Introduction

Jean-Charles Basson, Paule Sanchou, Chantal Zaouche-Gaudron

Dans Empan 2023/1 (n° 129), pages 12 à 20
Éditions Érès

ISSN 1152-3336
ISBN 9782749276687
DOI 10.3917/empa.129.0012

Article disponible en ligne à l'adresse
https://www.cairn.info/revue-empan-2023-1-page-12.htm

CAIRN.INFO
MATIÈRES À RÉFLEXION

Découvrir le sommaire de ce numéro, suivre la revue par email, s'abonner...
Flashez ce QR Code pour accéder à la page de ce numéro sur Cairn.info.

Distribution électronique Cairn.info pour Érès.
La reproduction ou représentation de cet article, notamment par photocopie, n'est autorisée que dans les limites des conditions générales d'utilisation du site ou, le cas échéant, des conditions générales de la licence souscrite par votre établissement. Toute autre reproduction ou représentation, en tout ou partie, sous quelque forme et de quelque manière que ce soit, est interdite sauf accord préalable et écrit de l'éditeur, en dehors des cas prévus par la législation en vigueur en France. Il est précisé que son stockage dans une base de données est également interdit.

© Érès | Téléchargé le 11/05/2023 sur www.cairn.info (IP: 90.89.246.29)

Introduction

Jean-Charles Basson
Paule Sanchou
Chantal Zaouche Gaudron

Quand une personne « en situation de rue » rencontre une personne « en situation de sobriété subie[1] », que se racontent-elles ? À coup sûr, des histoires de pauvres ramenés au rang d'assistés qu'il s'agit de contrôler, à défaut d'activer les ressorts d'un État social bienveillant envers ses bénéficiaires. Si l'histoire de l'euphémisation des catégories de l'action publique relative au social reste à dresser, des signifiés plus explicites livrent une illustration sensible des tensions dialectiques qui unissent action publique de la misère et misère de l'action publique. Car, en la matière, cette dernière en est rendue « à un gouvernement néopaternaliste des conduites qui stigmatise et précarise les plus faibles » (Dubois, 2021) en opérationnalisant l'administration du mérite et la bureaucratie de l'éligibilité des pauvres (Chelle, 2012), catégorie qu'il reste à cerner.

Être pauvre en santé

L'objet de la *première partie* du dossier appréhende les pauvres en considérant la pluralité des classes populaires. Habitants des quartiers urbains précarisés, des déserts ruraux, des squats, des terrains, des camps et des bidonvilles ; chômeurs, inactifs et travailleurs pauvres (précisément) ; étrangers, migrants et exilés ; femmes enceintes et jeunes mères vivant dans la rue avec leurs enfants…, ils donnent à voir les différentes figures incarnant la misère du monde (Bourdieu, 1993) telle qu'elle fleurit aujourd'hui. Notion insaisissable (Duvoux, Rodriguez, 2016), il est toutefois possible d'estimer la dynamique de la pauvreté (Bouchet, Duvoux et coll., 2022) qui, de l'exclusion première (Paugam, 1996), conduit à l'ensemble des formes de l'insécurité sociale (Duvoux, Papuchon, 2018). Si être pauvre n'est pas une catégorie sociale en soi (les situations respectives vécues

Jean-Charles Basson
Comité de rédaction
de la revue *Empan*,
politiste, directeur de l'Institut fédératif d'études et de recherches interdisciplinaires santé société (IFERISS, FED 4142) de Toulouse
et membre du CreSco.
jean-charles.basson@univ-tlse3.fr

Paule Sanchou
Comité de rédaction
de la revue *Empan*.
paule.sanchou@orange.fr

Chantal Zaouche Gaudron
Comité de rédaction
de la revue *Empan*,
professeure émérite
de psychologie de l'enfant,
UMR LISST-CERS, GIS UFT-MIP
« Bébé, petite enfance
en contextes ».
chantal.zaouche@univ-tlse2.fr

1. Telles que qualifiées, respectivement, par la maire de Paris, Anne Hidalgo, et par la ministre de la Transition écologique, Agnès Pannier-Runacher, *Le Canard enchaîné*, 20 octobre 2021 et 12 octobre 2022.

