



Bernadette BAWIN-LEGROS
Jean-François STASSEN



L'exclusion et l'insécurité d'existence en milieu urbain

avec la collaboration de :

Michel BORN

Claire GAVRAY

Lionel HOUGARDY

Martin KATUKUMBANYI

André LEMAÎTRE

Tiber MANFREDINI

Christine PARTOUNE

Jaques TELLER

Bernadette VAUCHEL



**EDITIONS
LUC PIRE**



ULg
Les Editions de
l'Université de Liège



S.S.T.C.



L'exclusion

et l'insécurité d'existence en milieu urbain



L'exclusion, concept valise s'il en est, part en fait d'une conception libéraliste de la société : il y a des exclus parce que certains sortent du jeu du marché.

L'exclusion et l'insécurité d'existence est le résultat d'une recherche interdisciplinaire de quatre ans. Le thème est abordé sous trois angles différents : l'insertion et le vécu de l'exclusion, le territoire comme espace social mental et l'insécurité, particulièrement celle des personnes exclues. Ces trois perspectives ne peuvent être traitées l'une sans l'autre. Elles renvoient toutes en effet au lien social et à la crise de la reconnaissance sociale : être ou ne pas être dans la société.

Bernadette Bawin-Legros est Professeur de Sociologie à l'Université de Liège. Spécialisée dans l'étude de la famille, elle a publié plusieurs ouvrages dont *Familles, mariage, divorce* (1988), *Sociologie de la Famille* (1996), *Belge Toujours* (2000).

Jean-François Stassen est actuellement assistant à l'Université de Genève après avoir été chercheur SSTC pendant quatre ans. Il a publié plusieurs articles sur l'exclusion et termine actuellement une thèse de doctorat sur la précarité.



EDITIONS
LUC PIRE
www.lucpire.be



ULg
Les Editions de
l'Université de Liège



SSTC



Spatialité et temporalité du vécu de bien-être

TIBER MANFREDINI¹

CLAIRE GAVRAY²

MICHEL BORN³

Introduction

« La *réalité* qui compte pour un individu, c'est souvent la représentation cognitive des événements internes et des conditions extérieures, plus que la *réalité* physique ou biologique en soi⁴ ».

Cette considération de P. G. Zimbardo nous a amenés, au départ d'un échantillon de la population belge (le PSBH⁵), à nous pencher sur la représentation (collective) de l'exclusion et de la santé ainsi que sur le rapport qu'entretiennent ces deux dimensions. Nous pensons qu'elle possède un caractère pratique, orienté vers et issu de l'action et de la gestion de la relation au monde. Il apparaît également qu'elle est en lien avec les prises de position concrètes des individus dans le réel⁶ sur un plan politique autant que pragmatique et qu'elle constitue un système de connaissance et de pensée des actions passées, des conduites adoptées sous des circonstances environnementales⁷.

Nous savons que chacun d'entre nous accède à l'information en fonction de son groupe d'appartenance, de sa position sociale, de son rapport à l'objet de représentation (distance, type de relation,...). Selon certains⁸, ces représentations s'organisent suivant une logique « naturelle » qui vise à la légitimation d'une action et/ou la préservation des valeurs. Il apparaît donc que la représentation pense les expériences passées et constitue une communication de l'individu sur la relation qu'il entretient avec l'objet de sa représentation.

Il est évident que la représentation touche aux trois principaux niveaux psychologiques de l'être humain, les pensées, les comportements et les émotions. Nous verrons plus loin, avec les résultats de notre investigation à quel point cela se vérifie.

Puisque les représentations « commentent » les relations du « représentant » au réel représenté, il est essentiel pour la compréhension et la gestion de la société de préciser la place qu'y occupe la santé (au sens de « bien-être physique et mental » tel qu'entendu par l'OMS) et, surtout, quel lien elle entretient avec l'exclusion⁹. En effet, dans le champ des professionnels du travail social, cette relation ne fait aucun mystère. À relation différente, construction différente. Mais qu'en est-il dans la population ?

Les images : le travail, la maison et l'argent

Nous avons d'abord utilisé une méthode dite « d'évocation libre » auprès de l'échantillon de population PSBH¹⁰. Les personnes interrogées devaient répondre à la question suivante : « Quelles sont les images (trois maximum / 5 mots maximum par image) qui vous viennent rapidement en tête quand on vous dit « exclusion » ?

Catégories d'images de l'exclusion en fonction des réponses
à la question Q1 (N= 3412 ; n=6435)¹¹

Images touchant à...	Nombre d'occurrences	Pourcentage (N=100 %)
Travail, emploi	1113	15.7
Logement, SDF, sans logis	995	14.0
Pauvreté	760	10.7
Immigré, noir, maghrébin, étranger	746	10.5
Différences, racisme	586	8.3
Dont racisme	(323)	(4.6)
Maladie	511	7.2
Solitude, isolement, séparation, sentiments négatifs	471	6.6
Dont délaissé par la famille (59) et divorce (33)	(92)	(1.3)
Exclusion sociale	320	4.5
Vieillesse	208	2.9
Drogue	142	2.0
Délits	124	1.7
Avenir des jeunes	84	1.2
CPAS	76	1.1
Accès à la culture	60	0.8
Enseignement (dont exclusion scolaire)	57	0.8
Alcool, tabac	39	0.5
Système économique et social	37	0.5
Moi	14	0.2

Les réponses obtenues s'articulent manifestement autour de trois manques (le manque de travail, le manque de logement et le manque de revenus). La santé (sous son aspect « maladie ») n'apparaît qu'en sixième position immédiatement suivie de la dimension socio-relationnelle (« solitude », « isolement », « séparation »,...).

L'exclusion se définirait donc prioritairement par rapport à des carences (en regard d'une « normalité ») plutôt que par des traits particuliers saillants.

L'inclusion et l'exclusion semblent être perçues en premier lieu du point de vue de la participation à la structure production-consommation plutôt que de celui de la participation sociale.

