

**L'isolement des bénéficiaires du RMI  
de longue durée dans le Chablais  
Etude exploratoire**

## **- SOMMAIRE**

<b>INTRODUCTION .....</b>	<b>p. 3</b>
<b>LES RESULTATS DES ENTRETIENS .....</b>	<b>p. 7</b>
<b>I - LA MOBILITE .....</b>	<b>p. 7</b>
<b>II - LES ACTIVITES .....</b>	<b>p. 10</b>
<b>III - LES RELATIONS SOCIALES .....</b>	<b>p. 12</b>
<b>IV - LA SANTE .....</b>	<b>p. 16</b>
<b>V - L'ACCOMPAGNEMENT .....</b>	<b>p. 19</b>
<b>CONCLUSION .....</b>	<b>p. 23</b>
<b>BIBLIOGRAPHIE .....</b>	<b>p. 25</b>
<b>ANNEXE .....</b>	<b>p. 26</b>

## **- INTRODUCTION**

### **Des éléments de contexte**

En 2007, le Conseil Général de Haute-Savoie et la MRIE ont réalisé une étude quantitative pour mieux connaître les bénéficiaires du RMI de longue durée dans le Chablais à partir du point de vue des professionnels. Les résultats de l'étude donnent une photographie intéressante de cette population comprenant 256 bénéficiaires.

Ils ont majoritairement entre 36 et 55 ans. Il s'agit aussi bien d'hommes que de femmes. Ils sont souvent seuls (63%). Parmi eux, 40% sont au RMI depuis 5, 6 ou 7 ans, 27% depuis 8, 9 ou 10 ans et 32 % depuis plus de 10 ans. La plupart sont urbains. Une bonne partie d'entre eux vivent des situations de mal logement (39% sont hébergés ou en caravanning). Ils ont un niveau scolaire faible (60% inférieur au collège) et peu voire pas du tout d'expériences professionnelles. Les sujets dominants de leurs derniers contrats d'insertion portent sur l'emploi et sur la santé. Les professionnels relèvent ainsi qu'environ deux tiers des personnes ont au moins un problème de santé (physique ou psychologique). Enfin, des problèmes de mobilité et d'isolement apparaissent : 62% ont le permis de conduire et moins de la moitié se déplacent en voiture. Concernant l'isolement, on peut remarquer que seulement 18% participent à des activités à l'extérieur. De plus, un tiers manifeste « quelquefois » ou « souvent » un sentiment de solitude.

Après cette première étude, le Conseil Général de Haute-Savoie et la MRIE ont décidé de poursuivre sur un volet qualitatif à partir cette fois-ci du point de vue des bénéficiaires. Cette perspective paraît justifiée car les dispositifs sont construits pour les bénéficiaires et leur point de vue a besoin d'être mieux appréhendé.

Le thème qui a été retenu pour cette étude est celui de l'isolement, apparaissant précédemment. Il invite à formuler un certain nombre d'interrogations. Les bénéficiaires du RMI de longue durée sont-ils isolés ? Pour autant, est-ce à dire qu'ils sont en souffrance ? Comment cet isolement se donne-t-il à voir ? Quelles en sont les causes ? Résulte-t-il, par exemple, de ruptures professionnelles ou familiales ? De problèmes de santé ? Enfin, comment en sortir ? Quelles sont les attentes des bénéficiaires ? Le groupe

de travail a posé comme principe que l'étude devait déboucher sur une action. Il a ainsi formulé l'hypothèse qu'un « lieu ressource » soit un moyen de remédier à l'isolement des bénéficiaires. A condition, bien sûr, que l'isolement soit avéré et que les bénéficiaires expriment le besoin d'un tel lieu.

## **La construction de l'étude**

L'étude a commencé au mois d'avril 2009 et s'est terminée en avril 2010. Elle s'est déroulée en trois étapes : une première pour préparer l'étude (définition de l'échantillon et élaboration d'un guide d'entretien), une seconde de passation des entretiens, une troisième d'analyse et d'écriture. Tout au long de ces étapes, le Conseil Général de Haute-Savoie et la MRIE ont travaillé en partenariat. Les deux structures se sont complétées du point de vue de leur positionnement et de leur savoir.

