

Précarité et santé: Points de vue et débat psychosocial.

Christine DURIF-BRUCKERT
Nicolas FIEULAINE
Rommel MENDES-LEITE

Introduction

Depuis deux décennies en France, la précarité est devenue une question incontournable, notamment par les enjeux qu'elle soulève en termes de santé publique. Les contributions des recherches en sciences sociales de la santé (principalement la sociologie et l'épidémiologie sociale) ont été nombreuses et essentielles dans l'analyse de la précarité : d'une part des formes qu'elle peut prendre en tant que processus dynamique et multifactoriel, d'autre part des disparités sanitaires liées à différentes situations de précarisation.

Pour autant, les approches articulées de la psychologie sociale et de la psychosociologie clinique sur la définition des processus et de la dynamique de la précarité, ainsi que de façon indissociable sur les inégalités sociales de santé et les problématiques et modalités de l'accès aux soins (sur le terrain somatique ou psychique), sont encore peu nombreuses et restent réellement à investir dans une perspective à la fois pluridisciplinaire et d'action.

L'entre-deux que représente la place sociale précaire, à la fois incluse (normalisation de la flexibilité) et exclue (perte des protections, inutilité sociale) implique la nécessité de remaniements permanents des investissements sociaux, psychiques et cognitifs. L'instabilité, la fragmentation temporelle et spatiale des vécus et la dépendance institutionnelle qui en résulte établissent des situations de vulnérabilité accrue et critique, à la fois individuelles (image du corps, sentiment de discontinuité existentielle), interindividuelles (asymétrie des interactions, perte de références stables et fiables) et sociales (déclassement, déracinement). Le défaut de reconnaissance et l'atteinte identitaire, liés à différentes formes de disqualification et à la perte des ancrages attachés à l'activité sociale, affectent par un effet rétroactif extrêmement puissant les capacités et compétences individuelles (insertion, recours, socialisation, soin de soi) et impliquent que se déconstruisent et se négocient des anticipations, des identités, des valeurs, c'est-à-dire des systèmes de représentation. Ces différents niveaux de conflictualité et de tensions intrapsychique et intersubjectives, engendrés et/ou « décompensés » par les processus de précarisation, nécessitent pour être appréhendés et analysés que s'articulent des approches cliniques et sociales, par le croi-

sement de leur paradigmes et méthodes. Cette triangulation théorico-méthodologique (DENZIN, 1970) permet de considérer ensembles les mutations sociales, la construction de leurs significations individuelles et sociales, et l'expérience intime qui en est faite.

L'étude du vécu subjectif de la précarité, des problématiques intersubjectives, articulée à l'analyse des facteurs psychosociaux identifiables dans les formes diversifiées de précarisation (déterminants, processus, atteintes) représentent aujourd'hui des enjeux fondamentaux à la fois pour la connaissance scientifique, mais aussi pour la conception des actions de santé publique. A travers la question du sanitaire, et au-delà d'elle, il semble essentiel de poser ce double questionnement : comment identifier les soubassements psychosociaux des processus de précarisation et repérer les difficultés de la demande et du recours ; comment envisager la notion du soin, en lien avec le champ de l'application des droits, afin d'établir de nouveaux fondements de lutte contre la précarité, et concevoir des réponses à apporter à sa recrudescence qui n'occulent ni la réalité du sujet, ni celle des conditions sociales-politiques dans laquelle celle-ci vient s'ancrer.

C'est bien en référence à ces différents questionnements et aux rigueurs méthodologiques qu'ils exigent que se déroulent actuellement au sein du GERA, trois recherches sur la précarité, toutes trois répondant à l'objectif d'élaboration d'un savoir « en situation », ancré sur le terrain (« grounded theories », STRAUSS & CORBIN, 1990).

Précarité, santé et accès aux soins, une recherche-action sur une commune du sud de Lyon¹. (C. DURIF-BRUCKERT)

Avec la participation des professionnels et des populations d'une commune du sud de Lyon, et à partir de leurs propres points de vues et analyses nous avons poursuivi durant deux ans les objectifs suivants : comprendre la complexité des situations de précarité et le vécu de ceux qui y sont confrontés, et identifier selon quels critères et mécanismes psychosociaux se déterminent (s'actualisent ou sont empêchées) les formes du recours et de la demande. Nous avons ainsi articulé deux démarches d'investigation basées sur des entretiens approfondis et des observations partici-

pantes (urgences médicales, ANPE) auprès d'une cinquantaine de professionnels concernés par l'accueil des personnes dites précaires (secteur médico-psychiatrique, social et insertion), et auprès des habitants engagés selon des logiques distinctes dans des processus de précarisation.