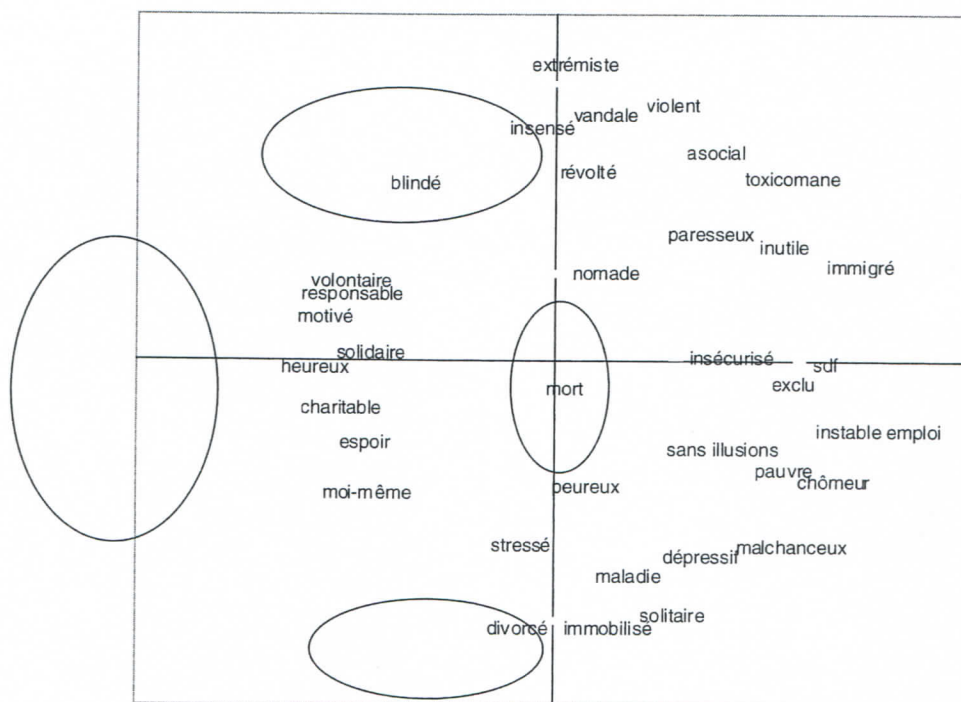
Ceci nous semble correspondre au développement de la société salariale au cours du XX^e siècle qui voit le statut du ménage dépendre, de manière sans cesse plus étroite, des revenus du travail salarié. La position et la reconnaissance sociales se trouvent, pour leur part, de plus en plus tributaires du statut occupé dans le système économique et plus particulièrement encore dans la sphère « emploi ».

Les « petits tas » : le « sdf », l'asocial, le malade et moi.

Dans un second temps, un dispositif de « tri subjectif¹² » a été construit au départ d'une sélection de 36 items inscrits sur des cartons¹³. Les sujets recevaient comme consigne : « Voici une série de trente-six cartes. Nous vous demandons de les classer en plusieurs tas en fonction du fait que les mots inscrits sont proches ou non dans votre esprit. Il doit y avoir plus de deux tas et moins de quinze ».

La spatialisation euclidienne obtenue grâce à l'analyse MDS¹⁴ donne les résultats suivants.

À l'analyse, quatre pôles se dégagent clairement.



Le premier se structure autour du mot « exclu » et regroupe les cartons « sdf », « instable emploi », « pauvre » et « chômeur ».

Ce qui frappe immédiatement, c'est encore une fois la prégnance de la dimension économique « pauvre » qui entretient un lien fonctionnel direct avec l'aspect professionnel « chômeur », « instable emploi ».

Le deuxième pôle, qui se trouve nettement séparé du premier, regroupe les mots « extrémiste », « violent », « vandale », « insensé », « asocial », « révolté ». On retrouve ici différentes formes de « déviance dispositionnelle » (la faune) dont la responsabilité incombe à l'individu lui-même. Notons que ce regroupement se situe à bonne distance du mot « exclu ».

À l'opposé, le troisième pôle est constitué de « maladie », « dépressif », « solitaire », « malchanceux » qui rassemble plutôt les individus-victimes.

Le quatrième pôle, qui fait face au premier et peut sembler le défier, rassemble « volontaire », « responsable », « motivé », « solidaire », « heureux », « charitable » et « espoir » qui ceignent « moi-même » un peu à la manière d'un bien actuel¹⁵ cocon. Le citoyen interrogé se reconnaît les qualificatifs positifs qui se trouvent bien éloignés de l'exclu, de l'asocial ou du malade. Il intègre des caractéristiques à la fois centrées sur soi (individualistes) et centrées sur l'autre (altruistes).

Il apparaît, enfin, que seul le mot « mort » qui se trouve à la croisée des axes se trouve équidistant de chaque territoire. Il n'est donc associé préférentiellement à personne. Retrouve-t-on là un tiers régulateur qui donne un point de comparaison (celui du temps) et, en quelque sorte, donne la mesure des relations entre les protagonistes de cette scène ?

De ces résultats se dégagent plusieurs lignes de force.

« Découpages en trois dimensions »

En première analyse, nous pouvons remarquer que la composition des trois premiers groupes cités rejoint presque totalement certains découpages conceptuels issus de la littérature qui ont été établis entre différents types d'exclusion¹⁶. À savoir, celle qui relève principalement de l'économique (chômeurs, personnes âgées pauvres,...), celle qui relève principalement du social (handicapés, malades,...) et celle qui relève principalement du légal (toxicomanes, délinquants, immigrés illégaux,...). On peut également penser que ces trois formes sont à mettre en rapport avec le répondant et qu'il est fort probable que l'on puisse voir là une représentation du découpage du monde humain en territoires de moi/non-moi avec trois prototypes (construits sociaux) du monde de l'exclusion issus des interactions des sujets avec la réalité et des discours auxquels ils ont été exposés et qu'ils semblent avoir intériorisés.

« Féminin et masculin »

Par ailleurs, nous remarquons une fois encore que le mot « exclu » est associé à la dimension économique et professionnelle. Nous pensons qu'il y a peut-être là, de manière secondaire, un « effet d'indigence¹⁷ » lié au genre (masculin) qui amène les répondants à avoir une évocation mentale de *l'homme* exclu plutôt que de la *femme* exclue.

En nous basant sur de récentes études¹⁸, nous pouvons imaginer que le genre a un impact sur le type de représentation de l'exclusion sachant que dans la construction psychosociale de l'homme, la dimension « insertion professionnelle¹⁹ » occupe le premier plan. En effet, la fonction professionnelle constitue un des pivots de l'inclusion masculine tandis que, dans le cas des femmes, elle conserve une fonction instrumentale et même lorsqu'elle occupe une place de premier plan (ce qui n'est pas la règle générale), elle reste mise en balance avec la fonction « familiale-éducative » qui reste très prégnante. Nous trouvons là un effet lié à la persistance d'une certaine image de l'homme, qui *agit* hors du ménage (dans la sphère publique), comme « gagnant de pain » et responsable de la stabilité et du bien-être économiques et financiers de ce même ménage. Et avec une autre image qui est celle de la femme qui *est* à l'intérieur du ménage (dans la sphère privée), qui donne naissance, élève, organise,...²⁰

Au-delà de cet effet résiduel, c'est aussi la figure emblématique du « sdf » qui apparaît. Et c'est en ce sens, qu'à l'instar de la rumeur, la représentation constitue une forme de réponse à un problème ou à une interrogation issue du rapport de l'acteur au réel.

