommes et femmes de plus de 55 ans et individus vivant en couple sont notablement nombreux dans ce groupe. Pour beaucoup, il s'agit d'ouvriers issus d'anciennes vagues d'immigration qui sont actuellement en situation de retraite (45% d'entre eux) ou de préretraite. Bien que leurs ressources semblent limitées, les individus parviennent à se loger dans des conditions décentes (44% dans leur propre logement, 28% dans leur famille et 11% chez des amis). Dans ce cadre de vie, ils sont relativement épargnés par l'isolement.

- **(E2) Les « travailleurs déclarés » étrangers :**

Ces 13 individus se différencient nettement du reste de la population par le fait que tous ont un emploi agréé – emploi permis par la régularité de leur situation (80% sont résidents) – qui leur procure des ressources régulières. Cependant, il s'agit assez fréquemment d'emplois temporaires (45% des emplois déclarés) si bien que les individus se trouvent souvent dans des « conditions limites » qui les obligent en particulier à recourir à une aide informelle (un individu sur trois est logé par des amis).

2.2. La phase de fragilisation

Elle correspond au début d'une rupture de vie par survenue d'un événement brutal (perte d'emploi, perte d'un être cher...). Selon le schéma de nos deux auteurs, elle symbolise l'entrée réelle dans le processus de précarisation. L'individu resterait socialisé mais vulnérable du fait de sa précarité professionnelle. Alexandre Vexliard ajoute que, pendant cette période, les individus font preuve d'une forte activité pour se réadapter, se réinsérer et revenir à une existence « normale ». L'exploration des trois groupes s'apparentant à ce stade de précarité apporte plusieurs bémols aux théories sus-citées :

- Le profil des « chômeurs » récemment licenciés et recherchant activement un emploi, apparaît comme un peu trop schématique. En effet, nombreux sont ceux dont la situation perdure dans le chômage et qui ne recherchent pas (ou plus) d'emploi et parviennent malgré tout à se maintenir dans des conditions relativement décentes et indépendantes d'existence grâce aux aides institutionnelles (que ce soit des personnes en préretraite ou des individus en âge de travailler).
- D'autre part, les groupes décrits ci-dessous montrent l'existence de formes et de processus de fragilisation autres que ceux de la rupture par licenciement. En effet, certains individus (jeunes en général) sont contraints à un glissement vers des emplois non déclarés ou des emplois temporaires. Marqués par l'instabilité et l'illisibilité de l'avenir, ils éprouvent des difficultés de survie et d'insertion sociale. En raison de la montée en puissance de la flexibilité et de la précarisation de l'emploi, il est probable que ces formes de glissement se développent de plus en plus.

- **(F2) Les « sans emploi indépendants » français :**

Ces 55 individus, bien que sans emploi, conservent tous des conditions décentes et indépendantes de logement et bénéficient d'une protection sociale. Il faut remarquer que seuls 42% d'entre eux déclarent chercher un emploi. En particulier, 20% des individus ont plus de 55 ans et attendent probablement d'accéder à leur retraite.

Le manque de ressources économiques est atténué par un recours généralisé aux aides formelles – allocations chômage (20%), RMI ou allocation handicapé (42%) et autres allocations logement et/ou familiales.

- **(E3) Les « sans emploi indépendants » étrangers :**

Ce groupe de 22 individus d'âge moyen (72% ont entre 25 et 45 ans) est l'équivalent des français du groupe précédent. Ils traversent une mauvaise passe professionnelle mais parviennent encore à assurer l'indépendance de leur logement. Cependant, le recours aux aides institutionnelles est nettement plus marginal – moins d'un individu sur quatre –, notamment en raison de la précarité administrative dont souffrent certains (27% sont en

attente de régularisation et 18% sans papiers) ou encore d'une méconnaissance des arcanes administratives liées à une immigration récente (41% après 1998). Cette précarité administrative explique également le moindre niveau de protection sociale de ces étrangers puisque seuls 40% sont couverts face au risque de maladie. Enfin, il faut noter qu'à situation comparable, les étrangers ont suivi davantage d'études et postulent plutôt à un travail d'employé que d'ouvrier.

- **(F3) Les « travailleurs instables » français :**

Les 33 français regroupés dans cette classe ont un profil très particulier⁶⁵ : ce sont souvent de jeunes personnes (55% ont moins de 25 ans et 82% moins de 35 ans) vivant de petits boulots temporaires. Ce ne sont pas les plus démunis économiquement mais 50% doivent tout de même faire appel à des logements de solidarité (foyers de jeunes travailleurs, centres d'hébergement temporaire...). Peu vivent en couple et ils font assez peu appel aux aides formelles et informelles.

2.3. La phase d'habitude

Ce terme décrit les modes d'adaptation des individus dont la vie est organisée, depuis longtemps déjà, autour de réseaux de survie individualisés et collectifs. Cette phase correspond donc à une période de dégradations qui ne touche plus seulement le domaine professionnel mais s'étend aux sphères du logement et de la sociabilité. Cependant, là encore, il semble nécessaire de distinguer plusieurs niveaux et plusieurs modalités d'expériences au sein de cette phase. Alexandre Vexliard avait, déjà en son temps, subdivisé cette phase en deux niveaux : la *phase régressive* qui correspond à la pérennité des situations de non-emploi et à la dégradation continue des privations physiques et matérielles ; et la *phase de fixation* qui marque un phénomène de désocialisation et de repli sur soi lié à la certitude des individus que leur situation est irrémédiable. Cependant, le particularisme des situations des étrangers sans papiers et les formes de vulnérabilités administratives est mal représentée.

La description des 6 groupes suivants permet de distinguer plusieurs niveaux et plusieurs modalités dans la phase « d'habitude » de la précarité, nous autorisant à voir dans la dynamique de précarisation un processus polymorphe.

- **(E4) Les « travailleurs non déclarés » étrangers :**

Les 35 sujets ici regroupés vivent tous du travail au noir. Leur situation massivement irrégulière (71% de sans papiers) ne leur permet ni d'occuper un emploi déclaré, ni de disposer d'une protection sociale. Ce groupe est principalement composé de jeunes célibataires (63% ont entre 26 et 35 ans et 85% ne sont pas en couple et n'ont pas d'enfant) qui se débrouillent tant bien que mal en mobilisant les ressources informelles – 37% vivent

⁶⁵ Ce que confirme la distance au barycentre très élevée de ce groupe.

chez des amis et 23% chez la famille. Si l'utilisation des réseaux informels est aussi développée, c'est aussi parce que leur immigration ancienne a permis de nouer des contacts solidaires : 40% sont en France depuis plus de 10 ans et 80% depuis au moins de 3 ans.

- **(E5) Les « sans emploi non régularisés » étrangers :**

Cette classe est constituée de 39 individus. Ils détiennent un titre de séjour très provisoire ou sont en attente d'une autorisation de séjour en France. Souvent issus d'une immigration récente (pour 50%, postérieure à 1998), avec un niveau de PCS assez élevé, ils se trouvent à l'heure actuelle au chômage. Souvent célibataires, un individu sur deux fait appel aux amis ou à la famille pour se loger. Lorsqu'ils déclarent des ressources (moins de 60% d'entre eux), elles consistent souvent en aides des proches. Il s'agit donc d'individus dont la précarité fait suite aux incertitudes administratives qui bloquent l'intégration professionnelle et l'adaptation sociale et induisent mal-être et sentiment d'isolement, renforcés par une immigration récente.

- **(F4) Les Français « en difficultés matérielles » :**

Ces 26 personnes ont tous des ressources économiques non nulles mais instables et insuffisantes. Elles proviennent soit de petits boulots (65%), soit d'aides des proches et/ou de la famille (35%). Il s'agit là de jeunes (40% d'entre eux ont moins de 25 ans) célibataires qui vivent avec d'autres personnes (44%). Tout comme les deux précédents groupes, ils comptent davantage sur eux-mêmes et sur les réseaux informels de solidarité tissés que sur les aides institutionnelles.

- **(F5) Les Français « sans emploi ni couverture sociale » :**

Ces 43 personnes sont très vulnérables économiquement et professionnellement parlant. Aucune ne travaille et seul un individu sur trois déclare rechercher un emploi. Souvent ils se disent sans aucune ressource (53%) et lorsqu'ils en déclarent, il s'agit majoritairement du RMI ou de pensions. Cette situation de manque perdure depuis plus d'un an pour la majeure partie des individus. De plus, ils ne disposent pas de protection sociale. Enfin, il faut remarquer que les femmes sont particulièrement présentes ici (44,20% contre 26,80% sur l'échantillon des consultants français).

- **(F6) Les français « sans emploi aidés par des proches » :**

Les 41 individus de ce groupe très homogène⁶⁶ sont confrontés à une grande précarité économique et professionnelle : sans emploi ou en recherche, ressources se résumant aux aides institutionnelles (RMI, chômage...). Leurs conditions de vie sont proches de celles des « sans emploi indépendant » français (F2), à ceci près que très peu ont leur logement propre (20%). Ils sont majoritairement hébergés chez des amis ou dans leur famille. Malgré la

⁶⁶ L'inertie intra-classe est en effet particulièrement faible.

solidarité des proches, ils éprouvent un profond sentiment d'isolement, aggravés par leur solitude sentimentale (90% vivent sans conjoint).

- **(E6) Les « précaires sans papiers insérés » (étrangers) :**

Les 32 étrangers ici rapprochés se caractérisent par le fait qu'ils ne se sentent absolument pas isolés (100%), bien qu'en situation irrégulière, et donc sans emploi, ni aides de l'Etat, ni protection sociale. Très probablement, parviennent-ils à supporter l'âpreté de ces conditions, grâce à un réseau de solidarité culturelle et familiale très présent. Une telle assertion se fonde sur deux principaux éléments : d'une part, la grande majorité des sans papiers ici décrits sont hébergés dans leur famille et parviennent davantage à maintenir une vie sentimentale – près d'un individu sur deux déclare une relation sentimentale actuellement importante –. D'autre part, les entretiens recueillis ont bien fait apparaître l'omniprésence de ces réseaux informels dans les modes de survie des sans papiers.

2.4. La sédentarisation

Elle représente l'étape finale de la précarisation : « la grande précarité ». Les déficiences sont généralisées et profondément ancrées ; les réseaux de solidarité épuisés ou rejetés. Aux côtés des français et étrangers résidents au profil de « SDF », figurent également la population mal connue des sans papiers démunis.

- **(E7) Les « précaires sans papiers isolés » (étrangers) :**

56 individus composent cette classe. Leur situation financière, matérielle et administrative est très proche de celle de la classe précédente, à ceci près qu'ils se trouvent, eux, de plus plongés dans un profond isolement social. En effet, ils font état d'un profond mal-être et présentent un grand vide affectif, tant en termes de vie commune que d'attachement sentimental. Afin de comprendre pourquoi ces individus sont touchés de plein fouet par un sentiment de *désaffiliation* alors que d'autres parviennent à maintenir une cohésion sociale (groupe précédent), nous avons comparé les profils sociodémographiques des deux classes. Si les classes d'âge sont sensiblement les mêmes⁶⁷, les dates d'immigration en France diffèrent. Les sans papiers isolés font, en général, l'expérience de l'illégalité depuis plus longtemps puisque 71,5% d'entre eux sont arrivés avant 1998 (contre seulement 57% dans le groupe des « insérés »). Il est donc probable qu'il y ait un phénomène conjoint d'usure psychologique et d'appauvrissement des ressources d'aides mobilisables.

- **(F7) Les « grands précaires » français :**

⁶⁷ A savoir : environ 20% de moins de 25 ans, 40% de 26 à 35 ans et 20% de 36 à 45 ans.

C'est la classe la plus nombreuse puisqu'elle regroupe 80 individus. Elle regroupe les français qui se trouvent dans les situations les plus précaires : sans emploi (et peu déclarent en chercher), sans ressources (si ce n'est le RMI ou l'allocation handicapé) et sans logement stable et décent. La moitié d'entre eux vivent en effet à la rue ou dans un squat, l'autre moitié vivant de manière instable dans des foyers spécialisés ou des centres d'accueil. En réalité, ces individus alternent nuits à la rue et accueils d'urgence dans les centres (idée renforcée par les entretiens). Cependant, devant l'ampleur de leurs difficultés, ils se voient presque tous attribuer une protection sociale spécifique (90%)⁶⁸ à laquelle n'accèdent pas les groupes un peu moins démunis. Ce sont très majoritairement les hommes célibataires ayant entre 30 et 50 ans qui font l'expérience de ce dénuement le plus total. Notons enfin que le fait que certains déclarent des enfants (plus d'un individu sur trois) indique qu'ils ont très vraisemblablement eu une vie de famille dans le passé.

- **(E8) Les « grands précaires résidents » (étrangers) :**

Cette classe est l'équivalent, pour les étrangers, de la précédente. Elle est composée de 44 individus dont la situation sur le sol français est régulière (ayant souvent immigré avant 1991) alors qu'ils sont plongés dans la plus grande précarité.

⁶⁸ Du type Aide Médicale, carte Paris santé, etc.

Chapitre III

Processus de précarisation et adaptations identitaires

Processus de précarisation et adaptations identitaires

Le **chapitre II** a permis d'expliciter de manière fine les nombreux profils, conditions et degrés de précarité auxquels les individus sont exposés. La mise en correspondance des groupes homogènes repérés découvre non pas une mais de multiples dynamiques de précarisation. Elles se rattachent à des contextes de dégradation des conditions de vie, à des stratégies de survie et à des ressources mobilisables et réellement mobilisées très inégalement réparties selon les groupes d'individus. Un œil extérieur a tendance à saisir l'effritement statutaire aboutissant à la figure symbolique du « SDF » comme un long processus uniforme et irréversible : partant de la perte de l'emploi et de l'épuisement des ressources, les manques économiques contamineraient, pour ainsi dire, les sphères familiales et sociales. Bientôt sans logement et totalement désocialisé, l'individu deviendrait cet être « errant »¹, vivant à demi dans la rue d'alcool, de cigarettes et de mendicité. Les récits de vie et les informations statistiques invalident fortement cette conception univoque fondée sur l'idée d'une descente continue inévitable. Aussi, dans un premier temps (**partie I**), l'objectif sera-t-il de restituer les liens, souvent plus complexes qu'ils n'y paraissent, entretenus par les différentes dimensions de précarité et de comprendre la teneur polysémique de ces liens. En s'appuyant sur les entretiens recueillis, nous pourrions alors discuter de l'aspect éminemment polymorphe des processus de précarisation, que ce soit en termes de sources de fragilisation ou encore de stratégies de mobilisation des ressources potentielles (formelles et informelles).

C'est en partie ce qui permet d'expliquer que les modes de réaction et de rationalisation de la perte ou de l'absence des repères *socialement normés* se différencient nettement selon les sujets. Tout le monde s'accorde à dire que les situations de précarité matérielle affectent profondément la personnalité des individus. L'inclination à des comportements de repli voire de retrait social, la prévalence des conduites « addictives », la propension à une moindre prise en compte des risques et à une moindre écoute des stimuli corporels ou encore les sentiments de dévalorisation, de stigmatisation et d'inéluctabilité², fréquemment observés dans ces populations, participent aussi de la pérennité et de l'intensification des conditions de précarité. Ce n'est donc que dans l'analyse de l'interaction – permanente et évolutive – entre conditions de vie et modes d'adaptation identitaires que l'on pourra réellement comprendre les déterminants psycho-sociaux des trajectoires de précarisation (**partie II**).

L'analyse des parcours de vie, réalisée sur la base des entretiens, nous invite à élargir le cadre spatio-temporel dans lequel s'intègrent et s'expliquent les phénomènes étudiés. Maints

¹ Quasiment au sens psychiatrique du terme.

² Ces comportements et modes de représentation, lorsqu'ils sont poussés à l'extrême, peuvent être qualifiés « d'abandonnisme pathologique », tant ils témoignent d'une « phase terminale » d'abandon de soi.

chercheurs ont eu tendance à concentrer leurs investigations sur les seules périodes de déficiences matérielles, comme si l'expérience de la précarité rompait tous liens avec l'existence antérieure. Cette vision trop restreinte, véhiculant quelque peu le mythe de la rupture et de l'annihilation des transmissions socio-culturelles passées, est implicitement exprimée dans des termes tels que « carrières de précarité »³. Or les 24 récits de vie que le CREDES a pu recueillir vont clairement à l'encontre d'une telle dichotomie entre « existence normale » passée et « existence précaire » actuelle. Les personnes interrogées sur les conditions et la gestion de leur précarité au quotidien, si elles font état de ruptures, replacent d'elles-mêmes leur situation dans un cadre plus global de « trajectoire existentielle », qui intègre aussi bien des dimensions propres à la précarité que des éléments *a priori* externes. Plus encore, le poids des problèmes identitaires (problèmes juvéniles, décalage socio-culturel pour les immigrés...) est prépondérant dans leur discours et témoigne d'un mode de reconstruction de leur parcours qui repose davantage sur les dimensions exacerbées de l'injustice familiale et de la santé dégradée (**partie III**). Une telle souffrance psycho-affective, moins reliée que véritablement enchevêtrée à l'âpreté des conditions de vie, est parfois si intensément et durablement ancrée que l'individu en vient à ne se définir qu'à travers elle : « en souffrant, j'ai appris à vivre ».

³ Il faut cependant ajouter que, si une telle approche est si fréquente, ce peut être aussi par contraintes méthodologiques. En effet, le suivi des individus précarisés est à l'heure actuelle une difficulté majeure liée au mode d'administration des questionnaires et à un manque de traçabilité des parcours individuels.

Partie I. : Continuum de situations et processus polymorphes

Il est trivial de dire que les différents aspects de la précarité ne sont pas indépendants les uns des autres. Par exemple, il paraît naturel qu'un individu au chômage subisse davantage de contraintes économiques et de privations matérielles qu'un individu ayant un emploi stable. Cependant, cela n'informe ni sur la force, la teneur et la transivité de ces associations – i.e. si ces liens sont directs ou indirects – ni sur la variabilité de ces trois attributs selon les populations touchées. A l'aide des entretiens, il s'agit donc d'explicitier les corrélations existantes⁴ et d'en comprendre les mécanismes sous-jacents afin de brosser un portrait des processus de précarisation et de les discuter.

A. Des liens multiformes

1. Précarité professionnelle et économique

Naturellement, difficultés économiques et professionnelles sont fortement enchevêtrées. Un tel lien se décline sous trois principales formes.

1.1. *Emploi à bas revenus*

Les emplois à bas revenus maintiennent les individus dans des situations de privations et de menace ; en particulier lorsqu'ils doivent assurer la subsistance d'une famille.

Cependant, quand ils ne sont frappés d'aucune rupture professionnelle (licenciement sans réembauche, accidents de travail...), ils parviennent souvent à gérer tant bien que mal leurs ressources – auxquelles s'ajoutent les aides de l'Etat – afin de maintenir un cadre de vie relativement stabilisé. Ce type de pauvreté s'apparente davantage à un processus statique. Cependant, les individus ne demeurent pas moins vulnérables à toute surcharge financière intempestive ou interruption momentanée (ou prématurée) de leur emploi. Cette forme d'interaction entre exercice d'emplois déqualifiés et manques économiques s'avère assez rare dans nos entretiens. Ce n'est pas tant que les individus n'y aient pas été confrontés qu'ils ont dépassé ce stade pour des positions plus dégradées encore.

⁴ On pourra consulter les niveaux et significativités des corrélations (deux à deux) des six dimensions fondamentales de la précarité en **annexe 11**.

1.2. Chômage et inactivité

Dans l'enquête menée par le CREDES, la source la plus classique de déficiences économiques reste *le chômage et l'inactivité*.

Si l'ensemble de ces individus éprouve des difficultés économiques que ne comblent qu'imparfaitement les aides institutionnelles, les sources et conditions d'*inemploi* sont variables, et en conséquence les types et montants des indemnités également. Pour illustrer les profondes différences qui existent derrière cette *inactivité compensée*, nous pouvons mettre en parallèle le sort de trois des personnes interviewées :

- **René**, à 45 ans, bénéficie de l'Allocation Adulte Handicapé (A.A.H.) pour de graves et durables troubles psychologiques et physiques. Si il est assuré de son indemnité, il est aussi condamné à cette portion congrue sans la moindre optique de réinsertion professionnelle.
- Pour sa part, **Laurent** (40 ans) touche le RMI depuis déjà plusieurs années. S'il conserve un potentiel physique et des assises institutionnelles pour retrouver un emploi, ses chances réelles se sont amenuisées au fil du temps, des dégradations psychologiques et des formes d'incompatibilités comportementales (alcoolisme). Son statut s'est peu à peu métamorphosé d'*inemployé* à *inemployable*.
- A l'opposé, si **Pierre** perçoit le chômage depuis quelques mois, c'est pour mieux asseoir ses projets professionnels. A l'âge de 34 ans, il est parvenu à mettre de côté quelques ressources et profite de sa période de chômage pour finaliser les préparatifs et démarches administratives nécessaires à la fondation, en Afrique, de sa propre entreprise agricole.

Ces trois exemples témoignent bien de quotidiens, de perspectives d'avenir et d'ancrage dans les déficiences économiques très distinctes.

Par ailleurs, dans plusieurs entretiens, des personnes « ayant droit » font état de difficultés à percevoir les aides institutionnelles. Le manque d'informations, la complexité et les pré-requis nécessaires aux procédures d'allocation (alphabétisation et compréhension de la langue française) ou encore l'inadaptation des conditions de versement sont fréquemment déplorés. En particulier, les retards dans les dates de versement et les délais de réévaluation des montants (lors de changements de situation) fréquemment observés donnent lieu à des situations stressantes, lorsque les ressources escomptées ne parviennent pas ou, pire, lorsque les administrations exigent la restitution d'un « trop plein » versé. L'inégale connaissance des « méandres administratifs » est frappante aux vues des entretiens. Si certains font preuve d'une grande maîtrise de ces rouages – par exemple **Henri** sait « *provoquer des séjours*

périodiques à l'hôpital pour faire avancer son dossier RMI »⁵ – d'autres renoncent par découragement ou encore ignorent leur droit à bénéficier d'une prestation sociale. Le plus souvent, il s'agit de jeunes⁶ et d'étrangers récemment immigrés qui ont peu été en contact avec ces institutions par le passé.