© Érès | Téléchargé le 11/05/2023 sur www.cairn.info (IP: 90.89.246.29)

par les pauvres étant nécessairement particulières), un lot commun concerne leurs parcours et conditions : ils partagent les expériences, plus ou moins vives, des diverses modalités de la désaffiliation, de la vulnérabilité, de la disqualification, de la privation et de l'exclusion sociales qui entravent l'accès aux droits, à l'emploi, au logement et aux soins, notamment. Ainsi, comptant parmi « l'éventail des catégories les moins dotées socialement », les pauvres cumulent les trois caractéristiques fondant, aujourd'hui encore, l'unité des classes populaires : « petitesse du statut professionnel ou social, étroitesse des ressources économiques, sans que cela signifie nécessairement précarité et éloignement relatif par rapport au capital culturel » (Schwartz, 2011, p. 2).

À ce titre, « la notion de classes populaires nomme en premier lieu les positions caractérisées par le désavantage social, mais aussi les manières d'agir, de faire et de penser générées par un degré élevé de contraintes et de limitations » (Masclet, Misset et coll., 2019, p. 17). En ce sens, la culture du pauvre (Hoggart, 1970) témoigne de la propension de ses dépositaires, les gens de peu (Sansot, 1991), à ériger le commun, l'ordinaire, le vil et le vulgaire au rang d'un sens pratique bourdieusien à prétention salvatrice en ces temps de crises allant se cumulant. Il reste que les dominations culturelles, et plus largement sociales, sont d'autant plus marquées qu'elles s'expriment par le corps et en matière de santé. L'assujettissement économique y est plus sensible, comme incorporé, « inscrit dans l'organisme et déterminant les façons d'être, de penser et d'agir » (Fleuriel, Goubet et coll., 2021, p. 267). Le partage des difficultés vécues en santé et les déterminants sociaux des gouvernements du corps (Honta, Basson et coll., 2018) fondés sur un jeu de contraintes et de soumissions viennent gommer les différences de situations et d'expériences vécues au profit d'une forme d'homogénéisation des conduites développées par les individus partageant « le *continuum* des groupes dominés » (Schwartz, 2011, p. 33).

Opéré ici par Nicolas Duvoux, le rapprochement des conditions matérielles d'existence de la perception subjective des individus permet de révéler la dureté des rapports sociaux et les inégalités de classe telles qu'elles s'expriment, conjointement, en santé et dans le domaine de la pauvreté. Soit une définition relationnelle de la pauvreté, partagée avec Serge Paugam (Paugam, Duvoux, 2013), qui reprend à son compte l'option de Simmel considérant la pauvreté moins comme une condition objective que comme une réaction sociale sujette aux variations du temps et de l'espace. Ce qui n'empêche pas Serge Paugam (2020) de s'interroger sur ce que signifie se sentir pauvre. Réactivée par les funestes implications sociales de la Covid-19 sur les groupes les plus fragilisés, la question trouve une réponse en pareille circonstance. On sait, en effet, que la France d'en bas concentre les idées reçues en matière de santé : « Les classes populaires méconnaîtraient les règles d'hygiène de vie, comme en témoigneraient leur surpoids et leur surconsommation de tabac ou d'alcool […]. Elles entretiendraient un rapport distant à la médecine. Elles consulteraient trop tard […] et n'observeraient pas les prescriptions » (Masclet, Misset et coll.,

© Érès | Téléchargé le 11/05/2023 sur www.cairn.info (IP: 90.89.246.29)

2019, p. 124). En période de pandémie, la prégnance d'une telle série de stigmates contribue à définir par la négative les groupes sociaux ainsi disqualifiés. De surcroît, l'empreinte durable de la Covid-19 et des confinements qui l'ont accompagnée voit les pauvres, plus que jamais, « soumis à des mécanismes francs et massifs de ségrégation sociale et assignés à une condition fortement verrouillée dont ils savent qu'ils n'ont que peu de chances de sortir » (Schwartz, 2011, p. 38). Parfaite illustration du biopouvoir foucaldien, l'opération consistant à « traduire une menace sociale en péril sanitaire » (Fassin, 2008, p. 32) est alors d'autant plus efficace qu'elle se développe en contexte pandémique.