Le caractère pluriprofessionnel et les investigations croisées professionnels/habitants au sein d'un dispositif participatif, nous a amené à identifier les a-prioris, les préjugés et obstacles à la re-connaissance des questions concernant le vécu de la précarité. De plus, l'expérience temporelle et collaborative (analyse groupale des représentations, des points de divergence, de tension et de conflictualité) qui caractérise ce dispositif a favorisé deux axes forts d'une approche critique et de la déconstruction des préjugés. De façon centrale, cette expérience :

- a donné les arguments et pointé les identifications et mécanismes de désignation concernant les publics précaires, leurs attitudes et comportements de santé particulièrement ;

- a permis de discuter les découpages et hiérarchisations normatives implicites et explicites qui garantissent et justifient les dispositifs ainsi que l'orientation des mesures d'accueil et de prise en charge (analyse des modèles d'accompagnements, d'aide et de soins, postures vis-à-vis de l'écoute).

Au sein des régulations interprétatives liées à l'implication des professionnels et sujets précaires, nous avons ainsi identifié différents niveaux des atteintes identitaire, ainsi que les différents traitements (en terme de représentation et de travail psychique) que les sujets dits précaires réservent aux expériences de pertes (des droits élémentaires, du travail, de la dignité, de l'ancrage) et aux différentes épreuves qu'ils traversent. Parmi celles-ci nous avons plus particulièrement abordé les stratégies de la « suradaptation, que nous analysons comme l'une des caractéristiques préoccupante de la logique de la « survie » et du « tenir », et sans aucun doute comme une nouvelle forme (sous-estimée, voilée) de l'inégalité². Par ailleurs nous avons de façon prioritaire travaillé sur les stratégies de la demande d'aide et des recours en les situant au sein d'un schéma offre/demande/réponse (contexte institutionnel politiques de droit commun), et en les référant à différents modèles de

réponse au travers desquelles se négocient (sont intégrés, évités ou mis en impasse) le rapport au corps et les signifiants qui le fonde : écarts d'estimation du rapport normal/pathologique, mouvement de désinvestissement/surinvestissement du corps, représentation de soi. Ces analyses ouvrent des perspectives essentielles sur la structure même de la notion de demande (temps, élaboration du contenu, décodage et mise en liaison de la pluralité des niveaux d'attente, dépassement de l'objectivité supposée des besoins).

Cette recherche-action réalisée avec une attention particulière portée aux processus de restitution, est ainsi fondé sur la notion de « savoir partagé », et de processus d'appropriation, en tenant compte du fait que ce savoir contribue à déplacer et à multiplier les éclairages sur la réalité que rencontrent les différents acteurs impliqués, autant qu'il re-modèle le savoir en une circularité constante qu'il convient bien sûr de questionner à la fois au sens méthodologique (limites, pièges, et précautions méthodologiques), épistémologique et éthique du terme.

Un dispositif d'écoute téléphonique d'information, de soutien psychologique et d'éducation à la santé en milieu pénitentiaire. Une analyse d'une ligne de téléphonie sociale dans un hôpital pénitentiaire³. (R.. MENDÈS-LEITE).

L'objectif de cette recherche-action a été celui d'évaluer un dispositif téléphonique d'écoute et de soutien psychologique dans un hôpital en milieu pénitentiaire, en tant qu'outil pertinent dans une démarche de d'éducation et de promotion de la santé, ainsi que de soutien psychologique.