Enfin, il faut souligner l'existence de phénomènes (encore peu connus et peu étudiés) de non-recours aux aides institutionnelles, phénomènes qui ne se restreignent pas aux seuls sans papiers. Tant dans les entretiens que dans la base statistique, les individus qui ne déclarent aucune ressource (et donc aucune aide alors même que leur situation surpasse largement les critères exigés) sont nombreux.

1.3. Une voie médiane très développée

Une troisième voie, médiane, entre précarité professionnelle et manques économiques prend forme dans les glissements vers des emplois précaires. Dans les récits de vie, plus du tiers des individus déclare actuellement vivre d'emplois au noir, de travaux intérimaires ou de « petits boulots ». Rares sont ceux qui précisent la nature de la tâche professionnelle⁷, tant ces emplois sont intermittents et continuellement changeants. Là encore, ces emplois s'inscrivent dans des contextes et des perspectives d'avenir très différents selon les individus.

La grande majorité est contrainte à rester confinée dans l'économie souterraine et est prête à accepter n'importe quel type d'emploi. Typiquement, c'est le cas des « sans papiers » qui n'ont d'autres choix par contraintes administratives : **Jo** « *fait des tapisseries* » lorsque les gens en ont besoin et **Nordine** « *fait n'importe quoi pour avoir quelques ressources* ». Tous deux relient directement ces activités à « *l'impossibilité de faire autrement* ». Un tel phénomène touche également des personnes en situation régulière mais qui se retrouvent acculées par des situations « d'urgence » : ainsi **Vincent** (à 23 ans) échange des « coups de main » dans un hôtel contre un toit pour la nuit. Quelques rares personnes présentent ces emplois instables et déqualifiés comme réellement temporaires : il s'agit avant tout de revenus d'appoint qui permettent, par exemple, à **Laeticia** et **Jamad** de compléter leur bourse et de poursuivre leurs études universitaires.

Des situations proches « sur le papier » peuvent donc renvoyer à des degrés de pérennité et d'irréversibilité des manques économiques très variables.

⁵ Ce qui, après de plus amples vérifications, a bien l'effet escompté...

⁶ C'est ainsi que **Laeticia** (19 ans), par ignorance, s'est orientée vers un DUT en pensant à tort qu'elle perdrait sa bourse d'étude si elle continuait son DEUG.

Remarques :

- Dans les faits, les deux dernières formes de précarisation professionnelle sont fortement enchevêtrées. Nombreux sont les individus qui alternent périodes de chômage avec inactivité réelle et période de chômage avec exercice d'un emploi non déclaré. Par ce procédé illégal (mais souvent temporairement toléré par les institutions d'aides à l'emploi), ils peuvent cumuler les ressources afin de préserver des conditions de vie et un pouvoir d'achat minimaux.
- D'autre part, on serait tenté de considérer comme univoque le lien entre précarité professionnelle et précarité économique. Ce serait là croire que les déficiences économiques n'ont aucune influence sur les chances de réinsertion professionnelle.

Fabienne est un exemple frappant des pressions économiques exercées sur ses projets et perspectives professionnelles. A 41 ans, elle vit seule avec ses enfants et, malgré une maîtrise de psychologie, elle est prête à accepter n'importe quel type d'emploi – quelles que soient la rémunération et les conditions de travail – si il lui permet de ne « pas priver » ses enfants, de « ne pas leur couper l'herbe sous les pieds ». La formation qu'elle attend cristallise ses derniers espoirs : « *c'est ma seule chance, c'est vraiment MA chance* ».

Devant ces pressions et ces sentiments d'insécurité, on comprendra le rôle primordial que peuvent jouer les aides financières et matérielles de la famille ou des proches. Or les fortes inégalités en matière financière de l'entraide familiale participent d'un manque de « marge de manœuvre » qui favorise « non-choix » et déclassement professionnel. Serge Paugam et Jean-Paul Zoyem⁸ ont montré, d'une part, que c'est parmi les milieux les plus aisés que les compensations financières sont les plus effectives et les plus élevées⁹ pour contrecarrer une régression statutaire (*logiques de compensation*) alors que, dans les familles ouvrières, les aides, plus modestes, tendraient à se concentrer davantage sur l'enfant qui cristallise les espoirs d'ascension sociale (*logiques d'émancipation sociale*). Les entretiens confirment incontestablement la faiblesse des aides financières reçues par les personnes d'origine modeste (caractéristique quasiment unanime des 24 récits de vie).

On retrouve dans quelques entretiens des traces de ces « logiques d'émancipation ». Elles sont esquissées par 5 individus de manière souvent implicite et à des degrés très divers. **Jamad** (23 ans) l'exprime en insistant sur le fait que ses problèmes de santé (psoriasis et malformation

⁷ Ce n'est le cas que pour trois individus : **Jamad** qui travaille au noir dans un restaurant africain ; **Laeticia** employée temporaire dans une grande entreprise de restauration rapide ; et Vincent qui donne des « coups de main » dans une chaîne d'hôtellerie.

⁸ S. Paugam, J-P. Zoyem, *Le soutien financier de la famille : une forme essentielle de la solidarité*, 1997, Economie et Statistique n°308-309-310, pp. 187-210.

⁹ Aides permettant souvent de ne pas même avoir recours aux aides institutionnelles telles que le chômage ou le RMI afin de se préserver de tout discrédit et dévalorisation individuels et familiaux.

osseuse) pourtant très douloureux ne font pas l'objet des mêmes attentions et des mêmes investissements financiers que pour les maux bénins de ses frères. Pour leur part, Eric (23 ans), Loïc (26 ans) et Henri (53 ans) sont assaillis par des sentiments de rancœur et d'injustice. **Eric** a dû se débrouiller seul, sans logement ni ressources, alors que son frère est demeuré dans le « cocon familial ». Lorsque la mère de **Loïc** est parvenue à se sortir du monde de la prostitution et de la toxicomanie, elle n'a souhaité reprendre que la garde de la sœur de Loïc. Alors que son frère de sang a été élevé par son père, **Henri**, lui, n'a pas été reconnu et a dû vivre chez une « mère nourricière ». Enfin, le cas le plus extrême reste celui de **Solange** : alors qu'elle était extrêmement sollicitée pour les tâches ménagères, elle se sentait profondément exclue et mise à l'écart de la répartition des ressources alimentaires et matérielles de la famille.

Cependant, derrière les déclarations de ces injustices matérielles, se trouvent avant tout des problèmes affectifs et identitaires à fleur de peau. En réalité, c'est très majoritairement à des ruptures familiales que se réfère l'absence d'aides économiques (décès prématurés des parents, ignorance de sa filiation, conflits avec les parents...). A l'instar d'un jeu de hasard, c'est celui qui possède le plus qui gagne parce qu'il peut se permettre de perdre plus longtemps et attendre son moment.

2. Précarité du logement et déficiences économique-professionnelles

Les liens qui existent entre la situation au regard du logement et les précarités professionnelle et économique sont indéniables. Statistiquement parlant, les situations défavorables au regard du logement sont davantage corrélées (en termes de significativité et d'ordre de grandeur) à un manque important de ressources financières qu'à des situations de chômage (*voir annexe II*). C'est la transitivité de l'association de ces trois dimensions qu'exprime cette atténuation : de manière simplificatrice, rupture et glissement professionnels provoquent des manques économiques qui, lorsqu'ils sont pérennes aboutissent à l'épuisement des ressources propres et menacent les individus de perdre leur logement. Un tel schème postule donc que c'est avant tout la durée des privations économiques qui finit par « jeter » les individus dans la rue. C'est là une mécanique sociale qui vient naturellement à l'esprit et ne saurait être totalement remise en cause. Cependant, elle ne permet nullement de comprendre pourquoi certains individus « en chômage de très longue durée » parviennent à se maintenir dans des conditions décentes de logement alors que d'autres se retrouvent à la rue ou errent de foyer en foyer.

L'analyse des profils sociodémographiques réalisée dans le chapitre II de ce mémoire a d'ores et déjà permis d'avancer de nombreuses pistes de compréhension qui sont avalisées par les entretiens.

2.1. Des difficultés économiques et des femmes

En dépit de difficultés économiques durables, les femmes parviennent généralement à se prémunir de l'expérience de la rue, grâce à une mobilisation plus forte – car plus concentrée – des aides informelles (amis, parents) et institutionnelles (logements financés par le CCAS, la Croix Rouge...) ou encore par une réattribution avantageuse des biens après les ruptures conjugales (ainsi **Zita** et **Fabienne** ont pu conserver la propriété conjugale).

2.2. Le cas des « sans papiers »

Les « sans papiers » héritent souvent, à leur arrivée sur le sol français, d'une grande vague de solidarités culturelles qui leur permettent d'avoir un toit grâce à un cercle « famille-amis » bien implanté et efficient. Pour autant, leurs conditions de logement n'ont rien d'enviable puisqu'ils cohabitent souvent avec plusieurs générations de personnes, dans un espace restreint, parfois insalubre et peu propice à l'intimité.

De tels réseaux d'entraide existent également pour une part importante des français interviewés. Ainsi, **Eric** (21 ans), semble aujourd'hui dans une position plus favorable pour sortir de ses « *plusieurs années de galères* » suite à sa mise à la porte du logement familial. L'aide matérielle et le soutien moral qu'il a pu trouver chez ses amis l'ont sauvé d'un destin funeste : « *ils auraient pas été là, j'aurais pété les plombs, c'est eux qui m'ont remis sur le droit chemin, sinon j'aurais pété les plombs, j'aurais pas pu tout seul je crois, c'est leur soutien qui m'ont aidé quoi.* ». C'est grâce à ces liens forts et à un réseau social étendu qu'il a pu retrouver un logement (malgré l'absence de garanties de paiement) et s'est vu proposer un emploi.

Cependant, tout porte à croire que ces solidarités sont le seul fait de réseaux amicaux et relèvent davantage de logiques de « dépannage » plus temporaires et plus instables que chez les « sans papiers ». Les ruptures de telles ressources protectrices semblent en effet plus fréquentes, et ce, pour deux raisons : soit que des conflits et mésententes avec l'hôte entraînent sa mise à la porte¹⁰ (*épuisement des aides informelles* souvent accompagné d'un sentiment d'abandon et de rejet) ; soit qu'un sentiment exacerbé de dépendance et d'humiliation les pousse à écourter voire à refuser l'aide proposée, les mécanismes de don et de contre-don ne pouvant plus être assurés (*mobilisation auto-restreinte de l'aide potentielle*). Ceci est d'autant plus vrai que, comme le précise James T. Godbout¹¹, les dons des amis sont vécus comme plus contraignants et plus dévalorisants (car jugés moins naturels) que les dons

¹⁰ Serge Paugam a montré, à partir de l'enquête INSEE 93 portant sur les conditions de vie des ménages français, que la possibilité d'être aidé par des proches en cas de difficultés est d'autant plus faible que le degré de précarité de l'emploi est élevé. Autrement dit, il perçoit une forme de relâchement des solidarités lorsque le chômage perdure.

¹¹ J.T. Godbout dans, *Le don, la dette et l'identité*, 2000, Editions La Découverte / M.A.U.S.S., pp.84-97.

familiaux. Sous cet angle, si les réactions de refus de l'aide potentielle sont moins fréquentes parmi les « sans papiers », c'est aussi parce que la notion de famille est davantage élargie aux parentés de deuxième voire de troisième degré (cousins, oncles, tantes...) dans les cultures africaines et maghrébines.

2.3. Prises en charges institutionnelles

D'autres individus (généralement parmi les plus défavorisés) s'inscrivent dans des logiques de prise en charge institutionnelle choisies ou contraintes : ils vivent dans un logement relativement stable mis à disposition par les services sociaux.

C'est le cas de **Jacky** (23 ans) qui, s'il passe sa journée avec son chien à faire la manche, peut entreposer ses quelques affaires personnelles et dormir dans un lit grâce au logement que lui prête « gracieusement » la Croix-Rouge depuis 6 mois. De même, **Laurent** (40 ans) adopte une vision plus positive de son contrat d'insertion depuis que le CCAS lui a mis à disposition un petit logement. Cependant, de telles modalités de logement peuvent véhiculer une idée de dépendance, de surveillance et de manque de liberté qui participent d'un sentiment de dévalorisation de soi et de stigmatisation symptomatique chez **Henri** (53 ans) et **Solange** (45 ans) qui vivent, respectivement, dans un logement EMMAÛS et dans une chambre SONACOTRA placée sous curatelle.

De plus, de tels placements sont limités, très réglementés et souvent temporaires. Ainsi nombreux sont ceux qui ne peuvent accéder à de telles alternatives ou encore les refusent par fierté ou défiance à l'égard des institutions, préférant se débrouiller par leurs propres moyens. Ces réactions sont récurrentes parmi les individus qui ont un « lourd et long passé avec les institutions » ; en particulier parmi ceux qui ont connu des conditions strictes voire musclées à la DASS ou lors de séjours prolongés en hôpital psychiatrique.

Enfin, deux nouveaux éléments ont émergé des entretiens alors qu'ils étaient restés muets des analyses statistiques (par défaut de dynamisme des données).

2.4. Variabilité des conditions de logement

L'instabilité du logement ne saurait se réduire à de simples considérations sur le mode d'hébergement et les normes de salubrité. L'élément le plus frappant lorsque l'on observe les trajectoires résidentielles, c'est leur diversité et leur aspect éminemment sinusoïdal. Les statistiques sur le logement des personnes en situation de précarité ne saisissent le plus souvent qu'un moment dans un processus et tendent à pérenniser des modes d'hébergement qui sont en réalité très fluctuants. L'assimilation stricte d'un « SDF » à une personne vivant *ad vitam eternam* près d'une bouche d'aération de métro ou encore sur un banc est l'exemple type de cette cristallisation abusive de moments plus ou moins éphémères en états permanents. Si l'image et les représentations véhiculées sont erronées, le terme de « sans domicile fixe » décrit pourtant fort bien une toute autre réalité : l'extrême variabilité des conditions de logement dans le temps et l'ignorance de ce qu'elles seront une semaine plus tard.

Le parcours de **Flo** (30 ans) en est un judicieux exemple : lorsque nous l'avons rencontré, il déclarait dormir dans la rue. En réalité, a-t-il expliqué au fil du récit, il alterne entre logement d'urgence dans des associations, nuits passées dans divers squats, logement chez des amis et vie à la rue selon les opportunités et la dureté des conditions (froid, fatigue...). Le récit de **Patrick** (21 ans) est également très éloquent lorsqu'il retrace l'instabilité de son parcours résidentiel : durant ces trois dernières années, il a vécu successivement dans un logement qu'il louait, en foyer, à nouveau dans une chambre, puis entre rue et squat avant d'être hébergé chez un ami. Aujourd'hui, après une nouvelle période en foyer, il est retourné depuis deux semaines chez ses parents adoptifs.

2.5. Instabilité du logement et précarité matérielle

Le lien entre précarité matérielle et dégradation des conditions d'hébergement est réciproque. Absence ou instabilité du logement accentue la précarité matérielle selon deux principaux procédés :

- Premièrement, il rend plus délicat la perception de certaines aides et plus difficile l'initiation de démarches de réinsertion professionnelle. Une relative sécurité d'hébergement permet de pouvoir s'abstraire, ne serait-ce qu'un temps, de l'oppression du présent – et de pouvoir envisager des modes de réinsertion. Ainsi **Laeticia** (19 ans) nous confie que, après la rupture avec sa mère et la perte soudaine d'un toit et de ressources, elle aurait très probablement été contrainte d'interrompre

ses études, si elle n'avait pas été hébergée par un ami pendant toute une année scolaire. De même, **Loïc** (26 ans) était jusqu'à présent « *sans abri et dans la zone* » et vivait de la manche. Depuis une semaine, il habite avec un « *copain de rue* » dans un petit appartement et pose explicitement le logement comme condition nécessaire à la recherche d'un emploi : « *Maintenant que j'ai un pied à terre... je me suis inscrit dans une boîte d'intérim* ».

- Deuxièmement, l'existence de la rue « se voit », « se sent » et « se lit »¹². Les efforts considérables qu'il faut fournir pour rester « présentable », les difficultés à tenir des règles d'hygiène minimales ou encore l'usure physique et psychologique conséquentes aux conditions de survie renforcent les inégalités à l'embauche. Les individus ont une telle conscience de ces handicaps que beaucoup ont même renoncé à se présenter dans des bureaux de recrutement. Il faut toutefois ajouter que de telles affirmations, aussi justifiées qu'elles soient, peuvent aussi être des arguments de légitimation à un renoncement à l'effort de réinsertion – efforts d'autant plus durs à fournir que les difficultés sont pérennes – et une manière de marquer l'existence actuelle sous le sceau de la « victimisation ».

3. Précarité matérielle et précarité affective

Comme je l'ai déjà souligné, la mobilisation de réseaux informels d'aides influe fortement sur les conditions matérielles. Mais qu'en est-il des interactions entre chômage, relations sentimentales et vie conjugale ?

A priori, une telle relation est naturelle tant les conséquences de la perte de l'emploi dépassent les seules sphères économiques. Pourtant elle est, en sciences sociales, source de vives controverses. Le débat classique qui tourne autour des approches de Serge Paugam¹³ et de Nicolas Herpin¹⁴ renvoie aux problèmes liés à la causalité et donc à la détermination de la variable qui explique la prépondérance des célibataires et divorcés parmi les chômeurs. Le premier lie le statut professionnel à la fois à la formation du couple et à sa rupture alors que le second conclut à un faible impact du chômage sur les ruptures conjugales. La lecture des entretiens ne permet de privilégier ni l'une ni l'autre de ces thèses. Cependant, elle invalide fortement le mythe de la « rupture soudaine » responsable de dérives « addictives » et invite à dépasser la question du sens causal pour une approche interactive et dynamique.

¹² J-F. Laé dans *L'homme à la rue, étapes et figures de l'abandon*, 1993, GRASS, décrit le « sans-abri » rencontré dans les métros comme « un être de refus qui se délimite une aire où il est impératif de se « tenir à distance », par la voix, l'odeur, la plainte et l'obscénité ».

¹³ Serge Paugam, *Famille et vie conjugale*, dans *Précarité et risque d'exclusion en France*, 1993, Documents du CERC n°109.

¹⁴ Nicolas Herpin, *La famille à l'épreuve du chômage*, 1990, Economie et statistique n°235.

Les réactions et modes de reconstruction des ruptures conjugales dépendent profondément des ressources initiales des séparés (éducation, réseau de sociabilité...).

3.1. Séparation conjugale : des conséquences multiples

La séparation conjugale est une expérience commune à beaucoup de récits. Cependant, les liens entre rupture familiale, dégradation des conditions de vie et conduites ordaliques restent flous. Lorsqu'ils sont esquissés, ils n'indiquent aucune chronicité et restent inextricablement enchevêtrés. L'interrelation demeure très ambiguë puisque la famille perdue se cristallise simultanément comme nœud de souffrances et comme dernier rempart à la protection de soi. Ce peut être à la fois la cause invoquée à un abandon physique et social et l'ultime raison pour se préserver. C'est ainsi que les comportements d'autodestruction (alcool, toxicomanie, tentatives de suicide...), et les logiques de protection de soi (diminution des prises de risques, démarches individuelles de désintoxication ou de prise en charge psychologique) et de revalorisation de son image (plus grande écoute de son corps...), prennent tous deux leur source et leur sens dans le même cadre de rupture familiale (**Loïc, René, Flo...**).

3.2. Rôle stabilisateur de la responsabilité familiale

L'enquête qualitative suggère également le rôle stabilisateur que peut jouer la responsabilité familiale. Ainsi les positions de mère de famille (**Fabienne, Zita**) ou de chef de famille (**Roger**), si elles exercent de fortes pressions psychologiques, semblent protéger les individus d'un laisser-aller et d'une dégradation plus conséquente des conditions matérielles. Si les obstacles pour assumer leur rôle les fragilisent, la reconnaissance sociale apportée par ces statuts et les responsabilités qui en découlent semblent les préserver de durables abattements et renoncements pouvant mener à d'irréversibles dérives. Il faut aussi ajouter que c'est aussi parce que de tels cas de figures donnent lieu à une plus grande mobilisation des aides informelles assurant mieux le maintien de conditions décentes (en particulier pour les familles monoparentales).

3.3. Des « déserts sentimentaux »...

Plusieurs entretiens font état d'un dénuement affectif implicitement présenté comme éternellement ancré : aucune référence n'est faite à une histoire sentimentale présente, passée ou future. Il semble ici qu'un tel « désert sentimental » soit à relier à la perpétuelle instabilité de ces individus et à une conscience très dégradée de leur position sociale.

C'est le cas de **Henri** (59 ans) dont l'existence mouvementée entre passages prolongés en prison, désintoxications alcooliques et errances géographiques semble avoir eu raison de toute velléité sentimentale. Dans un autre registre, **Roland** (56 ans) est toujours resté seul car il a jugé sa carrière de légionnaire « incompatible avec une vie de famille ». Pour sa part, **René** (45 ans) met en avant une forme « d'homogamie sous-prolétaire » : divorcé, il vit aujourd'hui avec une compagne qu'il présente comme « *malade comme moi* » et « *faisant les poubelles comme moi* ». La reprise désillusionnée d'une vie commune est avancée sur le mode de la ressemblance de trajectoires malheureuses et du partage de la misère.