À telle enseigne que le sous-titre de notre dossier pourrait être « les inégalités sociales de santé aux temps de la Covid-19 », tant les diagnostics se succèdent pour rendre compte de l'explosion des inégalités sociales (Lambert, Cayouette-Remblière, 2021) qui, dans les pays occidentaux, semblent croître au rythme de l'accumulation de la richesse économique (Piketty, 2021). C'est singulièrement le cas des inégalités sociales de santé pendant la crise sanitaire : forme particulière d'inégalité sociale, ces dernières constituent, qui plus est, le réceptacle essentiel de toutes les autres qui viennent directement les alimenter tant les déterminants sociaux de la santé empruntent à l'ensemble des temps et espaces de la vie des individus. À ce titre, les effets délétères de la pandémie contribuent à fonder l'inégalité des vies (Fassin, 2020) et voient la Covid-19 accéder au rang de « maladie de la pauvreté » car elle est caractéristique d'une difficulté d'accès aux soins, d'un défaut de suivi médical et de la prévalence du diabète et de l'obésité. Estimant que la pandémie constitue l'année zéro de la santé publique, Barbara Stiegler et François Alla (2022, p. 7) se demandent « comment a-t-on pu à ce point oublier que les déterminants sociaux de la santé étaient dépendants les uns des autres et que la santé était déjà un fait social ? ». Si les inégalités sociales de santé sont portées au jour, au tournant des années 2000, par une épidémiologie frottée aux sciences sociales, un angle mort caractérise alors l'analyse : la qualité sociale prêtée aux inégalités de santé est largement impensée quant à ses implications directes. Depuis peu, les sociologues du politique reprennent la main et entreprennent de dévoiler

© Érès | Téléchargé le 11/05/2023 sur www.cairn.info (IP: 90.89.246.29)

les mécanismes de la fabrique sociale des discriminations en santé (Basson, Hascher-Noé et coll., 2021).

S'il est aujourd'hui acquis que la fabrication des asymétries en santé trouve les fondements de sa (re)production dans la structure de l'organisation sociale au sein de laquelle elle opère, l'étudier suppose de considérer l'ordre politique des inégalités sociales de santé qui préside à sa construction. Ainsi l'essai de généalogie de l'espace politique de la santé de Didier Fassin (1996, p. 3) commence-t-il par ces mots : « Dans toutes les sociétés, la maladie met en jeu des rapports de pouvoir. Elle les exprime dans les corps à travers les différences entre les individus face aux risques de l'existence ou aux possibilités de se soigner, qui sont autant de façons d'inscrire physiquement l'ordre social. » Les enjeux de pouvoirs et les processus de domination qui permettent l'accentuation des inégalités sociales de santé, et de la pauvreté avec elles, sont donc à analyser. Il s'agit de resserrer la focale sur les instances de gestation et les vastes chantiers de production qui y pourvoient afin de comprendre où la fabrication et le renouvellement des inégalités sociales de santé se façonnent jusqu'à s'agencer pour inscrire la pauvreté dans la durée d'une vie. Il s'agit d'analyser comment ce processus s'accomplit, selon quels mécanismes structurants mettant aux prises les rapports de classe, de race, de sexe, de genre, d'âge ou de génération et ce, depuis le plus jeune âge des individus.