« La dramaturgie²¹ spatialisée »

La spatialisation des représentations de la population générale sur le plan fixé par le MDS renvoie clairement à une autre spatialisation, celles des problèmes sociaux (et de leur dramaturgie différenciée) et des couches sociales de notre société. Si il apparaît qu'au tournant des années 70, on a, en certains endroits, sorti les malades mentaux des asiles ; dans le même temps, on a progressivement enfermé (reclouonné) le reste de la population dans des zones notamment délimitées par les activités qui s'y déroulent, le niveau de vie qui y est en vigueur, raréfiant par la même occasion les possibilités d'échanges et d'interactions entre milieux, âges et professions différents²².

Si les « sdf » ont souvent été envisagés comme des personnes déficitaires en compétences sociales diverses, il n'en reste pas moins qu'ils ont adopté de manière consciente – non-consciente un mode de fonctionnement très efficace dans ce monde de territoires. Ainsi la « dramaturgie spatialisée » de l'exclusion apparaît probablement quotidiennement aux répondants du panel et chez les « sdf » rencontrés sur le terrain, elle suppose l'existence de larges compétences adaptatives²³. Il y a fort à parier que le contact principal de nos répondants avec l'exclusion se résume à cette frange (qui n'est ni celle des prisons, ni celles des abris-logements, ni celles de quartiers²⁴ où se dissimule l'exclusion la plus généralisée). Notons que l'imaginaire de la population rejoint celui des discours politiques et médiatiques dans le cadre desquels, il est impossible d'imaginer que la pauvreté, le chômage, la précarité et l'exclusion puissent se développer (par exemple²⁵) en milieu rural ou dans les types d'habitat ordinaires dans la mesure où elle ne prend pas le visage

conforme aux stéréotypes. Cet exemple met en évidence le lien existant entre représentation prototypique de l'exclu, espaces visibles de dramaturgie du bien/mal-être dans l'exclusion, formes médiatisées de l'exclusion et formes identifiées comme vraisemblables et « pensables » de l'exclusion.

Par ailleurs, « on sait que les événements et les situations à l'origine de l'exclusion engendrent des réactions diverses chez les individus : détresse et dépression, auto-exclusion, résistance, recours à l'aide, prise d'initiative,... Mais on sous-estime le fait que la spécificité de ces réactions individuelles va de pair avec les spécificités des milieux et espaces géographiques dans lesquels les individus vivent²⁶ ». « Cette hypothèse s'appuie sur l'observation des différences dans les modes de résistance des *exclus* selon les espaces. Dans les métropoles, avec l'aggravation de la pauvreté et de la misère s'est développée la presse de rue (...). Le phénomène des SDF est d'autant plus présent que la ville est de grande taille. Aux parvis d'autrefois²⁷ se sont substitués les métros et RER, les entrées des magasins, des hypermarchés pour ceux qui mendient, jouent de la musique. En milieu rural, au contraire, la résistance s'effectue le plus souvent sur la base de la petite exploitation de subsistance à partir de laquelle on pourra retrouver une couverture sociale (Fabre, 1996), au départ du jardin potager et de l'autoconsommation, sur le travail précaire saisonnier (vendanges, bûcheronnage,...) et l'économie informelle²⁸. »

Ces modes de « coping » spatialisés sont sujets à une dramaturgie différenciée et soumis à une visibilité différentielle et, conséquemment, à une « représentabilité » différentielle qui influe sur les attributs associés, au niveau de la santé (bien-être), notamment.

« *Malade ou asocial ? Accidenté ou déviant ?* »

Comme l'illustre à merveille la représentation graphique, la figure du « sdf » qui surgit à des endroits et à des moments précis est très éloignée de « moi-même » qui, contrairement à « l'exclu » se trouve nimbé d'attributs positifs et non de manques. Les positivités sont visiblement cumulatives et associées comme le sont, par ailleurs, les marginalités, les manques et les déficiences.

Par ailleurs, Le pôle « exclu » et le pôle « moi-même » se trouvent à distance presque égale d'un troisième qui regroupe « extrémiste », « violent », « vandale », « insensé », « asocial », « révolté ». Nous trouvons là une sorte de figure de la « déviance libidinale » mise en acte qui contraste avec la partie inférieure droite qui serait celle des « accidentés de la vie ».

Visiblement, « l'exclu » ne se confond avec aucun de ces deux groupes mais tend à se rapprocher du second plutôt que du premier. Ce que confirme partiellement une investigation supplémentaire menée auprès du PSBH²⁹ et qui portait sur les scénarii imaginés ou observés (auprès de personnes connues) mettant en scène les événements qui concourent à l'exclusion.

Nombre d'apparitions des divers types d'événements dans les histoires d'exclusion (N=7405)

Événements liés à...	Nombre	Pourcentages
Emploi	2031	27.43
Revenus – dépendance	1694	22.88
Famille – liens sociaux	1248	16.85
Illégalité – délinquance	719	9.71
Santé	626	8.46
Logement	522	7.05
Race – milieu	262	3.54
Scolarité	133	1.80
Responsabilité individuelle	104	1.40
Victimisation	66	0.89

Il apparaît que se succèdent, dans un ordre ou un autre : la perte d'un emploi, les difficultés relationnelles, l'incapacité d'assumer une vie sociale et familiale puis une perte des conditions matérielles satisfaisantes. La figure du « sdf » constitue l'accomplissement de cette « dégringolade ». Le tout ne résulte pas de responsabilités individuelles mais plutôt d'accidents conjoncturels.

Y apparaissent néanmoins les éléments repris ci-dessous qui renvoient, pour une part au quadrant supérieur droit (« déviant/délinquant »), pour une autre, au quadrant inférieur droit (« accidenté ») de la représentation spatiale commentée dans les pages précédentes.

Dans le premier quadrant, nous trouvons des références à l'origine culturelle (« immigré ») et les comportements déviants ou délinquants (« asocial », « vandale »). Dans l'autre quadrant, apparaissent les problèmes de santé et d'isolement notamment consécutifs à une rupture. Si le second groupe d'items, comportant plus d'éléments, se situe clairement dans la dimension conjoncturelle, le premier relève plutôt de la non-conformité à certaines normes ou d'un aspect « dispositionnel ».

Notons donc que, mises en parallèle, la question portant sur les *scenarii* et celle qui donne la représentation euclidienne (MDS) permettent de penser que c'est selon une dimension « accidenté »³⁰ que se rapprochent « exclu » et « malade ». Remarquons également que le mot « malade » et le mot « dépressif » sont voisins, ce qui laisserait penser que **mauvaise santé et mal-être psychique se retrouvent lorsque l'exclusion est évoquée**. Nous développerons cette hypothèse de manière plus complète dans les pages qui suivent.

Dans ce premier temps de la réflexion, nous avons mis en évidence certains des liens entretenus par l'exclusion, la maladie et la spatialisation. Il nous semble maintenant nécessaire d'introduire une seconde dimension essentielle de l'expérience humaine : la temporalité. Pour ce faire, nous allons d'abord resituer notre premier

propos dans une perspective temporelle large, historique, pour nous centrer ensuite sur un contexte à échelle humaine, individuelle : la trajectoire de vie.