3.4. ...au repli social

Comme l'indique Dominique Schnapper¹⁵, « *les chômeurs, qui ont le sentiment d'être atteints dans ce qui constitue leur dignité personnelle, restreignent d'eux même leurs échanges amicaux.* ». C'est en effet parmi les individus les plus sédentarisés dans les difficultés que nous observons des formes prononcées « de repli social » et de « renoncement relationnel ». Si la solitude est présentée comme une pénitence qu'ils s'imposent, elle est avant tout l'expression d'un profond désespoir, d'un fatalisme inéluctable que renforce souvent une forme de réflexe de dignité et de sacrifice qui les pousse à s'isoler encore davantage. C'est donc tout un processus de dégradation identitaire qui sous-tend cette auto-exclusion. La personne ne demande plus rien (« censure des besoins et des désirs »). Elle n'attend plus rien (« avenir myope ») et se sent le devoir de se tenir à l'écart pour éviter de « contaminer » ses proches.

Maintes phrases en sont le cru reflet : « *j'emmerderai plus personne* » (**Serge**, 43 ans) ; « *Je suis bien toute seule. Je m'emmerde avec les gens* » (**Solange**, 45 ans) ; « *J'ai pas d'amis, ça fait que ça m'embête, dans le sens que... comme depuis toujours, j'ai connu la rue, je suis de la DASS* » (**Jacky**, 23 ans) ; « *Les gens s'en foutent. Tu peux crever dans la rue, ils s'en foutent, alors moi je m'en fous. Je vais me dire que je vais vivre pour moi, ma fille et les*

¹⁵ D. Schnapper, *La relation à l'autre. Au coeur de la pensée sociologique*, 1998, Editions Gallimard NRF / Essais.

autres je les emmerde. C'est clair et net » (**Flo**, 30 ans) ; « *avant je draguais une femme comme tout autre homme... maintenant, je... j'ai baissé les bras* » (**Laurent** 40 ans)...

Ces attitudes marquent davantage les hommes dans la force de l'âge (30 à 50 ans) car leurs conditions les affectent plus durement au regard de la norme sociale qui veut que l'homme à cet âge ait un emploi, soit un père de famille et apporte les revenus de subsistance au ménage.

4. Les barrières administratives

Par rapport aux mécanismes mis en évidence par les analyses statistiques, les entretiens apportent peu d'éléments supplémentaires sur les barrières imposées par l'irrégularité des situations administratives :

- La très forte corrélation entre précarité administrative et absence de protection sociale¹⁶ correspond à l'absence de droits des étrangers en situation irrégulière.
- La corrélation négative (très significative) entre précarité économique et absence de protection sociale indique que les plus précaires économiquement sont mieux couverts que les autres. Cette dernière observation témoigne de l'existence d'une protection sociale spécifiquement allouée aux démunis.

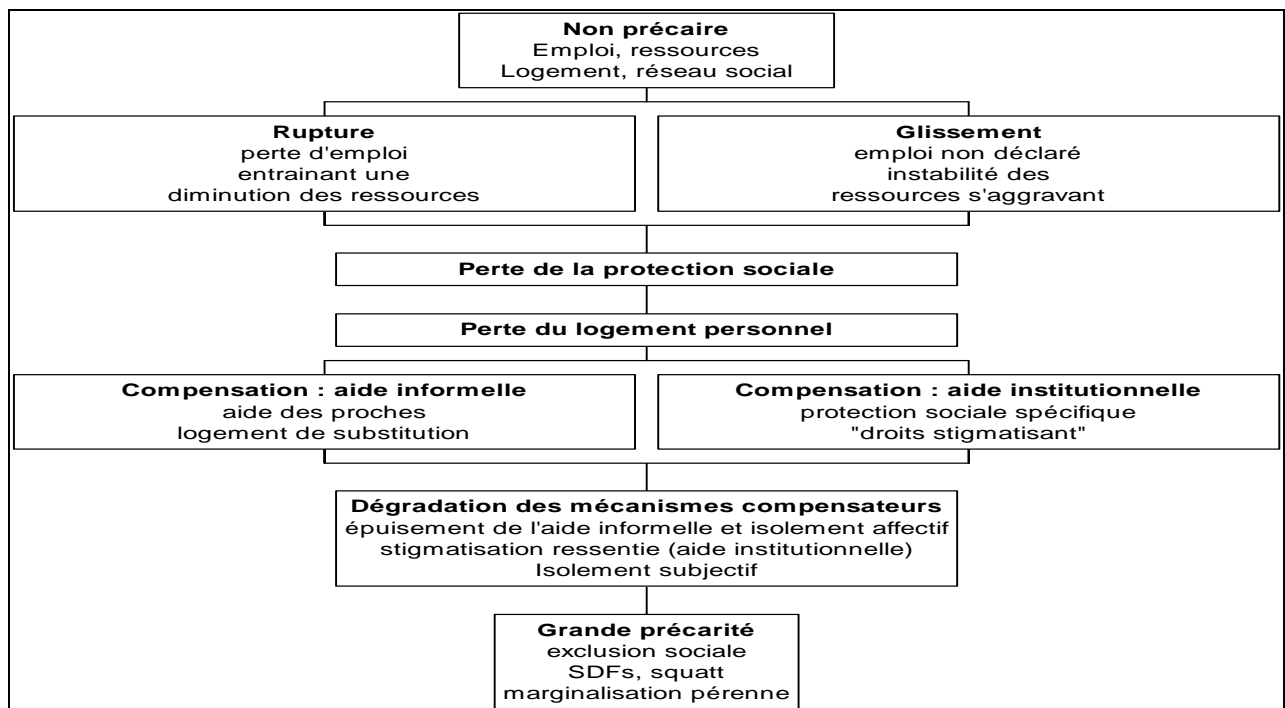
¹⁶ **Annexe 11.**

B. Des processus différenciés

Une connaissance fine des expériences objectives de précarité (grâce à la base *Précalog*) alliée à la visibilité de la genèse des mécanismes de dégradation des conditions de vie et de l'intégrité identitaire (*via* les récits de vie) permet de proposer un schéma général des « processus de précarisation » (graphique ci-dessous).

Il est librement inspiré du travail de J. Damon et J.M. Firdion.

Graphique n°17 : Dynamiques de précarisation.



1. Un cadre de précarisation mais des processus différenciés

Ce schéma permet de bien cerner le cadre de dégradation des ressources et de décrire une hiérarchie des déficiences qui concordent avec des modes d'adaptation différenciés. Cependant, il ne saurait être question d'un processus unique. Comme nous l'avons vu, il est *individualisé*, *contextualisé* et *socialisé* de manière très hétérogène :

- *individualisé* car les modes de réaction et de protection de soi s'inscrivent avant tout dans l'histoire **globale** de l'individu ;
- *contextualisé* dans le sens où le processus de déqualification professionnelle et sociale qui mène un père de famille ouvrier à la rue est foncièrement différent de celui d'un

jeune sans papiers qui, dès son arrivée en France, se trouve au niveau des étapes de « compensation informelle » ;

- *différentiellement socialisé* car les ressources mobilisables et la capacité à « faire face » aux difficultés (*coping*¹⁷) varient fortement selon les sources de vulnérabilité, le type et la compacité des réseaux de solidarité.

2. Parcours par étapes, descente continue ou instabilité transversale ?

En préalable, il faut surpasser la vision erronée d'une trajectoire continûment descendante de la précarisation (et réciproquement continûment ascendante de la réinsertion). En réalité, elle évolue cycliquement selon un éventail de trajectoires résidentielles et socioprofessionnelles. Les situations relèvent davantage de moments dans un processus, de situations transitoires que d'un état rigide. Les récits de vie montrent ainsi que fréquemment les individus vaquent d'un niveau de précarité à un autre (généralement adjacent) sur le court terme.

Pour autant, la différenciation en plusieurs degrés de précarité reste parfaitement valide. Elle ne réside pas tant sur les conditions objectives d'existence que sur des processus d'épuisement des ressources et l'adoption de comportements et modes de vie stigmatisés. Ainsi, bien que les bouleversements matériels observés relèvent le plus souvent de logiques de rupture et vont dans le sens d'un processus fondée sur des étapes successives bien distinctes, il semble plus juste d'adopter une approche intégrant les interactions entre éléments exogènes (conditions de vie) et éléments endogènes (modes d'adaptation identitaire aux situations et à l'espace public) de la précarisation.

3. Réversibilité des processus

Les processus en cause ne sont naturellement pas irréversibles, et il n'est pas rare qu'un sujet « remonte » vers une situation moins précaire ou même qu'il en sorte¹⁸. Si l'opinion publique a tendance à croire que, entrer dans la précarité est synonyme de ne jamais plus en sortir, c'est par manque de connaissance des modes de sortie et des processus de requalification et de réinsertion. Or, si on considère des chiffres tels que ceux du chômage ou encore des sorties de RMI, on peut supposer que de tels reclassements sont loin d'être marginaux. En ce sens les termes de « carrière de précarité » et de « trajectoire de précarité » semblent inappropriés car ils s'appuient sur le « mythe de la rupture » (fortement démentie par les entretiens) qui postule une indépendance certaine entre « la vie d'avant » (non précaire) et « la vie d'après » (précaire).

¹⁷ Le concept de « coping » a été développé par A. Antonovsky et formalisé dans *Health, stress and coping*, 1979, Editions Jossey-Bass.

¹⁸ Naturellement, plus un individu est « avancé » dans le processus et plus ses chances (objectives et projetées) de réinsertion s'amenuisent.

Partie II. : Des processus mettant en jeu l'identité des individus

Il est assez commun de dire que l'identité des individus et la manière dont ils se perçoivent, se projettent et se positionnent dans l'espace social, sont fortement remises en cause lorsqu'ils sont confrontés à la précarité. Alexandre Vexliard, dans l'ouvrage *Le clochard (1957)*, trace un schéma global d'adaptation de l'identité et de la personnalité à la « clochardisation », adaptation intériorisée selon des règles sous-jacentes de survie sociale, psychologique voire physique. A partir de nombreux entretiens et observations, il montre comment l'identité de l'individu se nourrit des expériences et tend à s'ajuster à la réalité de ses nouvelles conditions. Si une telle modélisation est pertinente pour décrire le parcours psychosocial d'un individu « peu à peu devenu clochard », elle s'avère trop exogène pour prétendre répondre aux interrogations suivantes : « pourquoi celui-ci a plongé alors que celui-ci s'en est sorti ? », « pourquoi celui-ci lutte alors que celui-là s'abandonne dans les comportements addictifs ? ». En effet, une telle modélisation n'envisage la personnalité que dans son acquisition tardive (*i.e.* comme uniquement dépendante de la période de précarité). Or, on ne saurait répondre à de telles questions sans prendre en compte la construction dynamique de l'identité de l'individu (*i.e.* l'ensemble de sa biographie). Après avoir découvert les profondes différences statistiques qui existent selon le niveau de précarisation, l'analyse des entretiens nous permettra de mieux comprendre comment elles s'incarnent dans l'existence des personnes interrogées.

A. Interactions entre problèmes identitaires et précarisation

Partant de la caractérisation en quatre phases synthétiques de précarité opérée dans la partie 2 (voir tableau 11 page 89), il s'est agi de comparer trois importantes composantes du profil identitaire des consultants des centres de soins gratuits :

- Les problèmes déclarés pendant l'enfance ;
- l'état psychopathologique des individus évalué par le diagnostic du médecin ;
- l'attitude vis à vis des comportements à risque.

Sachant le rôle primordial joué par le profil sociodémographique des sujets sur les phénomènes étudiés, il a fallu standardiser les données par l'âge, le sexe et la nationalité. L'application de la méthode de standardisation indirecte¹⁹ consiste à raisonner « toutes choses égales par ailleurs ». Dans notre cas, elle permet donc de neutraliser l'influence de l'âge, du sexe et de la nationalité sur les phénomènes étudiés (communément appelés *facteurs de confusion*) et ainsi d'isoler et d'évaluer les particularités relevant spécifiquement du degré de précarité.

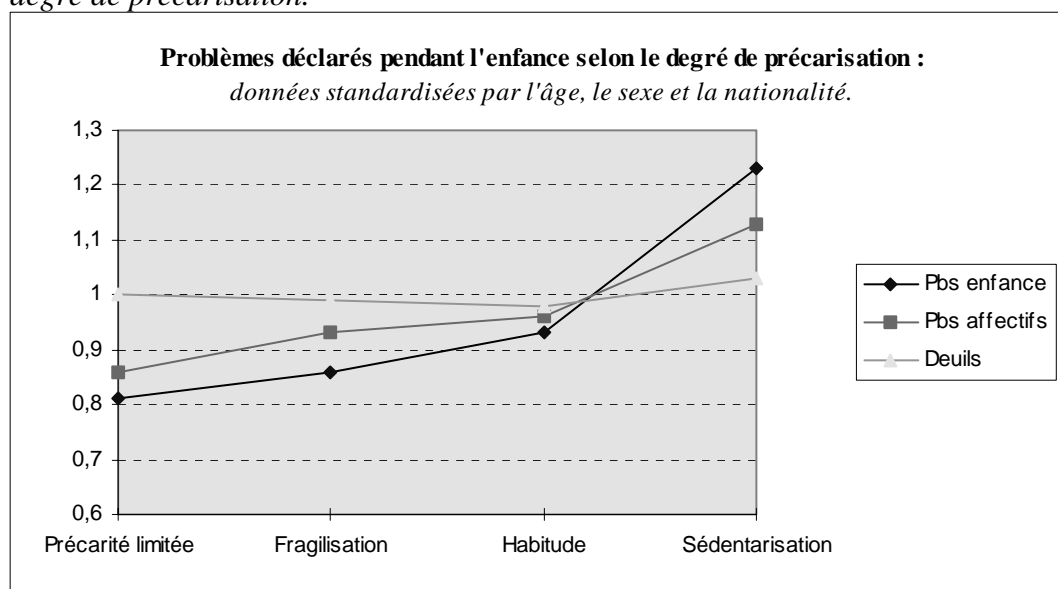
1. Le poids de l'enfance: facteur d'instabilité ou expression de la détresse?

Le graphique n°18 (page suivante) révèle les profondes différences qui affectent les déclarations de problèmes juvéniles selon la phase de précarité dans laquelle se trouvent les individus. Il s'agit là d'indices standardisés et non de valeurs réelles. Les chiffres présentés s'interprètent donc comme suit :

- Pour un sous-groupe donné, si l'indice vaut 1, cela signifie que ses membres déclarent, en moyenne, un nombre équivalent de problèmes dans l'enfance à celui recensé sur l'ensemble de notre échantillon (« à structure par âge, sexe et nationalité rendue équivalente »).
- En revanche, si l'indice vaut 1,5 cela signifie que la sous-population déclare en moyenne 50% de problèmes supplémentaires que dans l'échantillon (après avoir gommé l'influence propre aux effets d'âge, de sexe et de nationalité). Dans le sens contraire, un groupe dont l'indice vaut 0,5 déclare 50% de problèmes en moins.

¹⁹ Ce n'est pas mon propos d'explicitier une telle méthode. Je me contenterai ici de différencier les méthodes *directes* et les méthodes *indirectes* de standardisation : les premières consistent à comparer un phénomène en gommant les différences sociodémographiques en s'appuyant sur une population de référence (i.e. en appliquant la structure sociodémographique française, européenne ou mondiale) ; alors que les secondes prennent comme structure de référence la population étudiée (i.e. ici la structure sociodémographique de notre échantillon). C'est cette seconde méthode qui est la plus adaptée à notre cas, puisqu'il s'agit de comparer des phénomènes *au sein* de la population des consultants des centres de soins gratuits. Pour plus de renseignements sur ces méthodes, le lecteur pourra consulter J. Bouyer, D. Hémon, S. Cordier, *Epidémiologie : principes et méthodes quantitatives*, 1993, Editions Inserm.

Graphique n°18 : Indices comparés des déclarations de problèmes dans l'enfance selon le degré de précarisation.



Source : Enquête Précalog du CREDES

Le nombre de problèmes déclarés par les individus croît très fortement avec le degré de précarisation :

- Lorsque l'on considère l'ensemble des problèmes (problèmes de santé, deuils, difficultés économiques et problèmes relationnels au sein de la famille), les personnes se retrouvant dans des situations défavorables mais encore relativement récentes et/ou maîtrisées (*précarité limitée* et *fragilisation*) font état de 15 à 20% de problèmes en moins que sur l'ensemble de l'échantillon (à structure sociodémographique rendue équivalente).
En revanche, plus les individus sont ancrés dans des situations difficiles et plus ils déclarent de problèmes juvéniles : si l'indice pour les personnes classées dans la phase *d'habitude* est inférieur à 1 (0,93), il reste sensiblement supérieur aux deux précédents sous-groupes. C'est surtout les personnes en situation de grande précarité (*sédentarisation*) qui déclarent l'enfance la plus problématique (23% de troubles en plus que sur l'ensemble de l'échantillon soit 1,5 fois plus que les *peu précaires* et les *fragilisés*²⁰)
- De tels écarts sont principalement imputables aux différences existantes en termes de problèmes affectifs²¹ comme l'indique la proximité et le relatif parallélisme des

²⁰ Ces résultats sont trouvés en réalisant simplement la division entre l'indice des *sédentarisés* et celui du groupe auquel on souhaite le comparer. Ainsi : $1,23 / 0,81 = 1,52$.

²¹ Pour rappel, y sont regroupés les problèmes relationnels intra-familiaux que sont les séparations et divorces des parents, les mésententes et conflits avec les parents et le sentiment d'un grand manque affectif.

courbes des indices « problèmes généraux dans l'enfance » et « problèmes affectifs juvéniles ».

Néanmoins, cette intéressante association est d'interprétation délicate. Dans le sens du présent influençant les représentations du passé, il peut s'agir d'une tendance au pessimisme dans la remémoration des souvenirs, laquelle serait liée à la dégradation progressive de l'estime de soi qui accompagne la précarisation. Dans le sens inverse du passé s'exprimant dans la situation présente, il peut s'agir d'un phénomène témoignant de l'influence négative des troubles dans l'enfance sur la dynamique de vie à l'âge adulte.

2. Vulnérabilité psychologique : détresse psychique plus que pathologies lourdes

Il serait aussi simplificateur et dangereux de voir la précarité comme la sanction d'une vulnérabilité psychologique et d'une inaptitude à « faire face » à des événements déstabilisants (thèse de la *responsabilité individuelle*) que de considérer le processus de précarisation comme un engrenage qui livre fatalement les intéressés à de profonds dérèglements psychiatriques marginalisant (thèse déterministe de la *victimisation*). Là encore, il semble vain de vouloir raisonner en termes de causalité, tant la précarité et les troubles psychologiques se trouvent en perpétuelle interaction. C'est ce type d'approche à laquelle nous invite M. Joubert²² :

« Si l'on considère la santé mentale comme une composante de la vie sociale des individus, celle qui leur permet de gérer les relations avec leur environnement, on peut y distinguer trois grandes composantes : les dynamiques intersubjectives, les processus de régulation et la mobilisation de soi. La première renvoie à l'histoire des personnes et à leur inscription dans des réseaux sociaux ; la deuxième à leurs trajectoires et aux conditions de vie dans lesquelles elles affrontent les difficultés quotidiennes ; la troisième aux modalités de mobilisation permettant de recourir à des ressources exceptionnelles afin de surmonter des éléments fortement déstabilisateurs ».

Les processus de précarisation mettent bien en jeu ces trois dimensions de la santé mentale : le contexte socio-relationnel dans lequel s'ancrent les disqualifications économique-sociales, les modes d'adaptation identitaire aux bouleversements de l'existence et la mobilisation de réseaux sociaux d'entraide. A partir des diagnostics psychiatriques posés par les médecins²³ lors des consultations recensées, nous pouvons évaluer les différences qui existent entre les états psychologiques des patients selon le degré et le type de précarité auxquels ils sont confrontés. Il faut ajouter qu'il s'agit ici d'expériences de santé objectivées par le médecin et non de représentations individuelles subjectives d'un mal-être.

Le graphique n°19 (ci-dessous) est fondé sur les mêmes principes que le précédent (indices standardisés par âge, sexe et nationalité²⁴) et s'interprète strictement de la même manière.

²² M. Joubert, *Précarisation et santé mentale. Déterminants sociaux de la fatigue et des troubles dépressifs ordinaires*. dans *Précarisation, risque et santé*, 2001, Editions INSERM, pp. 69-95.

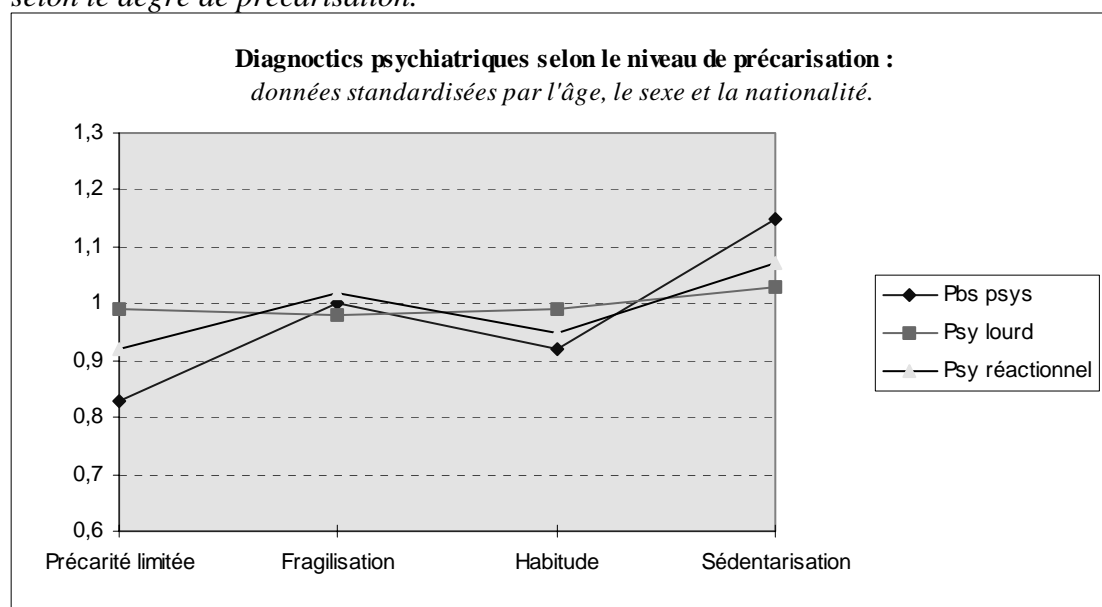
²³ Cinq types distincts de diagnostics psychiatriques étaient proposés au médecin : *toxicomanie, alcoolisme, angoisse / anxiété / troubles du sommeil, dépression, autres problèmes psychiatriques*.