La santé des « sans »/ les « sans santé »

Rendant compte de la réalité des dissymétries en santé qui se situent au fondement de la pauvreté, dans sa *deuxième partie*, le dossier donne à voir et à comprendre ce qu'il en est aujourd'hui de la santé des « sans » qui, privés de tout, sont également « sans santé ». Si « la statistique est au cœur du projet sanitaire moderne » (Fassin, 2008, p. 27), les pauvres n'en sont pas moins situés dans les marges (d'erreur) des décomptes épidémiologiques. Passant sous les radars de la mesure publique, ils sont essentiellement définis par défaut : sans emploi, travail, statut, couverture sociale, domicile, toit, abri, argent, papiers, titre de séjour, voix, grade, dents… Ils constituent la somme informe, indistincte et toujours plus nombreuse des minorités invisibles, inaudibles et victimes d'un triage systématique (Gaudillière, Izambert et coll., 2021). Ainsi s'agit-il de donner des corps et des visages à la santé des pauvres, de l'incarner dans des parcours singuliers, de l'ancrer dans des itinéraires souffrants. Il s'agit, encore, de livrer de l'intérieur des portraits sensibles d'individus et de groupes, de restituer la diversité des situations vécues dans les chairs meurtries et la variété des lieux traversés par les corps abîmés, dans le dos des chiffres, à rebours du débat médiatique, dans les coulisses des scènes publiques. Il s'agit, enfin, de scruter le détail trivial des vies et des conduites quotidiennes de santé pour saisir le revers du modèle français de protection sociale.

« Sans santé », les pauvres sont privés de la première et de la dernière des préoccupations les plus essentielles, celles qui touchent à la vie et à la mort. Ils incarnent, dans la douleur et la dignité, la variété des formes prises par la misère passée au grain fin de la restitution compréhensive des

© Érès | Téléchargé le 11/05/2023 sur www.cairn.info (IP: 90.89.246.29)

expériences vécues dans l'ombre créée et entretenue par une politique de mise en marges et de mise en risques – et que l'épidémiologie, fût-elle sociale, est bien incapable de saisir. Ils témoignent de discriminations de tous ordres et décrivent des situations dramatiques comme autant d'obstacles à franchir, de ruptures à dépasser et de stigmates à retourner. Ils attestent la série d'exercices d'objectivation et de discipline individuelle que ces situations supposent et le travail sur soi auquel elles contraignent chaque personne touchée. Car tous les corps ne sont pas affectés de la même façon par l'imposition d'incorporer les règles de la précaution érigées en principes de vie, si bien qu'une administration différenciée des conduites de santé se fait jour dans laquelle se trament de puissants rapports de domination. Ainsi, en s'adressant prioritairement aux personnes les plus vulnérables, ce gouvernement des conduites corporelles est-il confronté aux dispositions des publics populaires dont les inclinaisons sont incriminées. Une telle option « impose une analyse du rapport au monde du corps et de la vie et met en exergue ce qui, dans le rapport ainsi constitué, est à l'avantage des classes dominantes » (Cognet, 2021, p. 121). En une période pandémique caractérisée par la confusion des ordres sanitaire et public, le corps même des sujets populaires fragilisés constitue le terreau fertile au déploiement du penchant normatif et moralisateur de l'action publique de santé, laquelle s'applique à condamner les sombres penchants peu avouables, fâcheux et affligeants pour la communauté tout entière des publics les plus ciblés (Basson, Honta, 2018).

La santé de la misère en action(s)

Toutefois, des acteurs de terrain, professionnels, associatifs et militants, se portent au soutien des plus déshérités et résistent aux déterminismes sociaux qui affectent ces derniers afin de construire des tentatives d'affranchissement tendanciel du processus général de production de la pauvreté. La santé de la misère en action(s) restituée dans la *troisième partie* du dossier livre des témoignages d'expérimentations sociales développant des formes alternatives, prometteuses, originales et radicales de faire de la santé publique autrement, en tentant de jouer dans le dos des dominants assurant la construction des asymétries en santé. Par-delà

© Érès | Téléchargé le 11/05/2023 sur www.cairn.info (IP: 90.89.246.29)

les mécanismes de socialisation et d'imposition des conduites, se donne à voir le jeu des appropriations différenciées, des détournements implicites, des évitements manifestes et des franches oppositions qui attestent que des initiatives se proposent de faire avec la fabrique des inégalités sociales de santé, éventuellement sans celle-ci, voire contre cette dernière.