Lors de la première étape, nous avons construit un guide d'entretien à partir de plusieurs grandes entrées, toutes liées a priori à la question de l'isolement et permettant d'avoir une vue globale et non segmentée des personnes : la mobilité, les activités, les relations sociales, la santé et l'accompagnement. On peut constater que la question de l'emploi n'a pas été privilégiée. Nous avons adopté ce parti pris car les bénéficiaires en sont éloignés. De plus, nous avons fait l'hypothèse que cette question a tendance à prédominer en temps normal, au risque d'occulter une partie des difficultés des bénéficiaires.

Parallèlement à la construction du guide d'entretien, nous avons défini notre échantillon. Nous avons décidé d'interviewer trente cinq bénéficiaires de manière semi-directive. Nous les avons sélectionnés car ils faisaient partie de l'échantillon de l'étude quantitative et ils semblaient, selon les professionnels du Conseil Général de Haute Savoie, particulièrement isolés.

Les caractéristiques des bénéficiaires rencontrés sont les suivantes : ils ont souvent plus de 50 ans. Les plus âgés attendent la retraite. Il s'agit d'avantage de femmes que d'hommes. Dans l'ensemble, ce sont des personnes isolées, des familles monoparentales ou des couples avec enfant(s). Ils habitent principalement à Thonon-les-Bains mais aussi dans des petites communes. Ils sont plutôt locataires que propriétaires de leur logement. Enfin, la plupart ne travaillent pas et leur dernière expérience professionnelle a bien souvent plusieurs années d'antériorité.

Nous avons réalisé les entretiens dans les locaux du Conseil Général. Ils ont duré entre quarante cinq minutes et une heure. Certains ont néanmoins nécessité une heure et demie. Ce qui témoigne d'un réel intérêt et d'un besoin d'expression, confirmés par les bénéficiaires eux-mêmes. Certains espèrent « *que cela pourra aider* ». Ils attendent une restitution de l'étude.

En définitive, nous avons effectué vingt entretiens sur les trente cinq prévus. La mobilisation en amont des travailleurs sociaux a joué un rôle important. Ils ont envoyé un courrier expliquant la démarche et ils ont appelé à plusieurs reprises certains bénéficiaires. Néanmoins, comment expliquer le décalage entre le nombre d'entretiens prévus et le nombre d'entretiens réalisés ? Plusieurs bénéficiaires ont refusé de participer à l'enquête. On peut imaginer qu'ils ne souhaitent pas « se raconter » une fois de plus et qu'ils étaient perplexes à propos des finalités de l'étude. Ainsi, un des bénéficiaires est venu au rendez-vous fixé. Mais, après lui avoir rappelé le cadre (le caractère anonyme et non obligatoire des entretiens), il n'a pas souhaité participer. Il est rentré à son domicile. On peut sans doute prétendre que c'est également cela « être acteur », quand bien même cela se fait « contre » l'institution<sup>1</sup>. D'autres bénéficiaires ont souhaité participer mais ils ne sont pas venus au rendez-vous et ne nous ont pas prévenus. Quelques-uns sont sortis du dispositif (retraite, suspension du RMI, retour à l'emploi) ou alors n'étaient plus joignables (le cas d'une personne sans domicile fixe). Ces difficultés ne sont pas spécifiques à l'enquête. En miroir, elles donnent à voir celles des accompagnants avec ce même public.

---

<sup>1</sup> A ce sujet, nous renvoyons aux travaux du sociologue Nicolas Duvoux. Il aborde le cas de ces bénéficiaires qui sont dans le « refus de la dépendance » et qui conquièrent leur autonomie « contre » l'assistance. Pour eux, la situation n'est plus tenable. Les minima sociaux sont synonymes de « survie ». L'accompagnement ne mène nulle part. Ils se sentent rejetés socialement. Aussi, ils entrent en résistance. Ils s'opposent aux travailleurs sociaux. Ils critiquent et font preuve de passivité. « Ne rien faire » peut apparaître comme une défaillance aux yeux des professionnels. C'est en réalité une forme de stratégie pour dire son mécontentement face à des exigences perçues comme démesurées (Duvoux, 2009).