²⁴ La standardisation par âge, sexe et nationalité se légitime par le fait que les troubles psychiatriques sont profondément dépendants de ces variables. Ainsi, les dépressions sont sur-représentées parmi les femmes ; l'alcoolisme parmi les français d'une quarantaine d'années...

Nous avons fait ici le choix de distinguer les diagnostics psychiatriques en deux types tant ils relèvent de symptômes et de pathologies différents et donc d'interprétations foncièrement distinctes :

- Les problèmes psychologiques dits *réactionnels* s'apparentent davantage à des problèmes, sinon bénins, tout du moins fortement liés à la difficulté des conditions de vie. Il s'agit, d'une part, des symptômes d'angoisse, d'anxiété, de troubles du sommeil ou d'état dépressif ; et d'autre part, des dépendances à l'alcool et à la toxicomanie dont on peut supposer qu'elles sont fortement liées à une dégradation de l'image de soi et, aussi handicapants qu'ils soient, restent des troubles réversibles.
- Les problèmes psychiatriques dits *lourds* sont principalement concentrés dans l'icône « autres pathologies psychiatriques » : psychoses, névroses prononcées, bouffées délirantes, *delirium tremens*...

Graphique n°19 : *Indices comparés des diagnostics psychiatriques posés par le médecin selon le degré de précarisation.*



Source : Enquête Précalog du CREDES

NB : L'ensemble des problèmes psychiatriques est la somme des problèmes réactionnels et des problèmes lourds.

A structure d'âge, de sexe et de nationalité rendue équivalente, les problèmes psychologiques sont des diagnostics d'autant plus fréquents que les personnes sont avancées dans les processus de précarisation. Les « grands précaires » (*sédentarisation*) présentent 15% de diagnostics psychiatriques de plus et les « peu précaires » (*précarité limitée*) 17% de moins par rapport à l'ensemble de notre échantillon des consultants de centres de soins gratuits (soit 38%²⁵ de plus chez les premiers que chez les seconds).

Cependant, au contraire des problèmes dans l'enfance, un tel phénomène n'est pas continu. En effet, nous pouvons remarquer un pic relatif au niveau du groupe des sujets en phase de *fragilisation* par rapport aux individus dont la situation de précarité est déjà pérenne (phase de *l'habitude*). Un tel écart suggère l'existence d'une souffrance plus importante au moment des phases de rupture ou de glissement que dans la période « compensée » qui s'ensuit. Dans un premier temps, licenciement ou dégradation des conditions d'emploi induisent une souffrance liée à la dévalorisation de l'image de soi, à la remise en question de l'utilité sociale, à un sentiment oppressant d'incertitude face à l'avenir, de déperdition face à ses anciens repères et de gêne à l'égard de son entourage. En revanche, une fois acceptée (par la force des choses) sa nouvelle condition (phase de *l'habitude*), l'individu organise un réseau d'aides collectives (prise en charge par les institutions, et en particulier au niveau des services d'aides médico-sociales) et individualisées (solidarité des amis et des proches) qui lui apportent écoute et réconfort et lui permettent de mieux lutter contre le sentiment d'impasse et d'indifférence à sa détresse. Cependant, il semble que la persistance des difficultés, menant à l'épuisement des ressources mobilisables ou au rejet de telles solidarités, finisse à terme d'user le pseudo-équilibre retrouvé – le manque d'espace vital et d'intimité accentuant ce processus d'usure.

Remarquons que les écarts enregistrés portent essentiellement sur les problèmes psychiatriques non pathologiques *stricto sensu* (dits *réactionnels*)²⁶ ce qui tend à invalider le « mythe de la folie des SDFs » bien qu'il soit possible que pour les populations les plus précarisées et les plus atteintes dans leur intégrité psychique, des solutions institutionnelles telles que les placements contraints en hôpital psychiatrique ou en centres de désintoxication ne soient pas rares.

²⁵ Résultat obtenu en faisant la division de l'indice des « sédentarisés » et de celui des « peu précaires » :
 $1,15 / 0,83 = 1,38$; soit 38% de plus.

²⁶ On comprendra aisément qu'un individu vivant dans la rue soit davantage soumis à des troubles du sommeil ou à des sentiments d'angoisse, les risques d'agressions physiques étant fréquents et latents.

Enfin, une analyse plus fine²⁷ montre que si ces différences se retrouvent significativement sur l'ensemble des diagnostics psychiatriques – respectivement 7,1% et 12,5% de symptômes anxio-dépressifs parmi les *peu précaires* contre 12,5% et 21% parmi les *plus démunis* –, ce sont les diagnostics d'alcoolisme qui distinguent le plus les quatre phases de précarité : 3,6% et 6,7% pour les phases de *précarité limitée* et *d'habitude* contre 14,2% et 17,4% pour les phases de *fragilisation* et de *sédentarisation*. De telles addictions sont à la fois symptomatiques d'une blessure narcissique liée à la déqualification sociale et susceptibles d'accélérer et aggraver le processus de disqualification.

3. Comportements à risques et conduites « addictives »

Le questionnaire *Précalog* permet d'approcher de tels comportements de trois manières : le rapport à l'alcool, à la tabagie et l'évaluation de la prise de risque quotidienne (*via* le nombre d'accidents graves déclarés dans son existence). Ces trois dimensions individuelles sont également sujettes à une forte variabilité selon les variables de l'âge, du sexe et de la nationalité. Différentes études ont montré la profonde influence de ces caractéristiques sociodémographiques sur les conduites ordaliques. De même, on peut supposer que les individus ne sont pas égaux face à la déclaration d'accidents graves (un individu plus âgé présente une durée d'exposition à ces accidents plus grande qu'un jeune, mais il est aussi davantage susceptible de les relativiser ou de les oublier).

Aussi, a-t-il encore une fois été nécessaire d'opérer une standardisation par l'âge, le sexe et la nationalité afin de mettre en exergue la variabilité des conduites à risques selon les différents degrés de précarité.

3.1. Le rapport socio-médical à l'alcool

Le score **CAGE**²⁸ (dont l'acronyme est **DETA**²⁹ en français) a été intégré par le CREDES dans son enquête. C'est un questionnaire simple et rapide qui a la réputation de dépister de manière précoce les consommations problématiques d'alcool³⁰. Souvent utilisé par les médecins comme outil de prévention et de repérage des « sujets à risques », il se résume en quatre questions (chaque lettre représente l'initiale d'un symptôme) :

²⁷ **Annexe 12**

²⁸ Proposé par Ewing en 1984.

²⁹ L'adaptation en français a été proposée par Rueff. On peut la consulter dans *Les malades de l'alcool*, 1995, Editions John Libbey Eurotext, Paris, p.144.

³⁰ Dans les pays anglo-saxons, c'est l'échelle de mesure jugée la plus pertinente.

D : Avez-vous déjà ressenti le besoin de Diminuer votre consommation de boissons alcoolisées ? (ou **C** pour *Cut down your drinking...*) ;

E : Votre Entourage vous a-t-il déjà fait des remarques au sujet de votre consommation de boissons alcoolisées ? (ou **A** pour *have people Annoyed you...*) ;

T : Avez-vous déjà eu l'impression que vous buviez Trop ? (ou **G** pour *Guilty about your drinking...*) ;

A : Avez-vous déjà eu besoin d'Alcool (dès le matin) pour vous sentir en forme ? (ou **E** pour *Eye-opener*).

Les quatre symptômes proposés sont condensés mais spécifiques. Ils signalent la reconnaissance d'un abus d'alcool (**D**), les répercussions relationnelles de cet abus (**E** et **T**) ainsi que le début d'un syndrome de sevrage (**A**).

Selon maints épidémiologistes, deux réponses positives témoignent de l'existence très probable de problèmes liés à une consommation excessive d'alcool : selon les études, la suspicion de problèmes d'alcoolisation est estimée avec une sensibilité³¹ de 60 à 95%³² et une spécificité³³ de 50 à 95%. Cependant trois remarques relativisent fortement la robustesse de ce test :

– Les études de fiabilité de Mayfield, de Rueff ou encore de Buchsbaum³⁴ ont toutes été réalisées dans des conditions de passation bien spécifiques : respectivement, dans un service de psychiatrie, en milieu hospitalier dans les services de gastro-entérologie et de cardiologie et enfin dans une clinique où la prévalence des abus alcooliques était de 36%. Elles ne sauraient donc se prémunir d'un particularisme lié au protocole d'enquête.

– A. Morisson et D. Pomerantz³⁵ reconnaissent que les très forts scores CAGE (3 et 4) concordent fortement avec des abus ou dépendance addictive et qu'un score nul est associé à une probabilité de consommation à problèmes très faible (*safe use*). Cependant, ils mettent fortement en doute la capacité du score CAGE à différencier les usagers à risque (*at-risk use*), les consommateurs excessifs (*harmful use*) et les alcoolodépendants (*dependance*). Une étude française abonde dans ce sens en concluant que le score CAGE est effectif dans le repérage des patients alcoolodépendants mais très sensible dans celui des consommateurs à risque³⁶.

³¹ On appelle **sensibilité** de l'échelle par rapport au diagnostic la probabilité que le signe soit vérifié (ici score CAGE supérieur ou égal à 2) si la maladie est présente, soit en termes statistiques la probabilité conditionnelle : $P(S / D)$ où S est le signe et D le diagnostic :

$P(S / D) \approx VP / (VP + VN)$ où VP (Vrais Positifs) sont les individus chez lesquels le signe est présent et le diagnostic vrai et VN (Vrais Négatifs) ceux pour lesquels le signe est absent et le diagnostic présent.

³² P. Gache, *Repérage et diagnostic des malades de l'alcool*, 1999, La revue du Praticien, n°49, pp. 375-378.

³³ On appelle **spécificité** de l'échelle par rapport au diagnostic la probabilité que le signe (ici score CAGE supérieur ou égal à 2) soit absent alors que le diagnostic se révèle faux, soit en termes statistiques la probabilité conditionnelle :

$P(\bar{S} / \bar{D}) \approx VN / (VN + FP)$ où VN (Vrais Négatifs) sont les individus pour lesquels signe et diagnostic ne sont pas présents et FP (Faux Positifs) ceux pour lesquels le signe est présent alors que le diagnostic est absent.

³⁴ DF. Buchsbaum, RG. Buchaman, RM. Centor, SH. Schnoll, MJ. Lawton, *Screening for alcohol abuse using CAGE scores and likelihood ratios*, 1991, Ann. Intern Méd.

³⁵ A. Morisson, D. Pomerantz, *Alcohol problems*, Bellevue Guide to outpatient medicine.

³⁶ D. Huas, H. Allemand, D. Loiseau, F. Pessione, B. Rueff, *Prévalence du risque et des maladies liées à l'alcool dans la clientèle adulte du généraliste*, 1993, Revue Pratique du Médecin Généraliste n°203, pp. 39-44.

– Enfin, une étude canadienne a souhaité explorer l'apparent paradoxe d'une augmentation du score CAGE et d'une stabilisation simultanée du niveau individuel de consommation d'alcool, constatées dans la province du Québec, au début des années 1990³⁷. En mettant en parallèle la consommation d'alcool déclarée des individus (volume moyen par semaine, occurrence annuelle d'une « surconsommation ») et le score CAGE, ils ont montré qu'à score fixe, les profils des consommateurs pouvaient fortement varier³⁸. La forte augmentation du taux d'individus présentant un score CAGE « alarmant » observée à cette époque n'a, en réalité, été que le reflet d'une politique de santé publique amenant certains individus à davantage prendre conscience des effets négatifs de l'alcool et à y porter un regard plus critique (envers soi et envers les autres). Cette évolution dans les représentations ne saurait, pour autant, être uniforme et met en cause l'universalité et donc la comparabilité de cet indicateur au sein de populations socialement hétérogènes (connaissances, représentations, croyances...).

Si nous avons intégré le score CAGE dans notre questionnaire, pour autant, les seuils choisis et les analyses réalisées (notamment comparatives) seront manipulés avec précaution.

Au préalable, il nous faut apporter quelques précisions quant à son mode d'utilisation :

- Le CREDES a pris le parti d'ajouter une question filtre (*Vous arrive-t-il de boire du vin, de la bière ou de l'alcool ?*) ce qui a permis de distinguer les « abstinents » (47,5% des individus dans l'échantillon déclarent ne jamais consommer d'alcool) des « consommateurs » tout au moins occasionnels.
- Communément, le score CAGE se calcule par addition simple des symptômes déclarés. Les réponses étant également pondérées, le score varie de 0 à 4. Le problème qui s'est ici posé est qu'une minorité d'individus n'a pas répondu à l'ensemble des questions proposées³⁹. Aussi, afin de les prendre en compte, un score CAGE pondéré a été calculé selon la formule suivante :

$$\text{Score CAGE pondéré} = [(\text{nombre de symptômes déclarés}) / (\text{nombre de questions répondues})]$$

Il est donc compris entre 0 et 1 et s'interprète strictement de la même manière que dans sa version originale.

³⁷ J. Bisson, L. Nadeau, A. Demers, *The validity of the CAGE scale to screen for heavy drinking and drinking problems in a general population survey*, 1999, *Addiction* n°94, pp. 715-722.

³⁸ Cette combinaison entre problèmes ressentis ou constatés et une estimation de la consommation effective d'alcool se rapproche davantage de l'instrument de dépistage « AUDIT » proposé par l'OMS.

³⁹ En effet, pour chacune des quatre questions du score CAGE concernant les « consommateurs d'alcool », on enregistre un taux de non réponse oscillant entre 4,5 et 6% ; si bien que seuls les 92% des individus ayant répondu aux quatre questions se prêtent parfaitement au protocole d'évaluation.

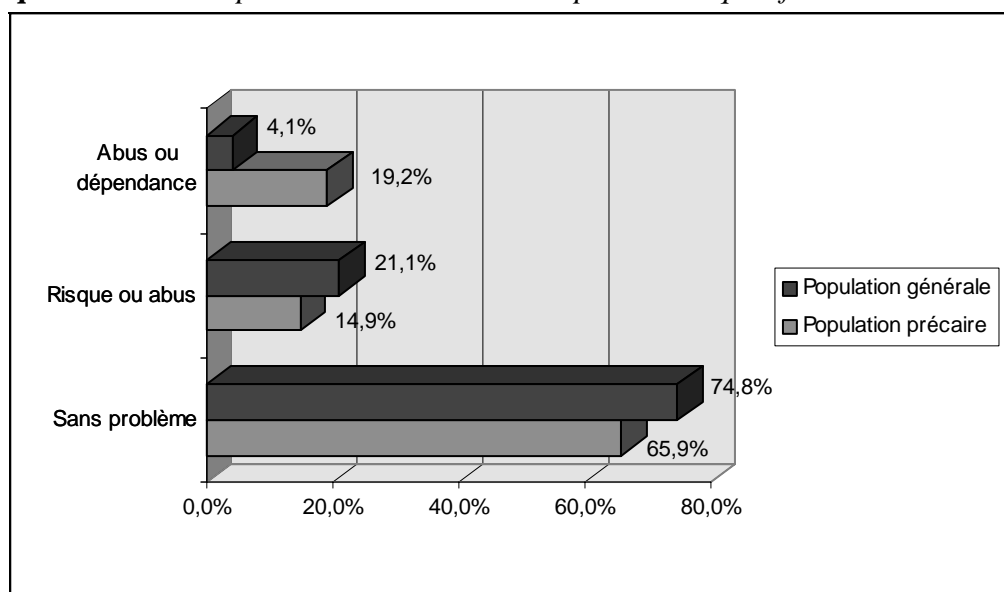
Les rapports à l'alcool ont ainsi pu être décomposés en trois groupes :

- *Les comportements « sans problème » (a priori)* sont associés aux individus ayant un score pondéré strictement inférieur à 0,25 – à savoir les « abstinentes » et les consommateurs occasionnels ne déclarant aucun des quatre symptômes de l'échelle CAGE ;
- *Les comportements « à risque »* correspondent aux individus qui présentent un score pondéré compris entre 0,25 et 0,6 – c'est à dire les consommateurs déclarant un ou deux des items ;
- *Les comportements « d'abus ou de dépendance »* sont repérés par un score pondéré strictement supérieur à 0,6 (au moins trois des quatre symptômes de l'échelle CAGE).

* Comparaison « précaires versus non précaires » des comportements face à l'alcool

Les précaires révèlent un profil alarmant. Après standardisation sur la structure par âge et sexe, ils sont près de cinq fois plus nombreux à témoigner d'attitudes très problématiques face à l'alcool (19% contre seulement 4% pour les non précaires). Il faut toutefois éviter de tomber dans la généralisation de ces comportements : deux précaires sur trois témoignent d'un comportement *a priori* « sans problème » vis-à-vis de l'alcool.

Graphique n°20 : Sur-représentation des attitudes problématiques face à l'alcool.

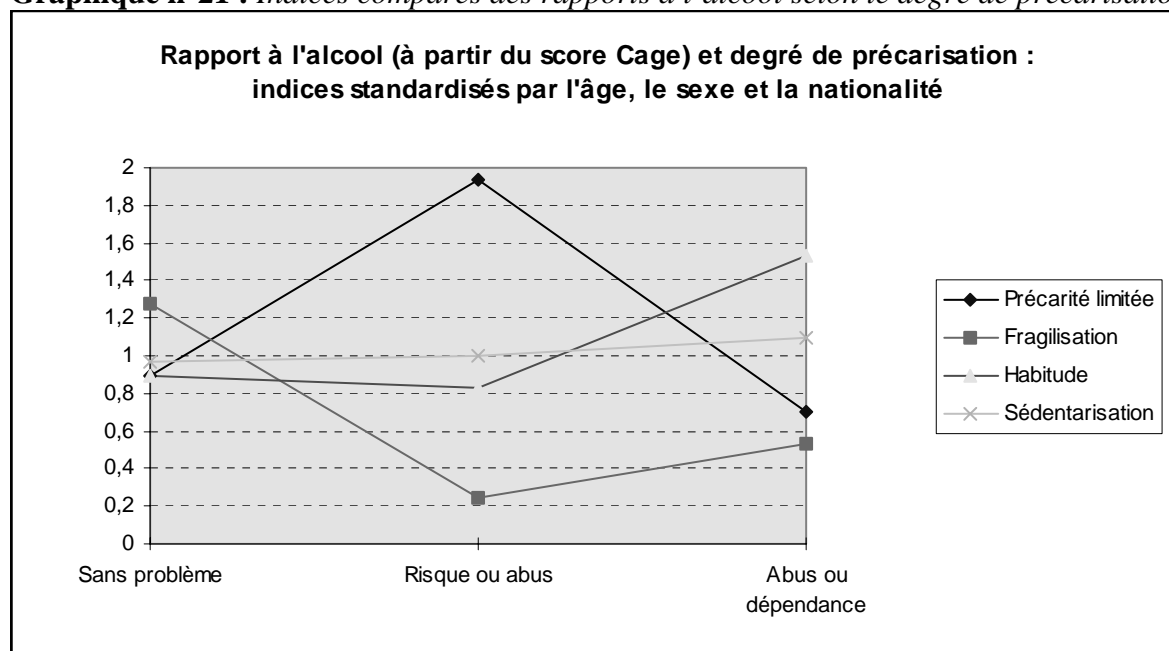


Sources : Enquête Précalog du CREDES et Enquête Baromètre Santé 2000 du CFES

* Comparaison selon le niveau de précarité

D'autre part, nous pouvons constater de profondes variations liées au degré de précarisation, et ce, après avoir gommé les effets spécifiques du sexe, de l'âge et de la nationalité (graphique 21). Les individus qui présentent les situations les plus favorables semblent plus enclins à une alcoolisation « à risque » (il sont près de deux fois plus nombreux dans ce cas de figure que dans l'ensemble de l'échantillon), tout en se préservant, pour l'instant, de sombrer dans des comportements plus extrêmes⁴⁰. Au contraire, les individus *fragilisés* présentent un rapport moins problématique face à l'alcool (indice standardisé des comportements « sans problème » valant 1,28) et semblent très peu enclins à des consommations mal maîtrisées. Ce sont les individus assimilés à la phase *d'habitude* (peu de ressources et utilisation fréquente des réseaux formels et informels d'aides) qui semblent présenter les situations les plus alarmantes vis-à-vis de l'alcool : à structure sociodémographique rendue équivalente, ils sont 53% de plus que dans l'ensemble de l'échantillon à justifier « de comportements d'abus voire de dépendance ». Pour leur part, les personnes les plus démunies déclarent des rapports à l'alcool similaires à ceux observés sur l'ensemble de l'échantillon, puisque les trois indices sont proches de 1.

Graphique n°21 : Indices comparés des rapports à l'alcool selon le degré de précarisation.



Source : Enquête Précalog du CREDES

⁴⁰ Il s'agit davantage « d'abus » correspondant généralement à des formes moins sévères ou plus récentes d'alcoolisation que d'états de dépendance tels que définis dans le DSM IV de l'American Psychiatric Association. Ces comportements n'en demeurent pas moins nocifs sur les plans social, professionnel et sanitaire (J. Adès, M. Lejoyeux, *Alcoolisme et psychiatrie*, 1997, Editions Masson).