Ainsi malmené, le système de santé est contraint de tolérer, au cœur des espaces laissés vacants par le retrait de l'État social, les nombreuses expérimentations volontaristes de cristallisation sociale des questions de santé et les mobilisations politiques à visée de changements qui s'attachent à lutter contre la pauvreté en santé. Prônant l'émancipation, se réclamant de la promotion de la santé, de la santé globale, environnementale, communautaire (Basson, 2022) ou populationnelle et se définissant comme une alternative au modèle médical (considéré comme sanitaire, curatif, bioclinique et libéral), elles associent les personnes les plus précaires à l'accession et à la défense de leurs droits ainsi qu'à l'accroissement de leur autonomie. De même, visant la justice, usant des méthodes éprouvées et renouvelées de l'éducation populaire et mettant en œuvre des pratiques de médiation sociale en santé, elles autorisent des formes de conscientisation des dominations subies et des stratégies de renversement des stigmates endossés. Se révèlent alors autant d'indicateurs de la portée civique et citoyenne, mais également militante et politique, de la construction d'une démocratie en santé ouverte aux plus démunis rendus capables de contester les ordres sanitaire et social établis contribuant à l'entretien de la pauvreté.

« Comprendre de l'intérieur ce qui peut caractériser une condition globale de dépossession sociale et quelques-unes des formes typiques d'adaptation des classes populaires à cette condition » (Schwartz, 2011, p. 18) suppose de prêter attention aux discours et aux conduites des premiers intéressés ainsi qu'aux acteurs de première ligne qui évoluent à leurs côtés. Ainsi, « l'appréhension du politique doit dépasser le cadre des institutions politiques pour tenter d'inclure d'autres formes d'expression, moins immédiatement lisibles comme politiques, y compris lorsqu'elles sont mises en œuvre par ceux qui subissent – mais en même temps contestent ou contournent – le pouvoir et la domination » (Fassin, 1996, p. 21-22). Des formes, modalités, expressions plurielles et hétérogènes de socialisation en train de se faire donnent alors à voir la participation aux divers collectifs, manifestations, luttes et plaidoyers par lesquels les pauvres acquièrent des capitaux militants et développent des formes de politisation de leur mobilisation en santé. Si ces initiatives s'acharnent, avec les moyens du bord, à contrecarrer le dysfonctionnement général du système de santé, elles restent conditionnées aux dispositions, capitaux, ressources et appuis disponibles et mobilisables face aux puissantes contraintes matérielles, sociales et symboliques qu'imposent les mécanismes sociaux générateurs de pauvreté.

Enfin, le dossier ménage une place aux choses vues et rendues par l'image par Dominique Sève, qui contribuent à rompre l'invisibilité d'un pan sensible de nos sociétés contemporaines.

© Érès | Téléchargé le 11/05/2023 sur www.cairn.info (IP: 90.89.246.29)

Bibliographie

BASSON, J.-C., 2022. « Quand la santé sociale devient politique. La raison communautaire de la Case de santé de Toulouse », dans N. Duvoux, N. Vezinat (dir.), *La santé sociale*, Paris, Puf, p. 87-99.

BASSON, J.-C. ; HASCHAR-NOÉ, N. ; HONTA, M. (dir.). 2021. « La fabrique des inégalités sociales de santé », *Revue française des affaires sociales*, n° 3.

BASSON, J.-C. ; HONTA, M. 2018. « Se bien conduire dans une ville saine. La fabrication politique du gouvernement urbain de la santé de Toulouse », *Terrains & Travaux,* n° 32, p. 129-153.