De temps en temps

Depuis les débuts de notre histoire humaine, lorsque la maladie survient, elle appelle une explication. Selon les époques et les lieux, l'éclairage apporté a varié tout en conservant des traits généraux communs. En effet, de Thucydide à Boccace, le comportement amoral des hommes, pris collectivement, a été mis en avant pour justifier *a priori* ou *a posteriori* la survenue de la maladie. Néanmoins, c'est principalement avec l'avènement du christianisme que la maladie se verra également rapprochée, individuellement, du malade. Son explication réside alors dans un mode de vie, un caractère, des comportements « étrangers », « marginaux », « hors normes ». D'ailleurs, les maladies sont souvent vues comme des « denrées d'importation », venues d'ailleurs, étrangères et touchant souvent en premier les plus « étrangers » parmi les pairs. Ainsi, les « marginaux » de tous poils, au rang desquels figuraient les plus pauvres, étaient très souvent associés à la déviance, et, corollairement, à la maladie. Nuançons néanmoins le propos en rappelant qu'au cours de la période du Moyen-Âge qui va du X^e au XII^e siècle, le pauvre a également été vu comme une incarnation du Christ appelant à la Charité chrétienne. Comme toujours, l'imaginaire est polymorphe et parfois peu sensible à la contradiction. Ceci peut s'éclairer si on le rapporte à ce que nous avons dit des représentations dans les premières pages de ce chapitre.

Au niveau de l'individu, le temps qui s'écoule renvoie certes à la question de l'époque mais également à celle de l'âge et de la position dans le cycle de vie. Le rapport à la santé apparaît clairement relié à chacun de ces éléments inscrits dans la dimension temporelle.

Pour approfondir le lien entre l'exclusion et la maladie (santé/bien-être) et le remettre en prise sur la réalité quotidienne, nous allons maintenant recourir à des résultats d'analyses statistiques effectuées au départ de l'échantillon³¹ du PBSH 1996 restreint à la population de la Communauté Wallonie-Bruxelles³². Le but visé consistait à préciser quelles variables (parmi l'âge, le sexe et le niveau de pauvreté), prises ensemble dans un modèle (Probit), expliqueraient, d'une part, le niveau de santé physique, d'autre part, le niveau de santé psychique et, enfin, le taux de « fréquentation médicale »³³.

Allons-nous retrouver, en accord avec ce que l'on pourrait penser *a priori*, une concordance des facteurs d'amélioration ou de dégradation de santé physique et psychologique ?

Dans quelle mesure, la fréquentation médicale serait-elle linéairement dépendante du niveau de précarité économique³⁴ ?

En première analyse³⁵, il apparaît que l'état de santé dans lequel les personnes disent se trouver est lié à chacune des variables prise isolément³⁶. Autrement dit, plus on est pauvre, plus on s'estime en mauvaise santé (à un âge déterminé et pour un sexe donné). De même, l'état de santé diminue avec l'âge (quels que soient le sexe et le niveau de pauvreté du répondant). Ensuite, les femmes se retrouvent plus exposées à une mauvaise santé indépendamment de leur niveau de pauvreté. Au sein de chaque groupe d'âge, plus on est pauvre (et plus encore si on est une femme), plus on s'estime en mauvaise santé. Mis à part, l'impact du sexe du répondant, jusque là, il n'y a rien qui défie ce que pourrait dire le sens commun.

Par contre, en ce qui concerne le niveau de bien-être psychique et la fréquentation médicale, la dynamique causale se complexifie. Chacun de nos trois facteurs (classe d'âge, sexe et niveau de pauvreté) ne joue pas de la même manière. En effet, la pauvreté **seule** n'intervient pas pour expliquer la fréquence des consultations et le niveau de bien-être ressenti. Par contre la classe d'âge et le sexe influent de manière directe et significative. Ce résultat nous amène à relativiser quelque peu ce que pourrait nous faire dire le sens commun :

- plus on est pauvre plus on s'estime en mauvaise santé (parce qu'on l'est fort probablement) donc,
- plus on doit consulter, d'une part, et moins on se sent bien d'un point de vue psychique, d'autre part.

Pour affiner et nuancer le propos, nous avons procédé à une analyse plus détaillée des liens qui existent entre les facteurs classe d'âge, sexe et niveau de pauvreté et, d'une part, le bien-être psychique ou la fréquentation médicale, d'autre part. Ceci se fait toujours sur base d'une modèle incluant toutes les variables.

Vieillesse et pauvreté riment avec mal-être psychique ? Pas sûr...

En ce qui concerne le niveau de bien-être psychique³⁷, le taux le plus élevé de personnes en état de mal-être psychique se retrouve au sein du groupe d'âge moyen et non parmi les plus jeunes ou les plus âgés. Mais, de manière surprenante, ce n'est pas au sein de la catégorie des plus pauvres que cet effet d'âge se marque le plus mais au sein du groupe intermédiaire (insécurisés). Ainsi, lorsque l'on est jeune, plus on est pauvre plus on est « déprimé ». Et, chez les personnes plus âgées, pauvreté ne rime pas avec « déprime » alors que ce serait plutôt le cas des personnes les plus « sécurisées » de notre échantillon.

Pour éclairer ces résultats, différentes hypothèses sont envisageables.

D'abord, pour ce qui relève du bien-être psychique, il appert qu'hommes et femmes se rejoignent dans la période dite « active » située en milieu de vie en ce sens que stress et niveau de dépression y connaissent leur niveau le plus élevé. Ce groupe serait dans la position la plus délicate par rapport aux attentes sociales, aux attentes et exigences familiales et aux responsabilités personnelles (sphère privée et sphère professionnelle).

Si les logiques sous-tendant les comportements sont largement tributaires du sexe du répondant, nous pouvons également dire que le temps constitue un autre critère discriminant. Et ce n'est pas d'un temps absolu, simplement lié à l'âge, dont il s'agit mais d'un temps social, contextualisé, au sens de périodes de la vie (pensées en termes de stades avec leurs attentes (de rôles) personnelles et sociales indissociables,...).

Si nous ajoutons à cela le fait que cette tendance se marque le plus chez les « insécurisés³⁸ », les résultats appellent des explications supplémentaires. Il nous semble néanmoins qu'une piste importante apparaît en recourant au concept de « cycle de la vie familiale » issu de la psychologie systémique. Dessoy (1996), reprenant et nuanciant les travaux de Combrick-Graham, envisage la vie de la famille comme scandée par une série de phases telles que la naissance d'un premier enfant (et les changements de statut consécutifs couple → parents, parents → grands-parents,...), l'entrée d'un enfant à l'école, l'adolescence, le passage d'adolescent au jeune adulte et le départ du foyer. Le passage d'une phase à l'autre correspond à des réorganisations au sein de la famille ainsi qu'à une oscillation entre engagement et désengagement de chacun des membres par rapport à la famille. Par ailleurs, pour les parents, la fondation de la famille, est précédée par le passage de la vie d'adolescent à celle de jeune adulte et la fondation du couple.