3.2. Interprétation des résultats et réserves

- ***Le paradoxe de la non concordance des rapports à l'alcool et des diagnostics d'alcoolisme***

Le premier élément frappant à la lecture de ces résultats est leur apparente contradiction avec les diagnostics médicaux. Lorsque l'on considère le score CAGE, ce sont les populations qui traversent les phases de *précarité limitée* et *d'habitude* qui apparaissent comme les plus exposées à des consommations problématiques d'alcool ; alors qu'en termes de diagnostics cliniques, ce sont au contraire les populations dites *fragilisées* et *sédentarisées* qui sont, et de loin, les plus marquées par l'alcoolisme. Comment expliquer alors un tel paradoxe ?

- ***La thèse du dynamisme interactif***

Initialement, le score CAGE a pour objectif affiché de prédire *a priori* les « consommations alcoolisées à problèmes ». En tant qu'outil de dépistage, il ne concorde pas nécessairement avec un diagnostic d'alcool-dépendance *stricto sensu*. C'est avant tout un indicateur « psychosocial » des rapports individuels (et donc subjectifs) à l'alcool et de ses répercussions sur la sociabilité, alors que le diagnostic *d'alcoolisme* se fonde sur une symptomatologie physique et psychique plus ou moins avérée (crampes, tremblements, syndrome de sevrage, troubles de la personnalité...). De plus, la réponse au score CAGE semble davantage fluctuante à court terme selon le contexte, fluctuations qui, en théorie, ne sauraient affecter un bon diagnostic médical.

Une fois relativisé le biais inhérent au phénomène de cure de désintoxication⁴¹, la thèse du *dynamisme interactif* semble s'imposer. On peut envisager que les populations placées dans des situations de *précarité limitée* et *d'habitude de la précarité* compensent des périodes difficiles par une alcoolisation excessive, sans pour autant avoir atteint le stade clinique de dépendance⁴². Au fil du temps, de tels comportements peuvent se pérenniser voire empirer jusqu'à atteindre des états d'alcool-dépendance. C'est dans l'interaction entre l'intensification des conduites addictives et l'aggravation de la dégradation matérielle⁴³ que l'on pourrait alors résoudre le paradoxe de la mauvaise concordance entre rapport estimé à l'alcool et diagnostic clinique. La forte prévalence d'alcoolisations excessives dans les phases de *précarité limitée* (et respectivement *d'habitude*), agirait simultanément pour les individus concernés :

⁴¹ Ce biais potentiel peut se résumer ainsi : certains des individus rencontrés sont médicalement pris en charge pour alcoolisme. Ne devant théoriquement plus boire la moindre goutte, ils se retrouvent, au regard de l'échelle CAGE comme « sains » face à l'alcool. Cependant, un tel phénomène concerne moins de 2% de notre échantillon et ne permet donc pas d'expliquer la très passable correspondance entre l'indicateur CAGE et les diagnostics médicaux d'alcoolisme.

⁴² M. Seeman et A. Seeman (*Life strains, alienation and drinking behavior*, 1992, in *Alcoholism : Clinical and Experimental Research* n°16, pp. 199-205) avaient déjà constaté, dans la période antérieure au chômage, une radicalisation de la consommation d'alcool comme réponse à une situation angoissante.

⁴³ Interactions récurrentes et clairement mises en évidence dans les entretiens, comme nous le verrons par la suite.

- comme source de ruptures sociales, de pertes affectives et matérielles des réseaux d'entraide ou encore de désœuvrement à la réinsertion – et donc de médiateur dans le durcissement de la précarité vers la *fragilisation* (et respectivement vers celle de la *sédentarisation*) ;
- et comme facteur d'intensification des conduites à risques (d'où la plus forte prévalence des diagnostics d'alcoolisme dépendance dans les phases adjacentes).

Dans le cas où une telle théorie se vérifierait, il demeure un problème majeur : comment expliquer alors que la nouvelle alcool-dépendance de ces individus n'induit pas une augmentation du score CAGE pour les phases de précarité atteintes (*fragilisée* et *sédentarisée*) ? Une esquisse de solution serait d'avancer la thèse d'un changement fondamental des rapports au corps et au risque allant dans le sens d'une « normalisation » des conduites addictives (ce point sera amplement développé par la suite). On peut, de plus, s'appuyer sur l'observation médicale suivante : parmi les personnes touchées par l'alcoolisme, il existe une tendance assez forte à sous-évaluer voire à ignorer sa dépendance – attitudes mettant à l'épreuve la fiabilité du score CAGE. Du reste, il est assez fréquent que le premier travail opéré par l'alcoolologue face à son patient consiste à lui faire reconnaître sa maladie.

Si une telle thèse soulève de nombreuses pistes d'interprétations intéressantes, certains points restent en suspens et d'autres sujets à controverse⁴⁴. D'autre part, il semblerait que, si le score CAGE a été jugé très efficace **en consultations de médecine générale** dans la prévention des risques d'alcoolisme⁴⁵, on peut se demander si une telle échelle est réellement adaptée à une population fortement précarisée.

• ***Inadaptabilité du score CAGE aux particularités des populations les plus précaires ?***

Les rapports de concordance entre rapport à l'alcool (évalué par le score CAGE) et diagnostics d'alcoolisme sont très différemment répartis selon le degré de précarisation des individus (cf. *annexe 13*). Parmi les individus dont les rapports à l'alcool sont *a priori* « à risques », aucun n'est diagnostiqué comme « alcoolique » parmi le groupe *précarité limitée*, moins de 4% dans celui de *l'habitude*, alors qu'ils sont 23% et 32,5% dans les sous-population *fragilisées* et *sédentarisées*. On retrouve les mêmes disparités de concordance lorsque l'on s'intéresse aux personnes pour lesquelles le score CAGE indique des comportements « d'abus voire de dépendance » : respectivement 22% et 29% de diagnostics d'alcoolisme pour les sous-groupes de *précarité limitée* et *d'habitude de la précarité* contre 46% et 51,5% parmi les *fragilisés* et les *sédentarisés*. De tels résultats mettent profondément à mal la fiabilité de l'indicateur CAGE car il remet en question l'uniformité de son pouvoir

⁴⁴ Pour être réellement testée et approfondie, elle devrait donner lieu à une étude longitudinale qui permettrait de suivre régulièrement l'évolution du score CAGE déclaré par l'individu et de le comparer à des diagnostics médicaux, et ce, tout en prenant en compte l'évolution de ses conditions de vie.

⁴⁵ K. Seppä, R. Mäkela, P. Sillanaukee, *Effectiveness of the Alcohol Use Disorders Identification Test in occupational health screenings*, 1995, in *Alcoholism : Clinical and Experimental Research*, pp. 999-1003.

prédicteur et restreint le bien-fondé de comparaisons entre des populations trop hétérogènes. Aussi nous sommes-nous gardés de trop nous avancer dans l'analyse comparative des rapports à l'alcool entre personnes en situation défavorables et « non précaires », avec un tel indicateur.

&

- **Trois pistes de compréhension**

En revanche, pour notre population d'intérêt, ces écarts se révèlent très riches en informations et en pistes de compréhension sur les modes de socialisation de l'alcoolisation, sur les représentations des conduites « addictives » et, de manière plus générale, sur l'état psychosocial des individus. De tels éléments sont, en réalité, la substance constructive de l'indicateur CAGE puisque, pour rappel, cette dénomination signifie *Cutting down* (abaissement) *Annoyed* (ennui) *Guilty* (culpabilité) et *Eye-opener* (gueule de bois). Aussi, plus qu'une interprétation en termes d'intensité de l'alcoolisation, l'analyse conjointe et disjointe des quatre questions permet de faire apparaître des modes d'adaptation à l'espace public et des changements de représentation des conduites « addictives » :

1. A mesure que les individus avancent dans la précarité, les modes de socialisation de l'alcoolisation changent, tant en termes d'espace que de *contrôle social* de la consommation. Les moins isolés continuent souvent à se déplacer dans des bars ou à se rendre chez des proches, en dépit des contraintes financières, pour consommer de l'alcool. Dans un tel cadre, l'entourage – amis, famille et, dans une moindre mesure, le barman si c'est un « habitué » – peut s'entretenir et faire prendre conscience d'une consommation jugée excessive voire même à aider la personne à mieux maîtriser son débit de boisson ou à l'orienter vers une consultation médicale spécialisée. En revanche, les individus vivant entre rue et foyers tendent davantage à boire dans l'espace public (assis sur un banc ou adossés à un mur) de l'alcool acheté dans la supérette la plus proche. Qu'il soit seul ou accompagné d'acolytes s'adonnant à la même activité, de telles consommations ne sont pas « directement » jugées et, en tant que telles, sont moins soumises à un contrôle social. Le plus souvent, lorsque des remarques lui sont adressées sur le caractère excessif et récurrent de ses ivresses, elles ne sauraient avoir un impact réel sur ses comportements : soit qu'elles sont faites indécemment sous forme d'opprobres tacites des passants, soit qu'elles émanent du corps médical d'une manière jugée souvent stigmatisante et autoritaire et donnent lieu à des relations conflictuelles plus que coopératives ; soit qu'au mieux (!), passants et médecins adoptent une posture d'empathie consistant à refuser de juger l'alcoolisme latent et à laisser l'individu librement s'enivrer.

Enfin, il ne faut pas oublier cette « face cachée » de l'alcoolisme qui menace les individus qui, bien qu'ils présentent les conditions matérielles d'une modeste indépendance, (r)emplissent la solitude de leur appartement d'absorptions immodérées d'alcool. De tels phénomènes, qui ne sont pas restreints aux populations précarisées, sont souvent cachés à la

vue et au su de l'entourage si bien que la prise de conscience et la prise en charge potentielle se trouvent fortement différées.

2. D'autre part, la dégradation et l'indécence des conditions de vie exposent les individus à de profonds bouleversements identitaires : dévalorisation de soi déclinée entre culpabilisation et « victimisation », « myopie de l'avenir » qui restreint le temps à un éternel présent gris... Les expériences prolongées de précarité s'accompagnent de profondes transformations dans les modes de rationalisation des actes et des pensées qui tranchent avec les normes sociales classiquement admises. C'est là une stratégie (inconsciente) de maintien d'un minimum sinon d'amour-propre, tout du moins de dignité qui, dans les cas les plus extrêmes, s'apparente à une condition ultime de survie physique (préservation de l'acte suicidaire). Dans un tel contexte, l'addiction à l'alcool, s'il est source de graves troubles physiques, se référera davantage à un mode ultime de préservation de soi⁴⁶ (paradoxalement) qu'à un dysfonctionnement physique et psychiatrique. Comme l'indique Jean Maisondieu⁴⁷, l'alcool n'est plus alors à relier à un tissu social mais utilisé à la fois pour pallier les défaillances sociales et familiales et panser la blessure narcissique de son échec – la faute étant attribuée aux ravages de l'alcool.

3. Enfin, certains scores très élevés de l'indicateur CAGE, indépendants de toute pathologie toxicomaniaque, s'avèrent souvent être des formes d'expression d'une détresse indiscible tant les sujets se sentent enserrés. La verbalisation de la douleur est souvent difficile et des réponses alarmistes (au même titre que des comportements extrêmes) peuvent témoigner d'une demande pressante d'écoute et de prise en charge.

3.3. Une consommation tabagique intense

Le questionnaire *Précalog* permet l'étude des consommations tabagiques des patients des centres de soins gratuits. Cependant, l'observation des personnes défavorisées a montré à quel point l'utilisation du tabac roulé était répandu. Aussi, la question portant sur l'intensité de la tabagie a-t-elle été formulée en ces termes : « Si vous fumez actuellement, combien de cigarettes par jour ? Ou de paquets de tabac roulé par semaine ? ». Afin de rendre comparable ces consommations tabagiques, nous avons proposé un « équivalent cigarette » pour les usagers de tabac à rouler⁴⁸.

Nous distinguerons quatre groupes :

- *Les non fumeurs* ;
- les personnes présentant une *tabagie modérée* : moins de 10 cigarettes par jour ;

⁴⁶ Préservation fondée sur l'oubli, sur la toute-puissance de l'instant présent, sur la permanence d'un état de confusion...

⁴⁷ J. Maisondieu, *Alcool, alcoolisme, exclusion et précarité* dans *Précarisation, risque et santé*, 2001, Editions INSERM, pp. 377-394.

⁴⁸ « L'équivalent cigarette » proposé est fondé sur des critères empiriques (observations réalisées sur plusieurs personnes). La consommation d'un paquet de tabac à rouler (de taille standard, à savoir 40 à 50 grammes de tabac) par semaine équivaut, à peu près, à 8 cigarettes par jour.

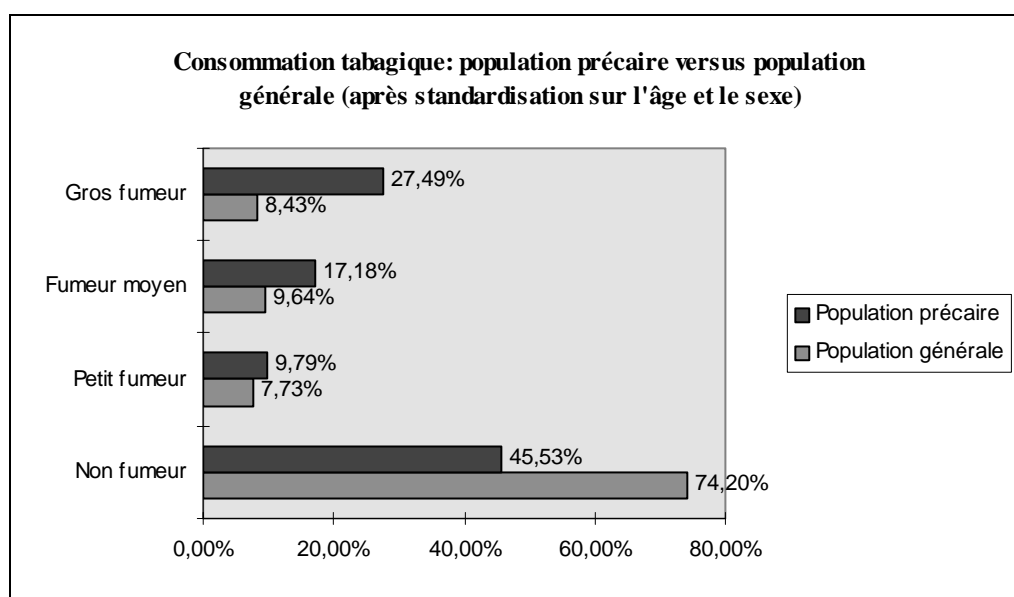
- les personnes qui présentent une *tabagie moyenne* : de 10 à 19 cigarettes par jour ;
- les individus à *forte tabagie* : plus de 20 cigarettes par jour.

D'une manière générale, les consultants des centres de soins gratuits ont une consommation tabagique importante puisque près de 60% d'entre eux fument. De plus, il s'agit très souvent d'une tabagie intense : parmi les fumeurs, un sur deux consomme plus d'un paquet par jour et un sur trois entre 10 et 20 cigarettes.

* Comparaison « précaires versus non précaires » des consommations tabagiques

Après standardisation sur l'âge et le sexe, les « gros fumeurs » (plus d'un paquet de cigarettes par jour) et les « fumeurs moyens » (10 à 20 cigarettes par jour) apparaissent respectivement trois fois et deux fois plus nombreux parmi les précaires⁴⁹.

Graphique n°22 : *Sur-représentation des fortes consommations tabagiques chez les précaires*



Sources : Enquête Préalog du CREDES et Enquête Baromètre Santé 2000 du CFES

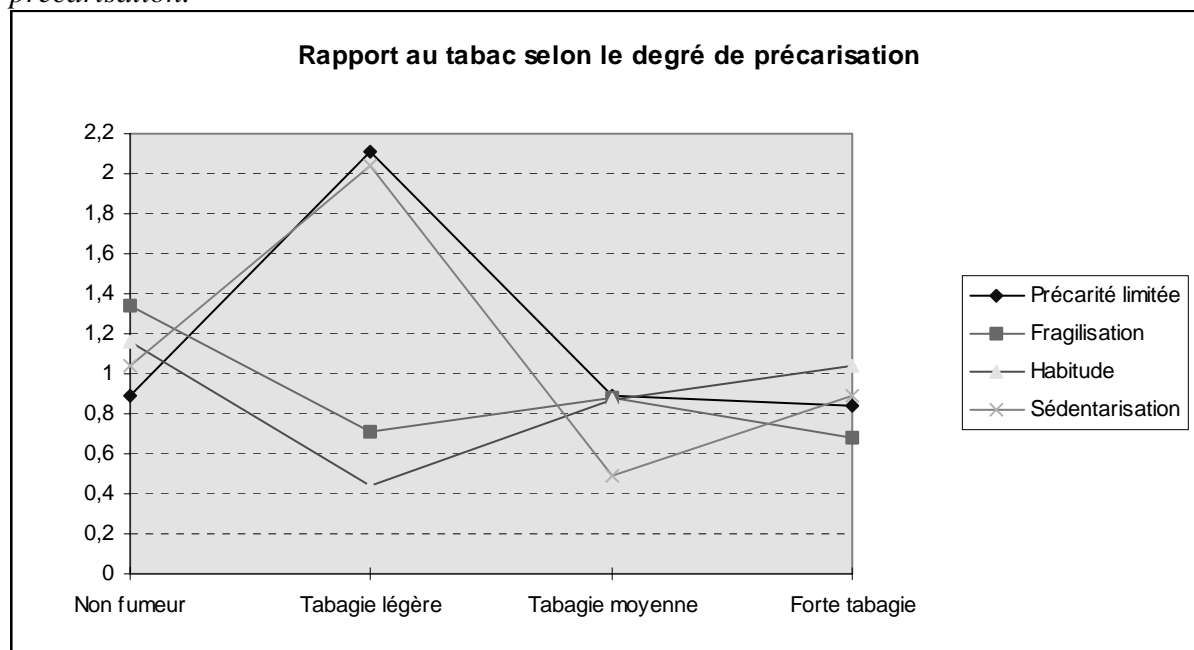
* Comparaison selon le niveau de précarité :

La comparaison standardisée des consommations tabagiques dans la population des consultants révèle moins de tendances nettes (graphique n° 23).

Les moyennes et fortes tabagies sont à peu près similaires pour l'ensemble des groupes de précarité (après standardisation). C'est davantage sur les comportements d'abstention et de faible tabagie que des écarts existent. Ce sont les deux groupes des extrémités qui sont les plus nombreux à adopter des tabagies modérées (indices standardisés supérieurs à 2).

⁴⁹ On peut avancer l'inactivité forcée et le stress engendré par leur situation comme causes de cette très forte tabagie. A cela s'ajoute vraisemblablement l'impact de la forte prépondérance des profils professionnels ouvriers dans la genèse des consommations tabagiques.

Graphique n°23 : Indices comparés des consommations tabagiques selon le degré de précarisation.



Source : Enquête Préalogue du CREDES

3.4. Les accidents graves : une approche de la prise de risques

L'analyse du « nombre d'accidents graves déclarés au cours de son existence »⁵⁰ a semblé être le meilleur outil statistique afin d'approcher « la prise de risque quotidienne » de nos sujets. A partir de cette variable, trois groupes ont été constitués :

- Les individus n'ayant déclaré *aucun accident grave* ;
- ceux qui ont fait état de *1 ou 2 accidents graves* ;
- enfin ceux qui ont déclaré *au moins 3 accidents graves*.

Là encore, la standardisation par âge, sexe et nationalité s'impose tant cette variable est dépendante de la durée de l'existence (période d'exposition aux risques et phénomènes d'oubli rétrospectif fortement liés à l'âge) et de la relativité individuelle de ce qu'est un « grave accident ». Néanmoins, deux problèmes demeurent :

- Si le phénomène de relativisation peut être maîtrisé quant à l'influence des variables sociodémographiques classiques, il est manifeste qu'il est également fortement lié à l'expérience des individus. Or la nature insaisissable d'une telle variable ne saurait être contrôlée.

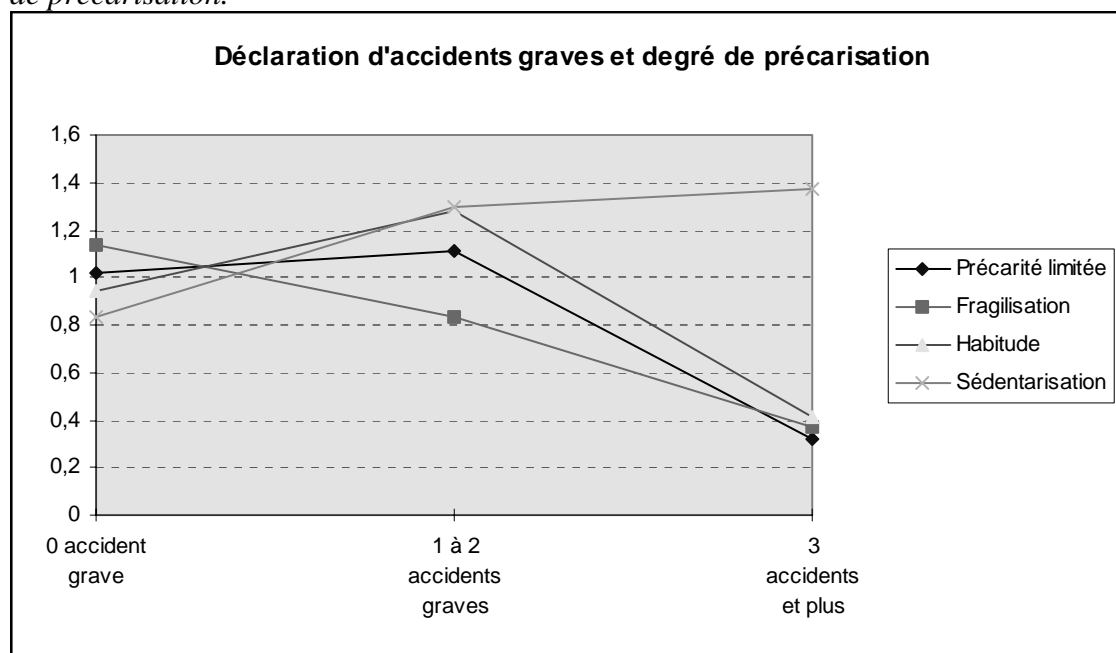
⁵⁰ Question 13.2 du questionnaire présenté en **annexe 2**.