BOUCHET, C. ; DUVOUX, N. ; LELIÈVRE, M. 2022. « Les apports des approches dynamiques de la pauvreté », *Revue des politiques sociales et familiales*, n° 144, p. 91-100.

BOURDIEU, P. 1993. *La misère du monde*, Paris, Le Seuil.

CHELLE, E. 2012. *Gouverner les pauvres. Politiques sociales et administration du mérit*e, Rennes, PUR.

COGNET, M. 2021. « La fabrique des inégalités de santé. Une réalité sociale trop souvent tue », *Revue française des affaires sociales*, n° 3.

DUBOIS, V. 2021. *Contrôler les assistés. Genèses et usages d'un mot d'ordre*, Paris, Raisons d'agir.

DUVOUX, N. ; PAPUCHON, A. 2018, « Qui se sent pauvre en France ? Pauvreté subjective et insécurité sociale », *Revue française de sociologie*, n° 59, p. 607-647.

DUVOUX, N. ; RODRIGUEZ, J. 2016. « La pauvreté insaisissable. Enquêtes sur une notion », *Communications*, n° 98, p. 7-22.

FASSIN, D. 1996. *L'espace politique de la santé. Essai de généalogie*, Paris, Puf.

FASSIN, D. 2008. *Faire de la santé publique*, Paris, éditions de l'EHESP.

FASSIN, D. 2020. *De l'inégalité des vies*, Paris, Collège de France-Fayard.

FLEURIEL, S. ; GOUBET, J.-F. ; MIERZEJEWSKI, S. ; SCHOTTÉ, M. (dir.). 2021. *Ce qu'incorporer veut dire*, Lille, Septentrion.

GAUDILLIÈRE, J.-P. ; IZAMBERT, C. ; JUVEN, P.-A. 2021, *Pandémopolitique. Réinventer la santé en commun*, Paris, La Découverte.

HOGGART, R. 1970. *La culture du pauvre. Étude sur le style de vie des classes populaires en Angleterre*, Paris, éditions de Minuit.

HONTA, M. ; BASSON, J.-C. ; JAKSIC, M. ; LE NOÉ, O. (dir.). 2018. « Les gouvernements du corps », *Terrains & Travaux,* n° 32.

LAMBERT, A. ; CAYOUETTE-REMBLIÈRE, J. (dir.). 2021. *L'explosion des inégalités. Classes, genre et générations face à la crise sanitaire*, La Tour d'Aigues, éditions de L'Aube.

© Érès | Téléchargé le 11/05/2023 sur www.cairn.info (IP: 90.89.246.29)

MASCLET, O. ; MISSET, S. ; POULLAOUEC, T. (dir.). 2019. *La France d'en bas ? Idées reçues sur les classes populaires*, Paris, Le Cavalier Bleu.

PAUGAM, S. 1996. *Exclusion. L'état des savoirs*, Paris, La Découverte.

PAUGAM, S. 2020. « Se sentir pauvre. Un indicateur spécifique de l'insécurité sociale ? », *Revue française de sociologie*, n° 61, p. 281-292.

PAUGAM, S. ; DUVOUX, N. 2013. *La régulation des pauvres*, Paris, Puf.

PIKETTY, T. 2021. *Une brève histoire de l'égalité*, Paris, Le Seuil.

SANSOT, P. 1991. *Les gens de peu*, Paris, Puf.

SCHWARTZ, O. 2011. « Peut-on parler des classes populaires ? », *La vie des idées* [en ligne].

STIEGLER, B. ; ALLA, F. 2022. *Santé publique, année zéro*, Paris, Gallimard.

Les photographies figurant en couverture de la revue
et dans le corps du dossier ont été réalisées par *Dominique Sève*
Photographe amateur
d.seve@orange.fr

© Érès | Téléchargé le 11/05/2023 sur www.cairn.info (IP: 90.89.246.29)

© Érès | Téléchargé le 11/05/2023 sur www.cairn.info (IP: 90.89.246.29)