Les personnes qui se trouvent en situation de pauvreté ont peut-être « dépassé » ce stade de mobilité personnelle et de l'anxiété afférente en déployant des stratégies de réduction des attentes et des besoins qui jouent un rôle défensif contre, notamment, une auto-dévaluation ou une auto-destruction qui ne serait plus maîtrisable.

Au cours des différentes périodes que nous venons d'identifier, la personne procèdera à des dramaturgies spécifiques correspondant à l'environnement le plus important, le plus riche de sens à ses yeux. Lorsque famille il y a, l'investissement spatialisé famillo-centrique différencié selon le rapport des individus à la pauvreté et à l'exclusion débouchera sur la mise en scène de compétences relationnelles et éducatives dans lesquelles sera modulée la relation à la santé. Elle prendra principalement place dans la sphère privée mais aussi, dans une moindre mesure, dans certains lieux publics liés à ces compétences et à la sphère familiale. Si, par contre, la personne vit seule, il existera également une « dramaturgie domestique » à usage interne³⁹ mais, dans une plus large mesure, elle investira des espaces publics spécifiques qui seront le théâtre de rencontres éventuelles ou certaines avec d'autres personnes connaissant d'autres trajectoires au rang desquelles pourront notamment se retrouver nos répondants.

Mal-être psychique et pauvreté : un décalage horaire ?

De ce point de vue, il semble fort, qu'à tranche d'âge équivalente, les sujets de notre échantillon vivent des étapes différentes de leur cycle avec des implications différentes en fonction de leur situation de confort matériel. Fulmer (1989) a mis en

évidence un passage plus lent (*temps étiré*) d'un stade à l'autre chez des couples d'universitaires à deux carrières et un passage plus rapide (*temps comprimé*) dans les familles sous-prolétaires. Les uns tendent à concevoir leur premier enfant plus tardivement (jusque dans la trentaine) alors que les autres peuvent connaître la maternité et la paternité à partir de 16 ans. À l'extrême, les premiers voient naître leur premier enfant quand les seconds vont devenir grands-parents. Tout ceci voudrait donc dire que, d'une certaine manière, selon que l'on se situe dans la première situation ou dans la seconde, on chemine parallèlement, dans un cycle passant de l'adolescence, à la mise en ménage, à la première naissance mais à des vitesses différentes et en possession de ressources (matérielles, affectives, relationnelles,...) différentes. Les difficultés rencontrées seront, elles aussi, différentes.

Une nuance de taille et un détour par l'économie s'impose ici. En effet, le raisonnement basé sur le cycle peut ne sembler valoir que pour les cas extrêmes. Or, ici, ce sont des personnes qui se situent à un niveau de pauvreté réelle moyen qui connaissent le plus important de mal-être. Nous allons voir que l'hypothèse du cycle peut être pertinente dans ce cas également.

Nous savons que les personnes ne restent pas de manière stable dans les « catégories de pauvreté » (principalement dans la catégorie intermédiaire⁴⁰). Ceci est notamment lié aux fluctuations du marché du travail. Il semble donc logique de penser qu'un état de tension doit être maximal chez les personnes qui appartiennent à cette catégorie qui se trouve, en quelque sorte, dans une sorte de « décalage horaire » entre, d'une part, une position dans un cheminement de vie⁴¹ et les attentes qui y sont liées et, d'autre part, des « accidents » conjoncturels notamment liés à la restructuration du marché du travail.

Par exemple, dans le cas d'une ascension, le mal-être peut se retrouver chez les personnes qui se retrouvent prises dans un dilemme tel que celui que Molina (1991) a identifié : appartenir (à la famille) ou être quelqu'un (réussir mieux). En somme, cela revient à être exposé aux deux messages suivants : « Ne fais pas comme moi, réussis mieux que moi » mais « reste fidèle à tes parents, ta famille⁴² ». Réussir mieux pourrait alors amener les enfants à ne plus se reconnaître dans leurs parents, à en avoir honte⁴³. Selon Hoffman (1981), la rencontre de ces deux messages ne débouche pas obligatoirement sur un paradoxe générateur de souffrances mais cela peut arriver dans certains contextes défavorables.

À l'inverse, dans le cas d'une descente, on imagine aisément le mal-être résultant de l'accroissement des tensions. L'écart entre attentes, aspirations et ressources, entre éléments structurels et conjoncturels, prend alors une ampleur considérable.

À côté de cette tendance marquée au mal-être chez les 35-54 ans qui se situent à un niveau de pauvreté médian, nous avons remarqué la présence d'un autre effet au-delà de 55 ans. Passé cet âge, il semble que les personnes d'une sécurité (matérielle) d'existence connaissent un sentiment de mal-être psychique supérieur à celui des autres personnes.

Cette observation quelque peu étonnante peut être éclairée par différents éléments.

D'abord, différentes études ont indiqué la présence de « mécanismes d'adaptation » dans les situations de pauvreté durable. La diminution des attentes et des exigences personnelles, le réinvestissement dans des sphères autres que celle du travail⁴⁴, l'établissement de réseaux alternatifs de sociabilité,... alors que les personnes appartenant à d'autres groupes qui ne sont pas exposés à la pauvreté sont à l'heure des bilans. Parfois, la courbe professionnelle descendante de la fin de carrière est amorcée. Les phases du cycle de vie familial telles que le départ et/ou la mise en ménage des enfants, la naissance du premier petit-enfant,... peuvent être l'occasion de négociations, de renégociations ou de réorganisations conjugales ou familiales plus ou moins délicates et d'investissements de nouveaux espaces de dramaturgie.

Un dernier point a retenu notre attention. Avec quel facteur la fréquentation médicale peut-elle être mise en lien ?

Il apparaît qu'elle varie selon qu'on est une femme ou un homme mais aussi selon la classe d'âge dans laquelle on se situe. Le niveau de pauvreté n'introduit pas ici non plus, à lui seul, de différence significative. En effet, plus on est âgé plus on consulte et si on est une femme, on consulte significativement plus.

Lorsqu'on approfondit la question en cherchant les liens existant entre l'âge et le niveau de pauvreté, d'une part, et la fréquentation médicale, d'autre part, on observe que dans les groupes 16-34 et 35-54, plus on est pauvre, moins on consulte. Mais, à partir de 55 ans, si on appartient aux deux groupes les plus pauvres, on consulte plus que si on fait partie du groupe des personnes « matériellement sécurisées ».