Le besoin de chacun - et peut être encore plus en prison - n'est pas seulement de parler mais aussi d'être entendu. Ce dispositif de téléphonie sociale permet l'existence d'un espace de libre échange voué à l'amélioration de la santé mentale, physique et sociale des personnes détenues. Il leur permet, lors de leur séjour thérapeutique dans l'établissement hospitalo-pénitentiaire, d'avoir la possibilité d'aborder des questions sanitaires, tout en ouvrant le dialogue sur des préoccupations personnelles et intimes. Cet espace de parole permet également une approche transversale de la personne, où le questionnement relatif à la santé, qu'il soit dans le champ du psychologique ou du somatique, devient un point de repère dans l'entretien. Ce questionnement permet un ancrage dans la prise en charge globale de la personne, puis autorise l'abord des sujets les plus sensibles voire secrets, comme la sexualité ou les toxicomanies.

Placés dans un milieu fermé où chaque mouvement et chaque moment de la vie sont contrôlés et surveillés, les détenus font le plus souvent état d'une demande plutôt existentielle. La situation au téléphone place momentanément les deux interlocuteurs dans le cadre d'une relation où la personne détenue est libre de venir,

de poser ses questions, de raccrocher. Elle retrouve ainsi une capacité à dire, une faculté à s'exprimer, une liberté de penser et, donc, la possibilité d'être considérée et reconnue comme un être considéré dans sa globalité.

L'analyse des fiches de compte-rendu des entretiens téléphoniques nous montre un discours parsemé d'une grande détresse et d'une souffrance psychique, somatique et sociale, en provenance d'un public essentiellement masculin. Parmi les thématiques majeures, il apparaît notamment des évocations de la vie en prison. Celle-ci est décrite particulièrement dans une approche de résistance aux difficultés et aux contraintes de la condition carcérale. La vie en famille est également abordée, mais principalement par les femmes. Leurs paroles nous dévoilent des bribes de trajectoires biographiques qui révèlent qu'un nombre significatif de ces personnes a eu une vie malmenée avant même leur entrée en prison. En effet, une majorité fait référence à un parcours de vie souvent chaotique où des séparations conjugales et des décès de proches se cumulent avec une grande précarité. Il est question d'un contexte familial déstructuré par l'absence d'un des parents, des placements en foyer ou en familles d'accueil, d'abandon, d'une enfance jalonnée de violences, de maltraitements voire, parfois, d'abus sexuels. Par ailleurs, l'expression de certains détenus laisse supposer un parcours scolaire écourté, voire inexistant.

Ces données nous montrent bien le besoin d'une volonté politique et de mesures en conséquence pour permettre une amélioration substantielle de la santé des personnes en prison. Celle-ci ne doit pas se résumer à la seule prise en charge médicale, même si elle est essentielle et indispensable. Il s'agit de s'attacher à la préservation de l'environnement (juridique, social, affectif) des personnes incarcérées, à tout ce qui permet de les considérer comme des citoyens à part entière.

Le rapport au temps en situation de précarité : Le rôle des temporalités biographique et de la Perspective Temporelle dans les inégalités de santé⁴.

(N. FIEULAINE).

L'objectif de ce programme de recherches est d'explorer comment s'actualisent, au niveau psychosocial, les mutations qui marquent les temporalités individuelles et sociales, et comment les temporalités psychosociales interviennent dans la construction et le maintien des inégalités de santé. La généralisation des phénomènes de précarisation et l'émergence d'une insécurité sociale diffuse déstabilisent les trajectoires individuelles et sociales, et peuvent s'accompagner par homologie d'un sentiment d'instabilité qui marque les rapports au passé et à l'avenir. Le présent du vécu s'établissant à l'articulation de la mémoire biographique et du futur anticipé, comment s'articulent ces temporalités dans les situations de précarité, où le passé est com-

plexe et contient de nombreuses ruptures, le présent est instable et le futur incertain ? Ces temporalités psychosociales contribuant à constituer le champ psychologique dans lequel s'ancrent les vécus, elles peuvent participer à déterminer la diversité de l'impact de ces situations sur la santé.

Pour appréhender ces problématiques, une démarche pluri-méthodologique de recherche a été engagée. Une première phase qualitative, à partir d'entretiens de type « récits de vie » basés sur le tracé d'une « ligne de vie », vise à étudier comment s'élaborent les perspectives temporelles et l'articulation « soi-contexte-temps » que représente le récit de vie, lorsque l'existence est marquée par l'instabilité, l'incertitude et la privation des supports centraux d'établissement dans la durée (le travail, le logement, les revenus). Une seconde phase quantitative a pour objectif d'étudier le rôle joué par la perspective temporelle, analysée comme une variable socio-cognitive et mesurée à l'aide d'une échelle psychométrique validée (la *ZTPI*), dans les liens établis au niveau épidémiologique entre précarité et problématiques de santé.