- Nous ignorons si les accidents sont antérieurs ou non à la dégradation des conditions de vie. Aussi, il nous faudra prendre de multiples précautions lorsqu'il s'agira de lier la survenue d'accidents graves au vécu de la précarité.

De manière synthétique, plus les individus sont soumis à des conditions de vie difficiles et plus ils déclarent d'accidents graves. Ce sont dans les phases où les situations au regard du logement sont les plus instables et les plus précaires que la survenue d'accidents graves apparaît comme prépondérante.

Les sujets du groupe *habitude*, souvent logés de manière intermittente chez des amis ou dans des institutions, sont 28% de plus que sur l'ensemble de l'échantillon à déclarer 1 ou 2 accidents graves. Le phénomène est encore plus flagrant pour les individus contraints à dormir dans la rue : ils sont 30% de plus à déclarer 1 ou 2 accidents graves et 37% de plus à faire état de plus de 3 accidents.

Graphique n°24 : Indices comparés du nombre d'accidents graves déclarés selon le degré de précarisation.



Source : Enquête Préalogue du CREDES

4. Identité, dévalorisation de soi et comportements à risque

Sur les 24 entretiens recueillis par le CREDES, force est de constater le poids important des problématiques identitaires dans les comportements et pratiques, notamment par rapport aux risques. Derrière certaines attitudes qui pourraient être approchées comme des formes de laisser-aller et d'abandon de soi, ou des difficultés voire incapacités à se protéger, se trouvent souvent des individus usés, fatalistes et en mal de repères.

4.1. Quête de l'origine et identité

La problématique de l'identité peut être définie sous deux registres différents : *l'affiliation à une lignée* et *l'affiliation-assimilation à une culture*. L'interrogation sur leur origine – sorte de quête de l'identité –, leur renvoie une image d'autant plus négative d'eux-mêmes qu'il n'y a pas d'oppositions ou de démarcations possibles à travers une mise en cause des parents (réels ou de substitution).

- ***L'affiliation à une lignée***

Dans le registre de *l'affiliation à une lignée*, les entretiens découvrent une population qui vit dans l'ignorance de sa filiation, qui a subi l'abandon, la disparition, la maltraitance ou la négligence d'un ou des deux parents.

Plus des deux tiers des interlocuteurs ont en effet connu une enfance difficile parsemée d'événements douloureux et d'un grand manque affectif. Pour l'illustrer, on peut citer les cas de **Loïc** qui n'a jamais connu son père, de **René** abandonné par ses parents à l'âge de 2 ans et recueilli par la DASS, de **Jamad** dont les problèmes de santé ont laissé froids et indifférents ses parents, ou encore de **Solange** frappée, enfermée et abusée par mère et frères.

Ces maltraitances et négligences parentales entraînent une blessure narcissique avec une tendance plus ou moins marquée à la dévalorisation de soi, souvent renforcée par les conditions précaires actuelles. Dans ce cadre, les ressources personnelles de protection de soi sont difficilement mobilisables. Cette dévalorisation de soi influence la façon dont les individus prennent soin d'eux-mêmes ; sentiment parfois exacerbé au point de nier l'utilité même d'une telle démarche.

Problèmes relationnels et coups durs dans l'enfance exercent donc une double influence sur nos interlocuteurs. D'une part, ils sont parfois à l'origine même des errances et comportements d'abandon et autodestructeurs (alcoolisme, toxicomanie, usage détourné et excessif de médicaments à visée psychiatrique et tentatives de suicide sont omniprésents dans leur parcours) ; d'autre part, ils les privent de l'aide affective et financière la plus légitime, à savoir celle de la famille.

Statistiquement parlant, si le lien entre problèmes juvéniles et situation de précarité est plus que convaincant, il nous faut apporter quelques nuances :

Pour rappel, la question des problèmes dans l'enfance comporte un fort biais déclaratif. On peut imaginer que des individus en situation d'échec vont le légitimer en surévaluant les problèmes rencontrés dans leur enfance alors qu'au contraire, les individus « s'en étant sortis » vont les relativiser et conséquemment les sous-estimer (*de telles réticences ont été longuement discutées dans le **chapitre 1 partie 1 au point A.4***). Cependant, en replongeant les individus dans le contexte de leur enfance, nous avons souvent été confrontés à une souffrance paroxystique qui contamine encore aujourd'hui la perception de soi et la relation à autrui et au monde en général.

D'autre part, si l'altération profonde de l'image de soi et la propension à adopter des attitudes autodestructrices semblent plus fréquentes parmi les individus ayant subi une enfance difficile, pour autant, elles ne leur sont pas spécifiques. Certaines ruptures plus tardives peuvent donner lieu au même type de dégradations identitaires.

- ***L'affiliation culturelle***

Dans le registre de *l'affiliation culturelle*, on retrouve une population jeune issue de l'immigration et qui a des difficultés à trouver sa référence propre. Les individus sont partagés entre les pratiques et les comportements de leur pays d'origine et ceux en vigueur en France. Ainsi, nombre d'entre eux, bien que reconnaissant les qualités de soins des hôpitaux français, déplorent la désocialisation de la maladie (« on n'est pas entouré par sa famille »). Cette interrogation sur l'adhésion à un modèle culturel pourrait expliquer certaines incohérences sur la prévention en santé ou leurs recours aux soins⁵¹.

4.2. Santé dégradée et altération de l'image de soi

Parallèlement ou conséquemment au mal-être et aux comportements à risques, coexistent des handicaps ou des maladies invalidantes venant transformer la perception de soi.

C'est particulièrement le cas pour les maladies chroniques (ou vécues comme telles), comportant souvent un aspect psychosomatique, tels que l'asthme de **Loïc** et **Patrick**, l'épilepsie récente de **Joseph**, la spasmophilie de **Laeticia**, les virulentes algies de **Pierre** ou encore les épisodes dépressifs récurrents de **René**. Bien que souvent les individus aient appris à gérer ses crises, à en repérer les stimuli précurseurs, leurs manifestations s'avèrent gênantes et participent d'un sentiment d'insécurité, de mal-être et de dégradation de l'image.

⁵¹ Particulièrement évident pour des individus tels que **Jamad**, la gitane **Zita** ou encore **Marina** qui parle de " transmission génétique des repères ".

Il en va de même pour les affections de la peau qui, qu'elles soient conséquentes à des problèmes relationnels (**Solange**) ou à l'insalubrité des conditions de vie, n'en revêtent pas moins un aspect profondément négatif sur la présentation de soi et, en conséquence, sur la perception de soi d'autant plus que de tels problèmes engagent souvent la responsabilité (psychologique) de l'individu. Cette souffrance est particulièrement présente chez **Jamad** atteint de psoriasis, et de manière plus nuancée pour la dermatose de **Marina**, le zona de **Florent** ou encore les problèmes récents de **Fabienne**.

Certains handicaps graves conséquentes à des accidents dus à des prises de risques inconsidérés sont souvent sources d'une forte culpabilité de l'individu, culpabilité passée contaminant l'image présente. **Vincent**, à 23 ans, vit quotidiennement les remords sur son passé de toxicomane et la tentative de suicide qui lui a coûté sa jambe (« *la drogue a gâché ma vie* »). **Henri**, pour sa part, avait un atelier de rempaillage de chaises avant qu'il n'y mette (« *accidentellement* ») le feu et reste handicapé à la main. Cet incident l'a fortement ébranlé dans la mesure où il ne peut plus exercer correctement son métier qui constituait sa principale raison de vivre. Le sentiment de culpabilité le plus explicitement exprimé est celui de **Serge** dont les excès de boissons lui ont valu de nombreux accidents handicapants. La dévalorisation de soi s'exprime par une sorte d'expiation par l'isolement : « *c'était à moi de pas faire le con* » ... « *j'emmerderai plus personne* ».

De manière générale, nous sommes donc en présence d'une population très touchée par des problèmes de santé physique ou psychologique handicapant, qu'ils soient à l'origine ou conséquentes à la précarité. Ils participent d'une amputation des moyens et de l'image. Ces expériences nombreuses, et souvent juvéniles, si elles sont parfois valorisées comme des épreuves dont « *on est sorti indemne* » et dans lesquelles « *on a appris* » n'en demeurent pas moins un facteur fort de vulnérabilité et d'usure tant physique que psychologique.

4.3. Prises de risque et dévalorisation de soi, une dynamique interactive

Les deux tiers des patients interviewés considèrent être ou avoir été enclins aux risques ; risques généralement reliés à des consommations excessives et incontrôlées des stupéfiants. Cette forte propension à la prise de risques est rapprochée de l'histoire des individus selon deux grandes modalités (non exclusives l'une de l'autre) : de manière souvent tacite, en rapport avec les violences subies pendant leur enfance⁵² et, de manière plus explicite, en rapport avec des ruptures soudaines d'ordre professionnel, sentimental ou familial. La plus ou moins forte propension aux risques est essentiellement associée sous le prisme de la

⁵² Nous retrouvons là des régularités statistiques déjà mises en évidence dans d'autres travaux . Par exemple, dans P. Bantman, S. Martin et G. Menahem, *Trajectoires sociales et inégalités*, 1994, MIRE / INSEE.

sociabilité et des relations familiales (déconsidération ou inutilité sociale ressenties, dévalorisation de l'ego ou, au contraire, rôle familial à assurer...)

Cette assertion est confirmée par nombre des personnes interrogées. C'est ainsi que **Mounir**, **Betty** ou encore **Fabienne** imputent la prudence de leur vie quotidienne à une responsabilisation par rapport à leurs enfants, responsabilisation d'autant plus forte que l'autre parent est absent. Selon cette même logique, les individus au long passé toxicomane déclarent avoir besoin d'un sens pour arrêter leur consommation, avant même d'envisager un quelconque traitement. On le voit clairement, par exemple, dans le cas de **Florent** qui aujourd'hui tente de restreindre ses prises de risques dans l'espoir de revoir un jour sa fille ; ou encore dans le cas de **Loïc** qui subordonne ses arrêts et reprises d'héroïne « *au fait ou non d'avoir une copine* ».

Notons enfin le rôle que peuvent avoir les origines socioculturelles dans la prise de risques. **Zita**, la gitane indique « *avoir hérité sa prise de risques des gens du voyage* » : « *Nous, les gitans, on fait pas très attention à nous* ». De même, l'adhésion à la religion musulmane semble limiter les risques pris par rapport à l'alcool alors qu'au contraire une sous-culture régionale peut accroître les prise de risques (le cas le plus récurrent étant l'association « alcool-Bretagne populaire »).

B. Trajectoires

Bien que le guide d'entretien fût principalement axé sur l'histoire de la santé, des maladies et plus généralement de la genèse des représentations, des logiques de soins et du rapport aux structures de santé, il est possible d'explorer la dimension professionnelle. A cela, on peut arguer deux principales raisons : d'une part, même si elles sont vues sous le prisme de la santé, les trajectoires de vie recueillies n'en demeurent pas moins globales – de l'histoire de la famille à la sociabilité en passant par les représentations individuelles des institutions – ; d'autre part, un certain nombre de questions visait à expliciter les ressources et situations matérielles présentes et abordait directement les parcours professionnel et scolaire passés⁵³.

Il est probable que si le CREDES avait orienté ses recherches sur l'emploi, en réalisant par exemple les entretiens dans des centres d'aides à l'insertion par l'emploi (type ANPE ou CCAS), nous aurions recueilli un discours nettement plus centré sur le drame de la perte de l'emploi et davantage axé sur la recherche d'un nouveau travail. Cependant, le choix des propos aurait également pu se révéler stratégique (légitimant la demande d'aides) et ainsi voiler la situation par une réalité factice, relevant davantage de l'image et de la posture implicitement demandées par l'institution.

1. Ici, ni référence, ni perspective de travail

L'analyse des entretiens confirme les résultats statistiques concernant la précarité professionnelle : 78,5% des personnes étaient, lorsqu'on les a interrogées, sans emploi et 15% occupaient des petits boulots ou des emplois au noir. Sur les 24 entretiens recueillis, 18 individus n'ont à l'heure actuelle aucun emploi (soit 75%), et seuls 6 individus ont un petit boulot déqualifié ou exercent un travail temporaire au noir (soit 25%). Aucun individu ne dispose donc d'un emploi stable – dans la durée et juridiquement parlant. Ici, point de travail.

Alors que l'absence prolongée d'un emploi stable est communément considérée comme le principal facteur de précarité et d'exclusion, elle n'apparaît pas comme telle dans les récits. Les références à un travail passé (et perdu) n'y sont présentées que de manière très allusive. Ce constat est d'autant plus surprenant que, à l'exception des plus jeunes, la quasi-unanimité des personnes rencontrées ont eu, au cours de leur existence, des phases – même brèves – de stabilité professionnelle, sanitaire et affective. Ici, trajectoire professionnelle, appartenance à un corps de métier, aspirations ou projets professionnels apparaissent comme marginaux. Seuls 10 individus – soit 40% – y ont fait allusion. On peut les distinguer en trois groupes :

⁵³ Cf. le guide d'entretien en *annexe 3*.

1.1. Quatre individus qui n'ont encore que peu éprouvé le marché de l'emploi

Ce sont de jeunes personnes caractérisées par des sentiments douloureusement ancrés dans les registres de l'isolement, de l'éloignement ou de la rupture familiale. Cependant leur situation – **Jamad**, **Marina**, **Laeticia** et **Eric** – est davantage liée à l'incertitude et à la fragilisation consécutive au passage à l'âge adulte qu'à une réelle précarité ; et ce d'autant plus qu'ils construisent et entretiennent un capital mobilisable : la poursuite d'études universitaires appuyées financièrement par des aides boursières et l'exercice de petits boulots (**Jamad**, **Marina** et **Laeticia**) ou l'entretien d'un vaste réseau relationnel ouvrant des portes dans différents secteurs d'activités comme c'est le cas pour **Eric**. Les difficultés éprouvées ne relèvent pas tant de profondes déficiences économique-professionnelles que de la perception oppressante et déstabilisante d'un risque de précarité. La structure affective et psychologique se trouve perturbée par un basculement soudain – et imprévisible – de l'âge de l'enfance et de la dépendance familiale à l'âge adulte et au devoir de se prendre en charge, économiquement et administrativement parlant.

De manière générale, le modèle socioculturel de passage à l'âge adulte en France s'opère de manière progressive. L'apprentissage des rôles dévolus à l'adulte s'effectue en plusieurs étapes plus ou moins ordonnées : dans un premier temps, l'individu acquiert une indépendance en termes de logement. Il demeure néanmoins dépendant des aides financières et des conseils administratifs de la famille pendant un temps certain. L'indépendance financière et administrative se réalise ensuite progressivement, avec le plus souvent un phénomène de persévérance du soutien familial, pour enfin aboutir à l'indépendance *stricto sensu*.⁵⁴ Nos quatre individus, eux, se sont retrouvés, du jour au lendemain, dans des situations où ils se doivent d'assumer simultanément l'ensemble des dimensions de l'indépendance. Ceci explique l'appréhension, les craintes et le besoin de soutien dont ils font état – de manière plus ou moins implicite – dans les entretiens. Dans ce cadre, l'accès à un emploi et les moyens mis en oeuvre pour entrer dans la sphère professionnelle, apparaissent alors comme le moyen évident de s'assumer et de faire face aux besoins économiques et ainsi de reléguer les appréhensions sur leur devenir.

⁵⁴ O. Galland, *Entrer dans la vie adulte : des étapes plus tardives mais resserrées*, 2000; Economie et Statistiques n°337-338.

1.2. Les individus qui s'inscrivent dans un parcours professionnel continu

- *Passé*

Ici, le récit de l'existence s'inscrit prioritairement sur le parcours professionnel, le cadre de travail et les relations et valeurs tissées au sein de cette sphère.

L'immigration de **Mounir** en France, après un passage prolongé à l'armée, est ainsi imputée au fort chômage sévissant au Maroc. En dépit de difficultés de santé, il n'a quasiment jamais cessé de pratiquer son métier d'ouvrier. Il se définit comme « *un bon ouvrier immigré* » et l'impact socioprofessionnel sur ses représentations et pratiques y est latent : rapport au corps très instrumental, écoute du corps uniquement lié à l'exercice de son métier, valorisation des idées de courage...

Il en va de même pour **Roland** qui à l'âge de 56 ans a passé sa vie au sein de l'armée. En dépit d'un parcours jalonné de coups durs – nombreux accidents liés à l'exercice de son métier et plus récemment séjour de neuf mois en prison pour une bagarre –, l'armée est présentée comme « *un choix de vie assumé* ». La représentation de son existence n'est vue qu'à travers l'exercice de son métier de légionnaire : « *très grande mobilité géographique... apprentissage éducatif de la discipline... incompatibilité avec une vie de famille* »... L'imprégnation des valeurs militaires est très forte. Elles parcourent représentations et logiques d'action : instrumentalisation du corps, rapport utilitaire et fonctionnaliste au système de soins, logique implicite de sacrifice, valorisation de la discipline et de l'ouverture par les voyages, besoin permanent d'activité...

Les entretiens de **Mounir** et **Roland**, assez détachés, s'apparentent à des récits initiatiques à un milieu professionnel et dévoilent une identification totale aux valeurs et représentations en vigueur dans ces sphères. Les difficultés économiques qu'ils traversent aujourd'hui sont directement reliées à des problèmes administratifs. Ils sont en attente d'une reconnaissance de leur activité passée par l'obtention d'une retraite qui leur est due – **Mounir** pour des problèmes de papier et **Roland** en raison de critères d'âge. La précarité de leur situation est donc jugée comme éminemment temporaire et la continuité de leur parcours professionnel se traduit par une attitude prononcée de démarcation des autres patients des centres de soins gratuits.

- **Actuel**

Seuls deux individus présentent des perspectives professionnelles construites, réfléchies et appuyées par une très bonne connaissance des structures et aides administratives. Le projet professionnel, au cœur même de leur discours, est avancé comme le **seul** moyen de sortir de l'impasse existentielle dans laquelle ils se trouvent. Avant tout, il est la condition nécessaire à leur survie mentale et physique.

Henri, en dépit de plusieurs échecs – mis sur le compte de difficultés relationnelles et de problèmes d'alcoolisme – poursuit son projet de toujours. A 59 ans, malgré la perte de son atelier et d'une partie de ses capacités manuelles dans la succession de deux incendies (troubles⁵⁵), il n'a jamais cessé de se mobiliser pour remonter son entreprise. Malgré des problèmes handicapant à la main et un âge assez avancé, il préfère – et soutient – l'idée de reconversion de son activité à une reconnaissance administrative et économique d'invalidité partielle.

Un tel investissement professionnel et une telle adversité face aux difficultés se retrouvent chez **Pierre**. Agé de 34 ans et issu d'un milieu rural qu'il connaît bien, il a d'ores et déjà créé deux entreprises agricoles, en France et en Afrique. L'échec de ces deux affaires est, là aussi, mis sur le compte d'un cumul de handicaps relationnels (« *j'étais trop sûr de moi* ») et de problèmes de santé (des algies virulentes qui ont perturbé ses capacités et continuent à être un élément entravant ses projets). Néanmoins son idéal de vie, immigrer en Afrique pour y remonter une entreprise agricole, demeure très vivace. Ses démarches et logiques d'action sont entièrement dévolues à ce projet : exercice d'emplois temporaires afin d'accumuler le capital nécessaire à la création de son entreprise, approfondissement des connaissances administratives relatives à la gestion d'une entreprise et au statut d'expatrié, attention au corps et à la santé restreinte à la pratique de son activité...

Si les pratiques de **Henri** et de **Pierre** sont toutes entières tournées vers la réussite de leur projet professionnel, ce n'est fondamentalement pas en tant que facteur d'insertion et d'intégration sociales. C'est avant tout un rempart au laisser-aller qui guette, un facteur de revalorisation d'une image usée et un frein à une dérive latente dans l'alcool et/ou les psychotropes. Si le projet professionnel revient de manière obsessionnelle, c'est parce qu'il leur apparaît comme l'unique condition de réalisation de soi, et en tant que tels, d'un équilibre psychique qui subordonne la survie physique – autrement dit, comme la principale ressource de protection de soi. Si l'activité professionnelle demeure centrale dans leur existence, leur situation est foncièrement différente de celles de **Mounir** et **Roland**. En effet, drames familiaux et relationnels, dérives dans l'alcool et conditions d'existence difficiles font partie

intégrantes de leur parcours⁵⁶. Tout comme maints patients rencontrés dans les centres de soins gratuits, leur personnalité s'est trouvée affectée par ces épreuves. En y regardant de plus près, leur projet professionnel est teinté de leur expérience de la précarité. Tous deux rêvent d'une entreprise individuelle et expriment un besoin irréductible d'indépendance : indépendance par rapport aux institutions d'aides que **Henri** a trop bien et prématurément connues dans son existence (DASS, EMMAÛS, ANPE ou encore cure de désintoxication et suivi judiciaire) ; indépendance par rapport au fonctionnement et aux mentalités capitalistes projetée dans l'émigration vers l'Afrique pour **Pierre**.

1.3. Deux individus pour lesquels l'obtention d'un emploi est une nécessité pour assurer des conditions décentes à leurs proches

Fabienne, après s'être séparée de son mari, se retrouve seule avec à charge deux enfants en bas âge. Elle ne touche que 3500 francs par mois pour leur assurer des conditions de vie décentes. C'est avant tout par rapport à ses enfants qu'elle recherche un emploi et semble être prête à accepter n'importe quel poste – en dépit d'un bon niveau scolaire puisqu'elle dispose d'une maîtrise de psychologie. Actuellement, elle attend dans l'angoisse une formation qu'elle présente « *comme sa dernière chance ... pour ne pas les priver... pour les emmener aux études ... pour ne pas leur couper l'herbe sous les pieds sous prétexte que j'ai pas d'argent, que j'ai pas de travail, quoi* ».