Nous pouvons faire deux hypothèses. D'abord, concernant le groupe des personnes les plus âgées, on peut penser que les conditions de vie dans la pauvreté et une attention moindre portée à sa santé pour des raisons diverses (économies, « être fort », méconnaissances,...) se paient cher à l'arrivée. De plus, en Belgique, l'organisation des soins de santé permet à cette tranche de la population un accès facilité par des aides financières diverses. Par ailleurs, l'incidence des différentes pathologies et la forme sous laquelle s'exprime la souffrance ne sont pas identiques dans toutes les classes d'âges et elles varient suivant le statut socio-économico-culturel⁴⁵. Il y a donc là des éléments structurels (organisation de l'accès), des éléments de parcours et d'histoire collectifs et individuels, sociaux et culturels.

Ce phénomène correspond évidemment à « l'effet Mathieu » qui a été identifié dans différentes recherches portant sur la pauvreté, indiquant que moins on a, moins on reçoit. Ceci à un point tel que le peu que l'on a peut même être mis en péril. C'est ce que nous appellerons « l'effet casino » qui met en évidence que les investissements réalisés par les exclus dans certains espaces peuvent davantage encore mettre leur santé à mal et réduire la « fréquentation médicale » au cours de périodes de la vie (16-54 ans) où le bien-être constitue un élément crucial de l'insertion sociale et professionnelle. Cet effet s'estomperait au-delà de 55 ans.

Si nous nous centrons, de manière plus fine, sur la fréquentation médicale des personnes qui se disent en mauvaise santé, deux résultats étonnants apparaissent⁴⁶.

D'abord, les personnes qui se disent en mauvaise santé (et qui, logiquement, devraient être les plus importantes consommatrices de soins) consultent systématiquement moins si l'on prend en compte l'ensemble de la population des personnes interrogées.

Ensuite, Lorsque l'on compare hommes et femmes qui se disent en mauvaise santé⁴⁷, on se rend compte que l'arbre cache un peu la forêt. En effet, les femmes les plus pauvres consultent nettement moins que les hommes les plus pauvres quel que soit leur âge. On peut se demander s'il s'agit d'un « sacrifice de soi » reposant sur un éventuel surinvestissement de certains aspects du rôle maternel (aspect subjectif) ou seraient-elles moins exposées à des situations potentiellement blessantes ou pathogènes (aspect objectif) telles que situations de travail manuel⁴⁸ et autres. Dans la classe d'âge des 16-34 ans, les résultats sont identiques, pourtant, durant cette période, les femmes vont connaître une ou plusieurs grossesses avec ce que cela suppose ou, dans ce cas-ci, ne suppose peut-être pas, de suivis médicaux.

Parmi les personnes en mauvaise santé qui appartiennent au groupe des 16-34 ans et à celui des 35-54 ans, plus on est pauvre, moins on consulte alors qu'au-delà de cet âge, la tendance s'inverse. Mais là encore, l'arbre cache la forêt. Alors que les hommes pauvres consultent le plus, c'est dans le groupe des personnes de 55 ans et plus que les femmes pauvres consultent le moins. Sont-ils objectivement dans des situations structurelles ou conjoncturelles (revenus, situation familiale, risques,...) différentes ou dans des vécus de la santé différents ?

Quoi qu'il en soit, cette constatation doit amener à des initiatives spécifiques et à une prise de responsabilité en matière de politiques de soins de santé.

À la suite à ce que nous venons de décrire, il semble clair que la dimension temporelle joue un rôle important dans la relation entre santé et pauvreté. L'anthropologie et la sociologie nous enseignent également que le rapport au temps n'est pas toujours et partout identique. Ceci en fonction des inscriptions sociales et culturelles de chacun. À l'échelle d'une famille, le temps vécu peut être envisagé à travers la manière qu'elle a de gérer le maintien et le changement, la continuité et l'adaptation, la stabilité et la flexibilité.

Investissements dramaturgiques dans la période médiane de vie (16-54 ans)

Dans les familles dont nous venons de parler, il y a une multiplicité de « détails pratiques » à résoudre mais surtout une rythmicité réglée sur des « organisateurs » qui ne sont pas nécessairement, le travail, l'école,... mais les rendez-vous/convocations aux services sociaux, les visites des intervenants, les jugements et mesures diverses, les saisons, l'arrivée des allocations ou indemnités (quand il y en a),...

S'ajoute à cela « l'urgence événementielle » dans laquelle naviguent les familles, dont S. Minuchin dit que « tout peut y arriver, mais on ne sait jamais quand ». Il y a là un mode de fonctionnement, où l'on se vit comme soumis à la nature et aux « forces extérieures » qui peut également se retrouver chez des personnes isolées⁴⁹ qui se retrouveront dans une situation d'agitation fébrile et continue. Pour ces individus ou ces familles, le présent semble dominer sur l'ensemble de l'axe temporel. En général et, plus encore, dans des situations qui suivent un « accident » (rupture, perte d'un emploi, décès d'un ou plusieurs proches,...), le passé récent, post-accidentel, peut difficilement devenir un passé valorisable qui donnerait des points de comparaison, de réassurance ou d'identification d'un progrès. Par ailleurs, quand une personne se trouve en situation dite de « locus of control externe », l'avenir, sur lequel elle ne possède que peu de prise, n'est que rarement investi. L'investissement ne pourrait alors porter que sur ce qu'il y a de concret et de tangible dans l'ici et maintenant : l'espace et le corps (le sien ou celui de l'autre)⁵⁰

Ainsi, à côté des nombreuses explications concrètes, matérielles, il semble que l'inscription dans le temps, la représentation et la perception de son temps et de son propre cheminement dans le temps jouent un rôle important, sous-jacent aux pratiques liées à la santé.

Du vécu du bien-être dans l'exclusion à sa représentation à travers l'espace et le temps

Tout au long de notre recherche, nous avons été soucieux de confronter les représentations du rapport qu'entretiennent santé et exclusion (premier module de l'enquête) à une réalité vécue de ce rapport (second module de l'enquête). Ce faisant, nous avons pu constater que le temps (et son vécu) et l'espace (et son vécu) médient clairement ce rapport. Ainsi le **caractère spatialisé** de la dramaturgie du vécu du bien/mal-être dans l'exclusion influence sur les représentations de ce vécu dans la population et chez les décideurs politiques. **L'inscription vécue dans le temps** est fonction de paramètres divers au rang desquels figure la dimension économique (la pauvreté et l'exclusion dans le cas qui nous occupe ici). Cette même dimension influence (et est influencée en retour par) le choix des lieux d'investissement préférentiel qui se traduit notamment par une dramaturgie spatialisée et spécifique mettant en actes des compétences diverses. Du fait même de sa spatialisation, cette dramaturgie a un impact différencié sur les répondants en fonction de leurs contacts et expériences. Par conséquent et comme nous le disions en introduction, ces expériences généreront des questions et des réponses (représentations ; MDS et *scenarii*) correspondantes. Nous en retrouvons le détail dans nos résultats.