Deux types de constats émergent de ces recherches : D'une part, les récits mettent en évidence l'ancrage que représente l'articulation des temporalités biographiques pour la signification donnée à l'expérience. Ils font apparaître la prégnance du thème de l'instabilité dans les vécus, mais aussi la diversité des stratégies utilisées pour faire face, ou faire avec (repli, résignation, adaptation, dépassement). Ces stratégies psychosociales aboutissent à une diversité des représentations et des pratiques élaborées à partir de l'expérience, dans laquelle la temporalité joue un rôle organisateur. D'autre part, les données quantitatives ont permis d'observer que le rapport au passé et la projection dans l'avenir s'établissent comme des variables intermédiaires explicatives des liens entre précarité et problématiques de santé (santé perçue, pratiques à risques). Les troubles psychologiques liés aux situations de précarité apparaissent eux aussi médiatisés par les perspectives temporelles des individus (en particulier le rapport au passé). Les temporalités psychosociales semblent ainsi être une des voies par lesquelles se génère le lien entre la précarité et les troubles psychologiques associés à l'expérience de l'insécurité sociale.

Ces résultats soulignent d'une part la nécessité de prendre en compte la dimension psychosociale essentielle que représente le rapport au temps dans l'analyse du vécu des situations de précarité et des déterminants sociaux de la santé, en mettant en évidence le vecteur de vulnérabilisation psychosociale qu'elle peut représenter, et d'autre part l'intérêt que représente dans le champ de la précarité l'application d'une démarche d'articulation pluri-méthodologique.

Conclusion

Transversalement ces recherches ouvrent des perspectives renouvelées dans le champ de l'aide et du soin des publics précaires tout en se présentant comme support pour une ré-interrogation de la définition de la précarité et des référentiels de prise en charge qu'elle structure. Ces référentiels gagneraient ainsi à opérer un déplacement depuis les catégories administratives de désignation des «précaires» vers celles, compréhensives, d'analyse de l'expérience de ceux qui en vivent l'expérience, et du rôle qu'y jouent d'une part le rapport au temps et au corps et d'autre part le rapport aux institutions et interlocuteurs de soins.

Ce déplacement épistémologique n'est pas qu'une question d'efficacité, mais concerne plus directement une question psychosociale, celle de savoir si la précarité doit continuer à être analysée au travers d'une catégorie de l'exception, ou si sa généralisation n'impose pas de la considérer dorénavant comme un processus qui «fait société» et qui renvoie à la réalité psychique là où elle se noue à celle du social, et où s'actualise la question du sujet, «déplacé» de ses propres territoires et «placé» dans une suite de paradoxes extrêmement menaçants.

C'est l'utilité de ce déplacement, au niveau humain, psychique, social et politique que nous cherchons à faire valoir par l'implication du Géra dans différents comités de pilotage, et partenariats institutionnels dans le domaine de la santé publique. Ce dernier point nous amène à confirmer combien nos responsabilités de chercheurs, ce dont nous débattons aussi ici, passent par «l'exercice collectif de la réflexion», par une réflexion pluridisciplinaire sur les objectifs de la santé publique et sur les engagements qui se font en son nom, dans le domaine du corps et/ou de la psyché.

Christine DURIF-BRUCKERT

CRESP, Centre de recherche sur les Enjeux Contemporains en Santé Publique, Paris 13/Inserm (D. Fassin).

Nicolas FIEULAINE

Equipe « Psychologie Sociale de la Santé », Laboratoire de psychologie Sociale, Université de Provence.

Rommel MENDÈS-LEITE

Equipe « sexualités, santé, altérité », Laboratoire d'Anthropologie Sociale, Collège de France.

GERA, Département de Psychologie Sociale, Université Lyon2.