Cette logique de sacrifice et le poids des responsabilités familiales caractérisent également la situation de **Roger**. A la suite de la faillite de l'entreprise de ses parents, il a dû interrompre sa carrière professionnelle – dans l'hôtellerie et la restauration – pour aider ses parents à subvenir aux besoins de la famille.

Il ne s'agit donc pas pour eux de trouver un emploi dans lequel ils pourraient s'épanouir et valoriser leur utilité sociale. Ils semblent, en effet, prêt à accepter n'importe quel type d'emploi dès lors qu'il leur apporte les ressources nécessaires à la subsistance de leurs proches. Leurs responsabilités et leurs devoirs familiaux passent avant leurs intérêts et leur bien-être (*logiques de sacrifice*). La peur de ne pouvoir assumer leur rôle pèse fortement sur leur équilibre psychologique et s'exprime par des états anxio-dépressifs latents.

⁵⁵ Les circonstances de ces deux incendies sont peu développées et semblent même évitées. Aux vues d'une propension forte à la culpabilisation, il est fort plausible que Henri soit responsable de ces accidents, par négligence ou impulsivité liée à une alcoolisation excessive.

⁵⁶ A l'heure actuelle, **Henri** est SDF et ne dispose d'aucune source de revenus. Il semble avoir peu de relations et encore très « enclin à la bouteille ». A un moindre degré, **Pierre** est au chômage et logé chez un copain.

En résumé, pour ces 10 individus, le travail est présenté comme une composante primordiale de l'existence selon trois modalités :

- ***En tant qu'élément de sécurité et entrée réussie dans la vie d'adulte.***

C'est là une vision propre aux plus jeunes qui, à la suite de conflits ou ruptures familiales précoces, ont été confrontés subitement et prématurément à un devoir d'indépendance. Soutenu par des études ou un bon réseau relationnel, le travail est avant tout un moyen de s'assumer économiquement, d'éloigner l'angoissant spectre de la précarité (qui n'est encore qu'un spectre). C'est donc une logique d'intégration dans la vie active et une forme de protection contre une instabilité crainte.

- ***En tant qu'affirmation identitaire.***

Le travail et/ou le milieu professionnel sont fondamentalement constitutifs de l'existence passée et future. Il modèle profondément la personnalité et s'exprime à travers les représentations et les logiques d'action. C'est ici une logique de valorisation de soi et une forme de protection identitaire.

- ***En tant que contrainte liée à des responsabilités familiales.***

La recherche d'un travail rémunérateur, quel qu'il soit, a pour seul objectif d'assurer une vie décente aux proches. C'est là une logique de sacrifice et une forme de protection des autres.

2. Eloignement du marché du travail

Dans le cas des 10 individus étudiés ci-dessus, le travail par ce qu'il véhicule (affectivement et identitairement) apparaît comme une forme de protection face à la dévalorisation inhérente aux conditions présentes. Le travail est parfaitement inscrit dans le temps : il n'a jamais cessé de participer à l'image pour soi et aux yeux des autres. *Au passé*, c'est l'apprentissage d'un métier, l'immersion dans un milieu professionnel, la genèse et l'organisation d'un projet. C'est aussi l'expérience des difficultés, la confrontation à des ruptures et les tentatives d'assimilation pour mieux appréhender le futur professionnel. *Au présent*, c'est le manque d'activité ou une déficience de reconnaissance de son activité qui est au cœur des interrogations. *Au futur*, c'est le moyen clairement identifié pour continuer à se construire – ou éviter de dé-construire son existence et celle des proches. Aussi houleux et incertain que fût (*est ou sera*) leur parcours, le travail est une entité indissociable et fortement structurante de l'individualité et de son devenir.

Comment expliquer alors le silence flagrant qui règne dans les 14 autres entretiens sur ce thème ? Bien qu'en âge de travailler et actuellement sans emploi stable, ces personnes ont globalement banni de leur récit toute référence, même implicite, au travail. Les perspectives d'un avenir professionnel ne sont que très marginalement évoquées et l'histoire de la perte de l'emploi éludée. Plusieurs hypothèses explicatives peuvent être avancées.

2.1. Des personnes qui font entre elles peu état de leur passé

Vexliard, dans son oeuvre maîtresse, *Le Clochard*, souligne le fait qu'entre elles les personnes démunies font peu état de leur vie passée⁵⁷. Tout ce qui est antérieur à la dégradation de leurs conditions (conceptualisé comme un « avant ») serait alors soumis à un phénomène de censure car susceptible de faire resurgir des épisodes douloureux et de renvoyer l'image de leur déchéance sociale. Le récit du travail perdu n'échapperait alors pas à cette règle.

Les entretiens réalisés remettent fortement en doute cette piste de compréhension. Il est vrai qu'en replongeant les individus dans le « corridor de leurs souvenirs », nous avons souvent été confrontés à une parole difficile, une introspection épuisante psychologiquement et affectivement. De ce fait, certains épisodes n'ont pu être exprimés que de manière implicite et énigmatiques par des silences mis en souffrance, des expressions du visage ou encore des variations de ton et de rythme. Parfois, les réponses consistaient en des formules euphémiques ou allusives ou encore en une réponse qui coupe court à toute nouvelle indiscretion sur ce thème – parce qu'on ne saurait dire l'indicible.

Betty ne dira qu'un mot sur la mort de son mari. Aborder cette blessure béante lui semble, encore vingt ans après, une chose inconcevable. **Solange**, elle, ne parvient pas à mettre les termes correspondant aux probables sévices sexuels subis dans son enfance : « *Je me souviens qu'un jour, il m'a emmené dans la réserve... pourquoi ? Ca je ne sais pas mais y avait...* » ou encore « *On était tous les trois dans la réserve, c'était pas pour les bonbons hein! Je ne sais pas pourquoi (long silence)... Et puis qu'est-ce qu'il m'a fait d'autre ? (très long silence)* ».

Il y a également derrière ces comportements une certaine idée de dignité. Tout ne peut être dit et tout ne peut être montré. Aussi démunis qu'ils soient, ils sont porteurs d'une tristesse, d'une histoire et d'un destin qui leur est encore propre. Pour autant, les individus ont saisi cette opportunité pour exprimer des sentiments souvent tus et ébaucher une reconstruction de leur parcours général. Nombre d'individus ont témoigné reconnaissance et soulagement envers cette « parole offerte ». **Patrick** et **Vincent** ont souligné que « *ça pouvait les aider à avancer* », **Laeticia** et **Marina** se sont proposées spontanément à l'entretien car elles avaient « *besoin de parler et d'être écoutées* », **Serge** et **Betty** sont même revenus le lendemain pour

⁵⁷ Et, de ce fait, remet en cause l'observation participante comme méthode adaptée à l'analyse de ce type de population.

souligner « *le bien que ça leur avait fait de s'exprimer* ». Suivant cette logique d'effort de restitution et de reconstruction de leur trajectoire, ils ont livré des pans importants de leur existence, y compris des événements dévalorisants, intimes ou intra-familiaux. Dès lors, on ne saurait attribuer l'éclusion du travail à un phénomène de protection par omission ou oubli volontaires.

2.2. Dans les récits, nous découvrons avant tout un public socialement très éloigné du travail

En réalité, c'est davantage parce qu'ils sont démunis de capital d'insertion professionnelle – expérience, réseau relationnel, niveau scolaire, état de santé... – que la trajectoire professionnelle est bannie des discours. Tous sont depuis longtemps sans emploi stable. Par ailleurs, aucun, à l'exception de **Morice**, n'indique la durée depuis laquelle ils sont dans cette situation comme si elle était une constante qu'on ne saurait changer. Au mieux, ils sont allocataires du chômage, du RMI ou de substituts aux revenus du travail (Allocation Handicapée...). Au pire, ils ne touchent aucun type de compensation, soit qu'ils sont éloignés des structures administratives, soit qu'ils sont en situation irrégulière. On comprend cette déconnexion quasi-irréversible du marché du travail aux vues de leur parcours :

- Le plus souvent, ils ont emprunté des filières professionnelles courtes et peu valorisées (type CAP, BEP, apprentissage, diplôme étranger mal reconnu...). Leur scolarité s'est souvent avérée houleuse, parfois interrompue par des problèmes de santé ou familiaux. Les études poursuivies, menant majoritairement vers des emplois ouvriers, sont souvent présentées comme issues d'exhortations familiales et non d'un choix personnel. Ainsi, **Morice, Vincent et Laurent** ont réalisé des formations type BEP-CAP les orientant vers des domaines pour lesquels ils éprouvaient une répulsion certaine.
- Le récit de leurs expériences professionnelles consistent souvent en une énumération d'emplois déqualifiés, de travaux saisonniers et temporaires : cuisinier, serveur, manœuvre, pompiste, caissier, vendangeur... L'absence de notions de carrière, de stratégies et de logiques d'évolutions au sein d'un secteur ou d'un poste fixe, est symptomatique. Elle est révélatrice d'une handicapante absence de continuité professionnelle – que ce soit en termes de compétences ou de domaines d'activités. Dans ces conditions, un emploi ne peut être considéré que comme temporaire, et les perspectives professionnelles comme des opportunités aléatoires, ce qui expliquerait la mise au pas de logiques actives de prospection pour des postures d'attente désillusionnée.
- D'autre part, les métiers exercés se pratiquent souvent dans des conditions difficiles. Ce sont des postes qui demandent qualifications et aptitude minimales et où les employés

sont considérés comme une main d'oeuvre exploitable et remplaçable⁵⁸. Les travailleurs sont davantage exposés à une usure physique et nerveuse et aux ruptures liées aux accidents de travail⁵⁹. Cette fragilité est renforcée par le fait qu'ils se trouvent souvent moins protégés en termes de stabilité, de reconversion, d'évolution et de droit (indemnisation des licenciements...). L'âpreté des conditions passées d'emploi a laissé des traces sur l'aptitude et l'efficacité aux tâches manuelles, contribuant à amoindrir les capacités d'adaptation et les chances de réinsertions futures.

Exposés à de longues périodes de chômage, les inemployés, même aptes, deviennent peu à peu inemployables. Ils subissent un processus progressif d'invalidation sociale.

3. Réévaluation des besoins, modification des priorités et « marquage institutionnel »

3.1. Dégradation des besoins et réévaluation des priorités

De tels phénomènes, latents dans les entretiens, seraient issus d'une dynamique de désorganisation et de réorganisation autour d'une situation existentielle nouvelle. Ils vont dans le sens d'un éloignement du marché du travail, non en termes de compétences mais d'un rapport au temps et aux valeurs profondément modifié. Face à la pérennité des difficultés, l'existence ne peut être qu'un éternel présent où se conjuguent absence de continuité et refus des responsabilités. Dans ces conditions, le travail passe au second plan. Il n'est qu'un instrument ponctuel d'assouvissement des besoins minimaux : alimentation et aspect vestimentaire. **Vincent**, à 23 ans, ne voit le travail qu'en termes « *de dépannage* ». De même, **Betty** qui vit dans une yourte sans eau potable ni électricité, vend des produits artisanaux sur les marchés afin d'assurer ses repas.

Les besoins tels qu'ils sont exprimés par les individus relèvent davantage du spirituel que du matériel car leurs conditions de survie sont en réalité perçues comme reliées au psychologique et à l'affectif, bien plus qu'à des considérations économiques.

⁵⁸ La population la plus « corvéable à merci » étant les immigrés sans autorisation de séjour en France, condamnés au travail au noir.

⁵⁹ Voir par exemple, V. Kovess, J. Bourget-Devouassoux, A. Chastang, M. Ortun, *La santé mentale dans l'enquête « Conditions de vie »*. *Problématiques et premiers résultats.*, 1992, Revue de Santé Publique, pp. 5-39.

3.2. Influence diffuse des institutions

Il est certain que les institutions modulent le rapport au marché du travail. La pérennité des situations de chômage a induit des contacts fréquents avec les principales institutions d'aides : ANPE, CCAS... L'impact de ces organismes sur le positionnement des bénéficiaires à l'emploi ne saurait être nié – bien que ces relations soient souvent opaques (car inconscientes ?) dans les récits .

Didier Demazières⁶⁰ nous invite à *passer d'une approche des mécanismes d'adaptation des identités individuelles à la privation d'emploi à une analyse des processus, relationnels, de construction d'identifications sociales mettant en jeu, outre les individus privés d'emploi, des acteurs professionnels chargés de la lutte contre le chômage*. Autrement dit, le positionnement adopté par les chômeurs face à l'emploi ne saurait se restreindre à une simple analyse biographique. Il faut également prendre en compte le fait que l'identité est modelée et lissée par interaction avec le personnel, au contact des méthodes de classement, de prise en charge et de réorientation opérées dans ces organismes. Demazières parle de *négociation de l'identité* dans le sens où elle est le produit de l'ajustement entre la manière dont le chômeur se définit et celle dont l'agent le catégorise. Partant de la construction de ces interactions en quatre idéal-types, on peut inférer le positionnement face à l'emploi des sujets interrogés.

- ***L'identité d'inactif-handicapé***

correspond à la mise en avant des handicaps de santé ou d'âge et mène au renoncement à la recherche d'un emploi. Il y a consensus, entre les deux parties, pour un retrait légitime de la sphère économique et l'attribution d'aides compensatoires à une inactivité reconnue comme inévitable.

Ce mode de définition par le handicap – que ce soit physique ou psychologique – apparaît fréquemment dans les entretiens. **René** l'illustre parfaitement. A l'âge de 59 ans, la vision qu'il a de lui-même se fonde principalement sur le handicap et sa reconnaissance par les différentes institutions : « *je suis un enfant de la DASS* », « *je suis reconnu comme fou dangereux* », « *je suis reconnu comme tumeur au cerveau* », « *je suis reconnu comme cirrhose* »...

Une forme prononcée d'abandon et de fatalisme teinte ces discours et s'exprime souvent par l'utilisation immodérée de la forme passive (lexicographiquement parlant).

⁶⁰ *La négociation des identités des chômeurs de longue durée*, Revue française de sociologie n° XXXIII, 1992, pp. 335-363.

- ***L'identité de demandeur d'emploi***

reconnaît à l'individu les capacités à rejoindre la sphère professionnelle, en dépit de plusieurs échecs. L'institution valorise ses atouts – insistant davantage sur sa personnalité que sur son cursus : volontarisme, motivation, mobilisation, abnégation... – et ses possibilités de réinsertion. L'échec de ses recherches est attribuée à un manque de connaissances administratives et à des projets désordonnés et mal ciblés⁶¹. Le mode de traitement classique consiste alors à proposer des formations censées ouvrir les portes vers une insertion future.

A l'exception de nos quatre jeunes étudiants – le diplôme poursuivi légitimant la position future de demandeur d'emploi –, force est de constater la rareté de tels positionnements. Seule **Fabienne**, à l'heure actuelle, attend une formation et s'inscrit ainsi comme travailleuse potentielle.

- ***L'identité d'assisté traitable***

correspond, pour l'ANPE, aux « cas lourds » relationnellement et psychologiquement parlant. Le problème ne provient pas ici des qualifications mais d'une inadéquation entre une personnalité jugée caractérielle – « renfermé », « nerveux »... – et le comportement demandé au travail. L'institution dénie toute prétention à l'emploi et focalise ses démarches vers des aides psychologiques visant à lisser des comportements jugés professionnellement et socialement inacceptables. Ce type de traitement « *contribue à amplifier une extériorité par rapport au marché du travail et à opérer un repli non pas revendiqué mais mal vécu, rationalisation d'une marginalité toujours croissante* », selon les termes de Demazières.

C'est cette mise en parenthèses des préoccupations professionnelles au profit d'un règlement préalable des conflits et problèmes intérieurs qui revient le plus souvent. Le rôle joué par les institutions, bien que transparent et plus ou moins diffus selon le type de structures, est latent. Il s'agit, avant tout :

- de régler les problèmes d'alcoolisme et/ou de toxicomanie (*via* des cures et un suivi psychiatrique) – **Morice, Loïc, Laurent, Flo, Serge, Vincent...** ;
- de lisser des incompatibilités relationnelles à l'insertion (pour les « gens de la rue »...) – **Patrick, Loïc, Henri, Jacky...** ;
- de se soustraire des conflits internes (reconstruction *via* des psychologues et des assistants sociaux) ;
- de soigner des dérèglements psychiatriques (*via* l'hôpital psychiatrique) ou sociaux (*via* la prison) – **Solange, Serge...**

- ***Les actifs déviants***

se caractérisent par le fait qu'ils pratiquent des emplois non déclarés et usent d'un réseau d'aides informelles. Ils ne sont pas totalement dépourvus de ressources mais doivent affronter

⁶¹ Demazières dit de ces personnes que « c'est moins par leurs comportements sur le marché du travail (recherche d'emploi) qu'ils sont jugés « responsables » que par leurs manières de s'engager dans l'interaction ».

un avenir incertain. Ils se trouvent dans des positions vulnérables bien qu'ils soient reconnus comme « débrouillards » et disposent des principaux attributs d'employabilité. Ce sont principalement des immigrés « sans papiers » que l'on peut regrouper sous ce vocable.

Ainsi, **Jo** a immigré de l'Algérie en France il y a une dizaine d'années. Aujourd'hui sa situation n'est toujours pas régularisée si bien qu'il ne peut valoriser un niveau scolaire satisfaisant et doit se restreindre à « l'économie souterraine ». Une telle situation s'accompagne d'une forte fragilité psychologique liée à une insécurité administrative et économique permanente⁶². Exercer un emploi au noir n'est en aucun cas un choix délibéré ; il est contraint par des menaces d'expulsion. Par ailleurs, remarquons que, si cette manière d'appréhender l'emploi est caractéristique des immigrés « sans papiers », elle se retrouve également pour les individus menacés judiciairement – dettes impayées, peine de prison en attente...

Le passé institutionnel des individus interrogés est chargé. Tous sont passés dans des structures d'aides et/ou de prise en charge de la détresse et des dérèglements psychosociaux. Comme le soulignent Demazières et Dubar, ces interactions répétées modèlent profondément leur identité sociale et professionnelle. Cependant, l'influence des structures sur la vision et la projection individuelle face à l'emploi ne saurait être restreinte aux institutions classiques d'insertion professionnelle. D'autres institutions plus « totalitaires », selon l'appellation de Goffman⁶³, telles que la DASS, les centres de soins généraux ou de désintoxication, l'hôpital psychiatrique ou la prison participent de l'assimilation, plus ou moins consciente et plus ou moins contrainte, d'une identité sociale et professionnelle dégradée.

L'évasion de l'emploi – passé et futur – ne saurait se traduire de manière unidimensionnelle. Ce phénomène articule et combine de manière originale trois principaux éléments :

- Un éloignement du marché du travail lié à une longue période d'inactivité et à un capital scolaire et professionnel restreint.
- Un mode d'adaptation aux nouvelles conditions qui, *via* la dégradation des besoins, la résurgence de nouvelles priorités et de nouvelles valeurs, donne au travail un aspect secondaire.
- Un renoncement ou un différencement des perspectives de travail négociés ou imposés au cours des nombreuses interactions avec les différentes institutions.

⁶² On retrouve chez **Nordine** un cas strictement similaire.

⁶³ Définie par Erving Goffman, dans *Asile*, comme « l'institution qui prescrit à la personne qui vit l'ensemble de ses comportements, l'ensemble de ses fonctionnements ».

C. Substitution du fardeau familial et du corps malade au récit du travail perdu

1. Mise en scène des récits

L'histoire de vie est « *recherche et construction de sens à partir de faits temporels personnels* »⁶⁴. La restitution à autrui de son parcours biographique relève à la fois de la mémoire et de la présentation de soi. L'histoire est intimement lié au temps et la façon de concevoir le temps conditionne directement la (re)présentation de ce passé – (re)construction. C'est le regard du présent (donc focalisé selon les conditions de vie et l'état d'esprit actuel) qui crée *a posteriori* le sens et la trame de la biographie, selon des mécanismes d'interprétation, de rationalisation ou encore de légitimation.

A la vue de la population approchée, il semble particulièrement intéressant d'appliquer la démarche compréhensive, démarche selon laquelle la signification accordée aux événements et aux situations relatées font partie de la réalité étudiée. *La mise en scène des récits*, qui sous-tend une objectivation individuelle des causes et du vécu de la précarité, peut être résumée en trois principales composantes⁶⁵ :

1.1. La contextualisation du récit

Cette première dimension repère le cadre général dans lequel s'insèrent les récits de vie, l'angle par lequel l'individu restitue son parcours général (et en particulier dans la précarité). Selon le contexte, la lexicographie et le ton employés diffèrent profondément.

Trois trames directrices peuvent être énoncées :

- Le « *drame intimiste* » s'apparente à une description approfondie des relations intra-familiales. L'individu narre les dysfonctionnements, les conflits et ruptures qui ont affecté le cercle clos de la famille, en puisant principalement ses mots dans le registre du sentiment.
- En revanche dans le « *drame contextualisé* », les relations inter-personnelles sont définies par rapport à un milieu de vie ou des conditions historiques particulières. A ce contexte socioculturel correspond souvent des modèles identitaires dont le narrateur est dépositaire. Trois sous-types de cadres historiques peuvent être repérés : le contexte *culturel* (gitans, immigrés...), le contexte *socioprofessionnel* (histoire reliée aux valeurs et pratiques d'un

⁶⁴ G. Pineau et J. L. Legrand, *Les histoires de vie*, 1993, PUF Editions Que sais-je ?

⁶⁵ Pour une plus ample description de ces composantes, on pourra consulter G. Menahem, *Enfance difficile, santé en péril* 1998, Document de travail du CREDES.

corps de métier) et le contexte *historico-économique* (histoire contextualisée par rapport à des bouleversements sociétaux, généralement économiques mais ce peut être aussi des guerres...).

- Le « *récit de la contingence* », enfin, témoigne de l'absence d'une mise en scène explicite. Contexte et chronologie sont éludés du discours.