Cette dramaturgie spatialisée correspond probablement à une volonté de se redéfinir symboliquement au moins une insertion sociale (alternative) débouchant à l'extrême sur l'adage bien connu : « Mieux vaut être mal vu que passer inaperçu ». Elle

offre un champ d'affirmation de compétences utilisées par les exclus « visibles » mais aussi très largement par les exclus, pauvres et marginaux qui restent à l'abri du regard. Les manifestations somatiques et le mal-être psychique accompagnent de manière statistiquement significative les situations de pauvreté et d'exclusion comme le montrent clairement les données longitudinales de notre échantillon.

Les mesures prises par les décideurs politiques (tant au niveau local et régional que fédéral) sont donc largement fonction de la dramaturgie relevée par les médias qui façonnent l'opinion publique⁵¹ en construisant un reflet « sélectif » des dramaturgies mises en place d'initiative ou en réaction à des situations de vie par les personnes qui vivent l'exclusion.

Remarquons enfin qu'au-delà de la dramaturgie émanant des personnes elles-mêmes, apparaissent des situations dramaturgisées dans lesquelles un contexte mis en place par une volonté extérieure détermine un type particulier de dramaturgie qui, à son tour, déterminera un rapport particulier du public au bien-être dans l'exclusion suscitant par là des questions et des représentations corrélatives. À titre d'exemple, nous pensons notamment ici à ce qu'il en a été, en 2000, des tentes montées pour accueillir des demandeurs d'asile politique devant l'Office des étrangers ainsi qu'au regroupement de nombreuses personnes amenées sur place une heure quinze avant l'ouverture officielle des bureaux.

Bibliographie

- Abrie J.-C. (1994), « Pratiques sociales et représentations » (s. dir.) Paris, PUF, 251 p.
- Born M. et Gavray C. (1997), « La santé face aux mécanismes de production et de gestion des inégalités sociales », in *L'Observatoire : revue d'action sociale et médico-sociale*, n° 11-12.
- Born M. et Lioni A.-M. (1996), « Familles pauvres et intervention en réseau », Paris, L'Harmattan.
- Dessoy E. (1996), « », in *Thérapie familiale*, XVII, pp. 487-505.
- Forgas J. P. (1976), « The perception of social episodes : categorical and dimensional representations in two different social milieu », *Journal of Personality and social Psychology*, vol. 33, pp.199-209,
- Purkhart S. C. et Stochdale J. E. « Multidimensional scaling as a technique for the exploration and description of a social representation », in Breakwell G. M. et Canter D. V. (1993), « Empirical approaches to Social Representations », Oxford, Clarendon Press, pp. 272-297.
- Fulmer R. H. (1989), « Lower-income and professional families : a comparison of structure and life cycle processes » pp. 545-578 in Carter B. and Mc Goldrick M. (Eds), « The changing family life cycle. A framework for family therapy », Boston, Allyn and Bacon.
- Gaulejac (de) V. (1997), « Les sources de la honte »
- Gavray C. (1995), « Dynamique des inégalités », Programme de Recherche en Sciences Sociales (Services SSTC), 187p., Bruxelles.
- Hoffman L. (1981), « Foundations of family therapy. A conceptual frame work for systems change », New-York, Basic books.
- Habermas J. (1987), « Théorie de l'agir communicationnel », Paris, Fayard.

- Knox P. (1994), « Urban Social Geography. An Introduction », 3rd Édition, New-York, Longman Scientific and Technical, p. 43.
- Kruskal J. B. et Wish M (1978), « Multidimensionnal scaling : quantitative applications in the social sciences », London, Sage
- Mathieu N. (1997), « Pour une nouvelle approche spatiale de l'exclusion » in *Cybergéo*, n°33.
- Molina-Loza C. A. (1991), « Conférence donnée à l'UCL le 25 janvier 1991 ».
- Mugnier J.-P. (1990), « Familles assistées et travail social » in *Thérapie familiale*, XI, pp. 41-53.
- Mugnier J.-P. (1998), « Les stratégies de l'indifférence », Paris, ESF.
- Pourtois J.-P. (1999), « Compétences professionnelles et contextes d'abandon » in *Les Politiques Sociales*, n° 3 et 4.
- Tournois j. et Dickes P. (1993), « Pratique de l'échelonnement multidimensionnel : de l'observation à l'interprétation », De Boeck, Bruxelles.
- Zimbardo P. G.(1973), « La psychologie sociale : une intrigue et un scénario en quête de la réalité » in S. Moscovici, « Introduction à la psychologie sociale », Paris, PUF.



1. Psychologue, assistant au Service d'étude de la délinquance et du développement psychosocial, Faculté de psychologie et des sciences de l'éducation de l'Université de Liège.
2. Sociologue, assistante et chercheuse au Service d'étude de la délinquance et du développement psychosocial, Faculté de psychologie et des sciences de l'éducation de l'Université de Liège.
3. Professeur ordinaire, Directeur du Service d'étude de la délinquance et du développement psychosocial, Faculté de psychologie et des sciences de l'éducation de l'Université de Liège.
4. P. G. Zimbardo (1973), « La psychologie sociale : une intrigue et un scénario en quête de la réalité », in S. Moscovici, « Introduction à la psychologie sociale », vol. 1, p. 85, Paris, PUF.
5. Le Panel Study on Belgian Households est une banque de données longitudinales représentatives des ménages et de la population belge. Elle a été constituée grâce à l'appui des SSTC (Services fédéraux des Affaires Scientifiques et Culturelles) sur base d'enquêtes annuelles menées entre 1992 et 2001 et codirigé par l'UIA et l'Université de Liège.
6. « Social thinking is for doing ».
7. La psychologie sociale (de S. Asch à S. Moscovici, en passant par S. Milgram) a clairement mis en évidence l'impact aussi subtil qu'omniprésent qu'exercent les situations sociales sur le comportement humain.
8. J.-C. Abric, P. Moliner,...
9. Nous la définissons ici non pas comme un état mais plutôt dans le sens d'un *processus interactif par lequel une personne se trouve, pour une période plus ou moins longue, en déficit d'affiliation sociale lié à une série de manques spécifiques plus ou moins importants, de déprivations multiples et cumulatives* (Born M. et Lioni A.-M. (1996)) *empêchant une participation sociale effective.*
10. Il est à noter qu'un sous échantillon (Communauté Wallonie-Bruxelles) a été investigué à l'aide d'un module spécifique au sujet du thème qui nous occupe ici.
11. N = nombre total de répondants ; n = nombre total d'images codées dans les catégories reprises dans le tableau