Bibliographie

- APOSTOLIDIS, T. & FIEULAINE, N. (2004). Validation française de l'échelle de temporalité : The Zimbardo Time Perspective Inventory. *European Review of Applied Psychology*, 54, 207-217
- CHAUVIN, I. (2000). *La santé en prison : les enjeux d'une véritable réforme de santé publique*. Paris, ESF.
- DENZIN, N.K. (1970). *The research act in sociology*. New York, McGRAW-HILL.
- DOZON, J.P. & FASSIN, D. (Dir.) (2001). *Critique de la santé publique, Une approche anthropologique*. Paris, BALLAND.
- DURIF-BRUCKERT, C. (1999). Un aspect de la crise du système de santé et des soins : l'oubli des savoirs ordinaires. In J.P. CLAVRANNE (Dir.), *La Santé demain, vers un système de soins sans murs*. Paris, Economica.
- DURIF-BRUCKERT, C. (2005, Juin). *Les liens Précarité/ Santé : Diagnostic, traitement social et prise en charge*. Communication au III^{ème} Congrès International de Psychologie de la Santé de Langue Française, Aix-en-Provence, France.
- DURIF-BRUCKERT, C. (soumis). *La demande et le recours dans les contextes de la précarité : un débat à la jonction des notions de sujet et de social*. *Revue Nationale de Psychosociologie*.
- DURIF-BRUCKERT, C., SATGER, A. & al. (2005, mai). *La précarité, le sujet précaire et la santé : questionnements pluridisciplinaires et perspectives à partir d'une expérience locale de recherche-action, Givors-Grigny*. Actes de la 5^{ème} Journée de Synthèse et de Réflexion du Conseil Local de Santé Mentale, « Précarité et santé », Givors-Grigny, pp. 36-101.
- FIEULAINE, N., APOSTOLIDIS, T., & OLIVETTO, F. (soumis). Précarité et troubles psychologiques : L'effet médiateur de la Perspective Temporelle. *Cahiers Internationaux de Psychologie Sociale*.

- GUIBOURGE, F., PALICOT, A.M., BRIxi, O., & al. (1997). *Promotion de la santé en milieu pénitentiaire*. Paris, CFES.
- McADAMS, D.P. (1996). Personality, modernity, and the storied self: A contemporary framework for studying persons. *Psychological Inquiry*, 7/4, 295-321.
- MENDÈS-LEITE, R. (2005). *Un dispositif d'écoute téléphonique d'information et de soutien psychologique sur la santé en milieu hospitalo- pénitentiaire. Une recherche-action qualitative. Rapport final de recherche*. Lyon, GERA.
- MILLY, B. (2001). *Soigner en prison*. Paris, PUF.
- ROSTAING, C. (1997). *La relation carcérale. Identités et rapports sociaux dans les prisons de femmes*. Paris, PUF.
- STRAUSS, A. & CORBIN, J. (1990). *Basics of qualitative research: Grounded theory procedures and techniques*. California, Sage.

¹ Cette recherche s'est déroulée dans le cadre d'une convention Conseil général du Rhône/Université Lyon 2, (délégation 2003-2005)

² Cette question est abordée dans un article à soumettre (Durif-Bruckert, C., «la «suradaptation» et la logique du «tenir» comme endommagement anthropologique et nouvelle forme de l'inégalité sociale »).

³ Notre recherche a été réalisée (2003-2005) en collaboration avec l'association Sida-Info-Service et grâce à un financement de l'association Ensemble Contre le Sida – ECS.

⁴ Ce programme de recherches est développé en collaboration avec le Laboratoire de Psychologie Sociale de l'Université de Provence (T. Apostolidis, Equipe « Psychologie Sociale de la Santé »).

CANAL PSY

Institut de Psychologie
Université Lumière Lyon II
5, av. P. Mendès France
69676 BRON Cedex

Je m'abonne à Canal Psy, pour un an (5 numéros) à partir du mois de

_____200__
et retourne ce bulletin accompagné d'un chèque de :

☐ 16,50 € étudiants Lyon II

☐ 22,00 € professionnels

☐ Commande de Numéros

N° : (Coûts en dernière page)

libellé à l'ordre de l'Agent Comptable de l'Université Lumière Lyon 2 .

Nom _____

Prénom _____

Adresse _____

Tél : _____

e-mail : _____

Qualité (étudiant en ou profession) :

(merci de joindre le cas échéant une photocopie de la carte d'étudiant.)