1.2. L'inscription de la biographie dans le temps

Elle est relative au passé et porte sur les modes de détermination *a posteriori* des causes de la *disqualification sociale* (explication, rationalisation, légitimation) ; elle véhicule le sens global donné à l'histoire. Trois principaux idéal-types émergent des discours :

- ***Le « mythe d'origine »***

où l'existence est présentée comme un destin cellé d'avance, se référant à un manque, une injustice ou un handicap originel et inéluctable. Le récit insiste sur une fatalité innée (ou héritée prématurément).

- ***La « rupture » ou le « basculement de l'existence »***

où l'inscription dans le temps se fonde sur la survenue d'un événement négatif qui bouleverse les conditions de vie initiales. Il faut néanmoins ajouter qu'il s'agit davantage d'*effet cliqué* ou de *point de rupture* touchant des individus déjà fragilisés que de chocs réellement soudains qui les précipiteraient dans la précarité. Enfin, une telle rupture peut être temporelle (« avant » et « après ») ou spatiale⁶⁶ (« ici » et « là-bas ») et le déclencheur interne (famille...) ou externe (accident, licenciement...), endogène (toxicomanie...) ou exogène (perte d'un être cher...).

- ***La « succession intarissable de malheurs »***

où l'histoire se résume en une juxtaposition incommensurable d'expériences présentées comme autant de « coups du sort », de « hasards de la vie ». Souvent même, le flot permanent de paroles et de malheurs est déstructuré au point d'en perdre tout repère spatio-temporel. Le passé est ici rarement mis en cause (car il est peu investi) et les liens entre les nombreux événements ne sont pas même esquissés.

⁶⁶ Rupture spatiale qui corespond à la majorité immigrés récents que nous avons rencontrés.

1.3. L'implication affective ou sens aux mobilisations des individus

Cette dernière dimension cerne la manière dont les individus se positionnent face à la dégradation de leur condition économique et sociale. Elle porte donc sur la manière dont « ils se vivent dans la précarité et le dénuement ». Quatre principaux idéal-types peuvent être retenus :

- **Les « logiques de victimisation »**

L'individu se déculpabilise de sa situation présente et assigne la faute à une cause extérieure. Il s'agit soit d'événements aléatoires (accidents...), soit d'agents « contaminants » (majoritairement la famille mais aussi des institutions telles que la DASS ou l'hôpital psychiatrique) desquels ils ne parviennent à se détacher.

- **Les « logiques de culpabilité »**

correspondent à la perception d'une sombre destinée comme châtiment d'une faute passée. L'individu tend donc à inscrire « ses galères et souffrances » dans une logique d'expiation d'un passé coupable.

- **Les « logiques de construction face aux difficultés »**

L'individu se perçoit comme une victime mais il se refuse à en adopter la posture. Il se réfère à des valeurs d'abnégation et de dignité et des comportements actifs et structurant face aux difficultés.

- **Des « logiques de détachement »**

ont également émergé de quelques entretiens. Le narrateur adopte ici une forme de détachement et d'objectivation de son histoire : il n'accuse pas plus qu'il ne se plaint et avance la thèse d'une « destinée contre laquelle on ne peut rien ».

Naturellement, il s'agit ici d'idéal-types, donc de catégories conceptuelles qui permettent d'approcher la mise en mots des biographies mais ne prétendent nullement les assigner de manière stricte aux situations décrites. Pour chacune des dimensions, un idéal-type n'exclut pas nécessairement l'autre. En règle général, il y a *dominance* d'un idéal-type sur les autres mais il peut également arriver qu'il y ait concomitance⁶⁷. D'autre part, les trois dimensions de la *mise en scène du récit* sont loin d'être indépendantes les unes des autres. Par exemple, une personne se référant au « *mythe d'origine* » se livrera généralement à un « *drame intimiste* » qui postule une forme de « *victimisation* » face à sa disqualification sociale.

⁶⁷ Ces phénomènes de concomitance étant par ailleurs d'occurrence inégale selon les idéal-types. Par exemple, si nous considérons la dimension de *l'inscription dans le temps*, « *mythe d'origine* » et « *succession intarissable des malheurs* » sont plus fréquemment enchevêtrés.

C'est sur la base de l'analyse conjointe de ces trois dimensions, que nous pouvons mieux comprendre comment la dimension professionnelle s'est trouvée reléguée du discours. Au mieux, elle apparaît comme imbriquée et souvent relativisée par d'autres événements. Au pire, elle est évincée par un discours plus général mettant en avant trois grandes dimensions :

2. Une histoire familiale centrale

2.1. L'enfance fautive

La majorité des individus s'attarde sur une enfance subie et dont ils sont toujours négativement tributaires. Ils livrent alors des « drames intimistes » qui puisent dans le lexique du sentiment et du ressentiment, du manque et de l'incompréhension, de l'injustice et de la fatalité. Les modes d'expression de l'affectation, bien que variables, en sont symptomatiques : débit rapide, sans respiration ni ponctuation ; parole difficile entrecoupée de silences comme une souffrance mise en suspens ; ton amorphe... Ces sujets dévoilent un passé lourd d'événements auxquels ils ne parviennent à se soustraire. Dans maints cas, la précarité apparaît alors comme la continuité logique d'une descendance défavorable (*mythe d'origine*). Elle est présentée comme inhérente à l'ignorance de la filiation, à l'abandon et au placement en institutions (**René, Patrick, Loïc, Flo...**), à des violences et des maltraitements (**Solange, Laurent, Jacky**), ou encore à une incompréhension et/ou une indifférence affective des parents (**Jamad, Laeticia, Vincent**). L'enfance est retracée comme l'élément conditionnant leur devenir, comme si le manque, l'isolement et la souffrance originels étaient des caractéristiques innées de leur humanité, et en tant que telles immuables et inéluctables.

La famille fait figure d'un élément atemporellement contaminant, d'un handicap insurmontable contre lequel ils ne peuvent qu'adopter des comportements de résignation et d'oubli, et se positionner sous les vocables du manque et de l'injustice : « *J'ai pas de père, j'ai pas de père-repère* » (**Vincent**) ; « *c'est con parce qu'ils [mes parents] ont foutu un mec en l'air* » (**Loïc**) ; « *Le médecin m'a dit : allergie à la pourriture. Alors moi la pourriture j'en déduis.. enfin c'est la famille la pourriture... c'est la famille* » (**Solange**)... La trajectoire individuelle est reconstruite – et légitimée – essentiellement sur la défaillance familiale, responsable de tous les maux. Elle est régie sous le mode univoque de la « victimisation » et de la déresponsabilisation. L'idée centrale est que le destin est scellé d'avance. L'aspect redondant de certaines tournures (« *c'est le destin [...] pas de chance... encore pas de chance* » (**Roger**) ; « *j'avais pas le choix* » (**Jo**) ; « *de toutes façons, ça, c'est la vie je pense [...] de toute façons, ça sert à rien* » (**Flo**) ; « *maintenant c'est foutu* » (**Fabienne**)...) et l'emploi fréquent de la voie passive (« *ils [mes parents] m'ont fait faire [...] ils m'ont*

embarqué » (**Solange**), « *ma vie s'est arrêtée* » (**Vincent**)... témoignent de cette propension au fatalisme qui mène souvent les individus à des attitudes de laisser-aller et de dérive dans les psychotropes (« *logique de victimisation* » très marquée). L'existence ne se décline qu'à un seul temps : celui de l'éternel et inéluctable présent gris.

Le cas de **Laurent**, parmi d'autres, illustre fort bien cette conception fataliste et originellement déterminée de la précarité et de la souffrance. A 40 ans, l'ensemble des problèmes rencontrés dans sa vie adulte est mis en parallèle avec une enfance parsemée d'événements douloureux. Chacun de ses échecs est mis sur le compte d'une blessure ou d'une maltraitance juvénile : *échec scolaire et professionnel* relié aux exhortations parentales à passer un CAP de peintre alors qu'il aurait souhaité être pâtissier ; *échec sentimental* car le viol subi par son frère lui rend inconcevable toute relation sentimentale ; *échec relationnel* expliqué par les violences infantiles reçues dans l'indifférence qui lui ont « *fait baisser les bras* » ; *dérive dans l'alcool* directement relié au fait que ses « *parents lui mettaient de l'alcool dans le biberon quand il était bébé* ». Malgré un effort nouveau de reconstruction de sa trajectoire impulsé par des consultations psychiatriques, Laurent légitime et réduit ses conditions de vie, ses prises de risque, son manque d'estime et un rapport au corps dégradé (qui s'apparente assez fortement à une « *névrose d'échec* ») à la fatalité de ses origines.

Si beaucoup d'individus « *marqués par le sceau de l'enfance* » adoptent une telle posture de « *victimisation* » où oubli « *addictif* » et dévalorisation voire anéantissement de soi prédominent, il en est d'autres qui parviennent à dépasser ce poids identitaire et à élaborer des logiques de résistance et de lutte envers ce déterminisme originel (*logique de construction de soi*).

Patrick (21 ans) a connu une double rupture : « *enfant de la DASS* » et séparé de sa sœur dans un premier temps, il est ensuite rentré en conflit avec sa famille d'accueil. Les fugues et les errances nombreuses l'ont amené à une « *longue expérience de la dure vie de la rue* ». En dépit de l'usure physique et psychologique liée à l'ignorance de sa filiation et à la dureté de ses conditions de vie, ses expériences sont déclinées sous la forme d'un « *apprentissage* », d'une « *construction identitaire* ». Sa résistance à la douleur (« *mon histoire m'a rendu plus fort* »), « *sa liberté de choix de mec à la rue* » et les idées de lutte et d'adversité sont valorisées. Aujourd'hui il relativise ses handicaps, sait se mobiliser « *lorsqu'il se sent dans l'impasse* » (consultation de lui-même chez une psychologue) et voit le futur d'un oeil optimiste : « *tout le monde passe par là* ».

2.2. Les ruptures conjugales : entre facteur de fragilisation économique et dérives « addictives »

A l'enfance difficile se superposent pour certains⁶⁸ des ruptures conjugales. Il est frappant de voir que les individus sont très majoritairement séparés de leur conjoint ou célibataires et que peu ont reconstruit une relation sentimentale stable.

Dans les récits, les ruptures matrimoniales apparaissent comme un point de scission de l'existence. Ils la découpent en un « avant » et un « après » régi par l'incompréhension⁶⁹, l'abandon et la souffrance liée au déni de la paternité (**René**, **Flo** et **Serge** souffrent de ne plus entretenir aucun contact avec leurs enfants). Pour les femmes rencontrées, les conséquences des échecs sentimentaux sont essentiellement présentées en tant que facteur de vulnérabilité et d'oppression économique. En revanche, pour les hommes interviewés, la perte des attaches sentimentales est décrite en termes de dérives toxicomaniaques, de comportements autodestructeurs et d'atteintes corporelles. Le récit de la séparation conjugale fait souvent place à celui des errances géographiques, addictives et psychologiques et le récit bascule alors dans une énumération souvent coupable de ruptures relationnelles, d'accidents et de bagarres. Par ailleurs les répercussions s'avèrent souvent très ambiguës : si les ruptures conjugales sont présentées comme facteurs de dérives – c'est à dire comme facteurs aggravants plus que comme origines de la précarité – la famille perdue se cristallise également comme l'entité au nom de laquelle on tente de se reprendre (cures de désintoxication) et de se reconstruire. Le cas de **René** illustre parfaitement cette ambiguïté. Sa sévère toxicomanie est présentée comme l'ultime moyen de se protéger face à la perte de sa famille. Ses deux sérieuses tentatives de suicide sont explicitées comme un appel au secours et une expression de sa détresse dirigée vers sa femme. A l'inverse, il articule une plus grande écoute et une plus forte attention à sa santé à l'espérance (*a priori* illusoire) de revoir sa femme et ses deux enfants.

2.3. L'immigration : éloignement fragilisant, sentiment d'injustice et lutte pour ses droits

L'immigration telle qu'elle est restituée dans les entretiens s'apparente, sinon à une rupture, tout du moins à une transformation inhérente à un éloignement familial et socioculturelle. Elle est globalement source de fragilisation, et ce d'autant plus que l'immigration en France apparaît souvent comme un choix contraint : **Mounir** parce que le chômage sévissait au Maroc et en Algérie ; **Nordine** et **Marina** pour se mettre à l'abri de menaces politiques potentielles (respectivement en Algérie et au Gabon) et **Betty** car elle ne supportait plus son

⁶⁸ Ils appartiennent en général aux classes d'âge supérieures (au dessus de 35-40 ans).

⁶⁹ Incompréhension sur les raisons de ces ruptures visible par exemple chez **Morice**.

mode de vie en Angleterre. Arrivés en France, ils font donc l'expérience de la séparation des proches : **Jo** et **Nordine** ont tous deux du quitter leurs proches alors que leurs 7 frères et sœurs sont restés au « bled ».

Cependant, l'immigration de ces sujets se réfère schématiquement à deux contextes différents qui donnent lieu à des vécus et des expériences fondamentalement divergents.

Les plus jeunes, issus de milieux plus aisés, sont généralement en France pour poursuivre des études jugées plus valorisées. Ils se trouvent donc en situation régulière et directement immergés dans le cadre social qu'est l'université. Néanmoins, leur nouvelle situation est souvent perçue comme difficile et fragilisante car elle les expose à une indépendance nouvelle et à un devoir d'adaptation. A travers l'éloignement familial, c'est aussi le manque des valeurs socioculturelles qui y sont attachées qui déstabilise : « *l'ouverture d'esprit* », « *la famille élargie* », « *la solidarité* », « *la socialisation de la maladie* »... Ainsi, **Marina** et ses soeurs ont quitté le Gabon pour continuer leur cursus scolaire en France. En tant qu'aînée, elle doit assumer le rôle de « *tutrice* » de ses soeurs. En l'espace d'un an, son statut a brusquement évolué « *d'enfant à la charge de ses parents* » à celui « *d'adulte en charge de ses sœurs* ». Une telle responsabilité conjuguée aux difficultés qu'elle éprouve à gérer ses propres problèmes administratifs est source d'expression psychosomatique mineure d'anxiété. Elle souffre de « *devoir se débrouiller toute seule* » et « *de devoir s'adapter malgré tout* », loin de ses proches. Les sentiments d'isolement et de contrainte découvrent une demande implicite de prise en charge affective et de soutien face à la séparation parentale.

Lorsque s'ajoute, en sus, une situation irrégulière (**Jo**, **Nordine**), on comprend que leur quotidien soit régi par l'anxiété et la peur permanente d'être expulsé. Cependant, ces instabilités statutaires et psychologiques se trouvent souvent partiellement compensés par des réseaux de solidarité et de soutien. Si ils se présentent comme des *victimes administratives* véhiculées par un sentiment de non-reconnaissance (en France) et de danger (dans leur pays d'origine), les logiques d'entraide les poussent à adopter des logiques de *construction face aux difficultés* qui leur permettent de se loger, de trouver des petits boulots, tout en militant souvent pour le droit à la reconnaissance des « sans papiers ».

3. La santé : support de la douleur et réceptacle des expériences de précarité

3.1. Relativisation et déni des liens entre santé et précarité

Les liens entre problèmes de santé, conditions de vie et chômage sont rarement opérés alors même que de nombreuses études ont montré l'importance de ces liens⁷⁰. En réalité, peu font le lien entre les contraintes physiques et sanitaires imposées par l'instabilité de leur situation de logement et les troubles de santé dont ils souffrent. Et, lorsqu'ils reconnaissent le rôle joué par ces conditions, ils tendent à le relativiser au profit d'autres facteurs endogènes (contamination de la famille, équilibre psychologique...). Dans l'autre sens, la santé n'est en général articulée au chômage que de manière sommaire et implicite, et uniquement lorsqu'elle donne lieu à une reconnaissance administrative (Allocation Adulte Handicapé). Il n'y a donc pas réellement d'interpénétration explicite entre santé dégradée, usure et surexposition aux pathologies et déficiences professionnelles. Le récit des troubles de santé, des accidents et des handicaps est davantage articulé à une dégradation de son image et de son autonomie qu'à des considérations sur une potentielle incapacité au travail.

3.2. Douleur physique et psychique concomitante

En revanche, état de santé et histoire familiale sont profondément enchevêtrés. Fréquemment, les sujets les perçoivent comme indissociables l'un de l'autre. Parmi les nombreuses expériences de santé relatées par les sujets, douleur psychologique et douleur physique apparaissent souvent comme indissociables l'une de l'autre ; soit que le trouble de santé est l'expression psychosomatique de troubles affectifs ; soit que la détresse identitaire favorise les dépendances « addictives » (alcoolisme, toxicomanie), les comportements à risque (négligence des stimuli corporels, non préservation face au danger, absence de comportements préventifs, alcool au volant...) et les attitudes impulsives et/ou conflictuelles (bagarres...) portant ainsi atteinte à leur santé.

Si on reprend la classification de Laplantine sur l'origine des maux⁷¹, force est de constater la sur-représentation des affections de type « endogène ». Au contraire du « modèle exogène » où la maladie est quelque chose de distinct et d'extérieur à l'individu – comme dans les cas d'une bactérie ou d'un virus, ce n'est pas l'individu lui-même qui est malade mais un organe

⁷⁰ Les liens forts entre les conditions de précarité et l'occurrence de pathologie oculaires, dermatologiques ou psychiatriques sont mises en évidence dans maints ouvrages. Par exemple, on pourra consulter J. Lebas, P. Chauvin, *Précarité et santé*, 1998, Editions Flammarion.

qui est atteint – le « modèle endogène » postule que la source du mal provient de l'individu lui-même. La maladie est décrite comme l'expression d'une impuissance à lutter contre les troubles familiaux ou, plus rarement, comme une tare héréditaire contre laquelle on ne peut rien (**Zita**). La culture psychosomatique est omniprésente et la maladie « ronge de l'intérieur » les individus. D'une part de telles affections culpabilisent les individus puisqu'elles engagent indirectement leur responsabilité et, d'autre part, la visibilité des troubles (problèmes de peau, troubles du sommeil, tremblements, nervosité...) participe à la dévalorisation de leur image.

Dans l'autre sens, le discours sur les consommations passées ou présentes de psychotropes et/ou de médicaments et/ou d'alcool est omniprésent. Il est des cas où l'alcoolisme, la toxicomanie – et les passages en institutions conséquents : cures de désintoxication, hôpital psychiatrique... – prennent une place centrale, voire définissent le parcours de l'individu. Là encore, de telles conduites addictives sont entremêlées ou subordonnées au récit des difficultés familiales. Cependant, elles donnent davantage lieu à un conflit entre *logique de victimisation* et *logique de culpabilité*. De plus, elles se superposent à de nombreux accidents, bagarres voire, dans certains cas, à des tentatives de suicide.

4. « En souffrant, j'ai appris à vivre »

4.1. Le déni d'une identité fondée sur le manque

Il est donc évident que les individus tendent davantage à se référer à des histoires personnalisées pour expliquer l'origine de leur précarité plutôt que de s'identifier comme des victimes collectives de l'économie de marché. Ils ne sauraient se définir comme chômeur ou comme « sans domicile fixe » – ou de manière uniquement circonstanciée, c'est-à-dire lorsque ce mode de présentation permet l'obtention d'aides formelles ou informelles. Se définir par l'absence (de travail, de logement ou même de relation sentimentale) implique l'espoir de combler ce manque. Dès lors, lorsque les individus sont trop usés ou désillusionnés pour espérer, construire son identité sur ces défaillances reviendrait à construire une personnalité « de vide » et « de néant », synonyme de l'anéantissement de toute humanité. Aussi face au dénuement des objets sociaux fondamentaux de notre société, les individus les plus exposés tendent-ils à se définir par ce qui leur appartient, ce qui leur est propre : la confrontation aux expériences de malheurs, de ruptures, d'errances et de souffrances émaille constamment leur biographie. Ainsi, hors cadre institutionnel ou caritatif,

⁷¹ F. Laplantine, *Anthropologie de la maladie*, 1956, Editions Payot.

les personnes communément catégorisées comme « sans domicile fixe » préfèrent-elles se définir comme des « *gars de la rue* » ou encore comme des « *galériens* », termes qui véhiculent davantage l'appartenance à une sous-culture ou à un mode de vie.

4.2. Abnégation, refus de se plaindre et résistance à la douleur comme valeurs constitutives de l'identité et sens à l'existence

Les dimensions de la santé dégradée, des errances « addictives » et des troubles familiaux – et à travers elles le corps marqué et l'esprit meurtri – sont présentées comme fixateurs et révélateurs des histoires individuelles. Le corps y est présenté comme mode d'expression privilégié de la douleur, à défaut d'autres exutoires. La parole n'est, en effet, pas accessible à tous pour pallier les problèmes car elle présuppose, d'une part, d'être écouté et d'autre part d'avoir pu prendre du recul pour reconstruire les événements traumatiques. De telles conditions faisant souvent défaut, c'est par la mise en jeu (enjeu) du corps et l'intériorisation brutale que la souffrance s'exprime. Le corps est le réceptacle de l'histoire des malheurs, la toile où se peignent les ruptures et l'errance. Pendant les entretiens, les individus découvrent leurs cicatrices comme les sillons de leur existence, chaque marque inscrite sur le corps est mise en correspondance avec une rupture : accidents liés à des ruptures conjugales, traces des bagarres de rue, stigmates corporels des tentatives de suicide, nervosité inhérente aux troubles relationnels... Le corps est le support de la détresse. C'est un « corps-signe », un « corps-trace » et, en tant que tel, le support même de leur identité, de leur histoire. La forte valorisation de la dureté au mal (physique et psychologique) et du refus de se plaindre est extrapolée à une notion plus générale de résistance contrainte à la souffrance, à l'isolement et aux difficultés. Elle est l'expression de sa propre analgésie. Il est des cas (assez rares) où des phénomènes d'auto-exclusion, de repli ou de réclusion assimilés à des *logiques de sacrifice* ou *d'expiation* semblent recherchés comme forme de rédemption.