12. Tournois J. et Dickes P. (1993), *Pratique de l'échelonnement multidimensionnel : de l'observation à l'interprétation*, De Boeck, Bruxelles.
13. Cette méthode présente l'avantage de nous donner, pour chaque individu, une matrice carrée de 36 cellules sur 36. Elle peut donc être introduite dans une procédure de Multi-Dimensionnal scaling (Kruskal J. B. et Wish M. (1978), *Multidimensionnal scaling : quantitative applications in the social sciences*, Sage, London, qui va la transposer en distance euclidienne aisément interprétable. L'utilisation de la MDS est fréquente dans l'approche des représentations (Forgas J. P. (1976), « The perception of social episodes : catégorical and dimensional représentations in two different social milieu », *Journal of Personality and social Psychology*, vol. 33, pp.199-209 ; Purkhart S. C. et Stochdale J. E. (1993), « Multidiemsiomnal scaling as a technique for the exploration and description of a social représentation », in Breakwell G. M. et Canter D. V., *'Empirical approaches to Social Representations*, Oxford, Clarendon Press, pp. 272-297.
14. Voir note précédente.
15. Au sens de présent dans notre présent collectif. Pensons notamment à toutes ces voitures engagées dans une course à « l'armement de sécurité active et passive ».
16. Knox P. (1994), « Urban Social Geography. An Introduction », 3rd Edition, New-York, *Longman Scientific and Technical*, p. 43.
17. Ce facteur aurait un impact au niveau du cheminement cognitif des personnes interrogées en l'orientant dans une direction particulière.
18. Gavray C. (1995), « Dynamique des inégalités », Programme de Recherche en Sciences Sociales (Services SSTC), 187p., Bruxelles.
19. Fut-elle « alternative ».
20. Notons, ici, que de nombreuses femmes que nous avons rencontrées au cours de notre travail dans des quartiers dits « difficiles » de Liège, ont fréquemment mis en avant leur rôle de mère comme fondement intégrateur, bien avant toute insertion professionnelle. Il en a rarement été de même pour les hommes (pères).
21. La notion de dramaturgie réfère notamment aux travaux de J. Habermas (1987), « Théorie de l'agir communicationnel » (2 tomes), Paris, Fayard ; repris et adaptés par J.-P. Pourtois (1999), « Compétences professionnelles et contextes d'abandon » in *Les Politiques Sociales*, n° 3 et 4.
22. Notons, au passage, qu'une ébauche de contre-mouvement (subculturel) apparaît sous la forme du « lofting ». Il s'agit de particuliers qui achètent individuellement ou collectivement des anciens bâtiments industriels pour en faire des habitations simples ou multiples et/ou des ateliers à vocation artistique. Il est évident que ces bâtiments se trouvent dans des quartiers au sein desquels le profil socio-économico-culturel des habitants est sensiblement différent de celui des nouveaux arrivants. Les rencontres qui en découlent peuvent être riches d'innovations et de diversification des activités locales.
23. On peut par ailleurs se demander si elles ne constituent pas, sous certains aspects, l'un des plus beaux accomplissements de la société de marché ultra-libérale. La terminologie même qui est employée par une personne anciennement « sans domicile fixe » que nous avons rencontrée y fait écho puisqu'elle parle notamment de position(nement) stratégique (comme sur les marchés... et les champs de bataille).
24. « Quand je me suis retrouvée sans plus rien, j'ai directement pensé au quartier X (...) parce que je savais qu'ici, les gens ne me jugeraient pas... » (extrait d'entretien).
25. Nous ajoutons.
26. Mathieu (1997), « Pour une nouvelle approche spatiale de l'exclusion sociale » in *Cybergéo*, n°33.
27. Le parvis des églises renvoie à une autre époque, à une autre représentation de la pauvreté, de ses causes, de ses justifications et des réponses que chacun peut/doit y apporter.
28. Mathieu (1997), p8.

29. Voir notes 2 et 7.
30. Interviennent ici la malchance et l'absence de maîtrise sur les causes.
31. 4000 observations de personnes de 16 ans et plus. Plus explication des classes d'âge et des niveaux de pauvreté.
32. Soit la partie francophone du pays. Voir notes 7 et 9.
33. Ces trois mesures étant prises au départ d'une auto-évaluation.
34. Mesuré à travers une variable à 3 niveaux (pauvres, insécurisés, non pauvres).
35. Nous renvoyons le lecteur au premier tableau des annexes.
36. « Toutes choses étant égales par ailleurs » dans le modèle explicatif « Probit ».
37. Mesuré à l'aide de l'échelle de Moos.
38. Ceux qui sont en quelque sorte, assis entre deux chaises et connaissent donc des tensions maximales.
39. Nous renvoyons le lecteur aux ouvrages d'E. Goffman (sociologie) et E.T. Hall (anthropologie) pour une information complémentaire sur la mise en scène à usage interne et externe et ses relations à la construction et au maintien de l'identité.
40. On s'y retrouve soit de manière structurelle, soit de manière conjoncturelle (ascension subite souvent suivie d'une chute ou descente subite suivie ou non d'une remontée durable).
41. Qui est lié à leur position originelle dans l'espace socio-économique.
42. Nous savons que la famille reste un pivot central d'intégration sociale dans les situations de pauvreté (Mugnier, Fontaine, Bawin-Legros, Minuchin,...)
43. Nous renvoyons ici aux travaux complémentaires de De Gaulejac (1996) qui nuance et approfondit le propos.
44. Avec, dans certains cas, une réussite exceptionnelle. Pensons à l'un des trois membres de l'équipe masculine belge de pétanque (récente championne du monde) qui se trouvait (depuis un long moment) et se trouve encore en situation de chômage. Cet homme déclarait : « J'espère que maintenant les gens me regarderont autrement dans la rue ».
45. Nous connaissons, par exemple, l'incidence importante des troubles psychosomatiques chez les hommes immigrés (de la première génération) âgés ainsi que chez les ouvriers peu qualifiés âgés. Mais également l'incidence importante de maladie liées à des conditions de travail pénibles chez les personnes plus âgées et de situation économique modeste.
46. Nous renvoyons le lecteur au deuxième tableau des annexes.
47. Nous renvoyons le lecteur au troisième tableau des annexes.
48. Qu'il s'agisse de travail officiel ou officieux.
49. En psychologie sociale, cette perception de la causalité se retrouve sous le terme de « locus of control externe ». Cela signifie que la personne attribue la « responsabilité » de ce qui lui arrive à des éléments extérieurs peu ou pas contrôlables (le hasard, les autres,...). Rotter (1966).
50. Et ceci, principalement quand il se fait (trop) entendre.
51. Notons que les hommes et femmes appartenant au champ politique et à celui des médias n'échappent pas eux-mêmes (en tant qu'être humain inscrits dans le réel) à une exposition différenciée à la dramaturgie spatialisée dont il relaie de manière consciente/non-consciente l'impression qu'ils en ont eue sous forme de représentations-réponses à caractère individuel et social. Nous retrouvons là le processus décrit en introduction du présent chapitre.