Dans le présent document, nous présenterons les résultats des entretiens classés en fonction des grandes entrées évoquées : la mobilité, les activités, les relations sociales, la santé et l'accompagnement. Nous verrons que ces résultats débordent parfois la question de l'isolement. En conclusion, nous reprendrons l'ensemble de ces résultats au regard de cette question et nous les articulerons aux propositions formulées par les bénéficiaires eux-mêmes.

## **- LES RESULTATS DES ENTRETIENS**

### **I – LA MOBILITE**

---

#### **Le coût de l'assurance, de l'essence et surtout des réparations d'une voiture**

Dans l'ensemble, les bénéficiaires disent avoir des problèmes de mobilité. Pour mieux comprendre ces derniers, on peut distinguer ceux qui ont une voiture (5/20) et ceux qui n'en ont pas (15/20). A propos des premiers, on peut dire qu'avoir une voiture ne règle pas une fois pour toute la question de la mobilité. Effectivement, les bénéficiaires ne peuvent pas forcément se déplacer comme ils le souhaitent car la mobilité a un coût. Il y a l'assurance, l'essence et surtout les pannes qui appellent des réparations.

Un bénéficiaire est actuellement en contrat d'avenir. Il s'occupe des tâches ménagères dans un lycée. Il a besoin de sa voiture pour se rendre sur son lieu de travail. Or celle-ci a plusieurs années d'ancienneté. De temps en temps, elle tombe en panne. Ce qui l'oblige à faire du stop et plusieurs kilomètres à pieds. Il prétend :

*« A soixante ans ce n'est pas l'idéal, je me passerai volontiers de ce type de désagréments ».*

Un autre a également sa propre voiture qui ne fonctionne pas très bien. Il souhaiterait l'emmener chez le garagiste. Il rencontre cependant des difficultés :

*« Le problème c'est que je n'ai pas les moyens de la faire réparer. Quand j'ai payé mon loyer et les factures, je ne peux pas m'en sortir. Des fois je me demande si la voiture va démarrer ».*

Ce n'est pas un hasard si ces bénéficiaires ont des voitures anciennes plutôt en mauvais état. Autrefois occasionnelles, les pannes sont de plus en plus régulières. Ayant peu pour ne pas dire pas de moyens, ils ont tendance à reporter les réparations. On comprend que cette situation génère un certain stress : comment faire si la voiture ne démarre plus ou si

elle tombe subitement en panne ? Les réparations seront-elles hors de prix ? Obligeront-elles ces bénéficiaires à abandonner leur véhicule ?

### **Un manque de transports individuels et collectifs**

Parmi les bénéficiaires sans voiture, quelques-uns ont le permis de conduire (5/15). Compte tenu de leurs moyens financiers, ils ne sont pas dans la perspective d'en acquérir une. Ils peuvent néanmoins emprunter occasionnellement une voiture à un proche. Ils peuvent aussi ne plus recourir à ce mode de transport pour ne pas dépendre d'autrui mais aussi pour des raisons d'ordre psychologique. C'est le cas de ce bénéficiaire qui n'a pas conduit depuis plusieurs années. Il s'est séparé de son conjoint et s'est occupé durant plusieurs années de son enfant gravement malade. Désormais, il a lui aussi des problèmes de santé. Il commence d'ailleurs un accompagnement avec un psychologue. Il prétend :

*« Je me sens fragile. C'est simple, je n'ai plus confiance en moi. Je ne sais pas si je peux encore conduire ».*

Sans voiture, les bénéficiaires comptent essentiellement sur les transports en commun. En fonction des besoins et du lieu d'habitation, le ressenti diffère. Un couple au RMI qui habite Thonon se déplace surtout pour voir les travailleurs sociaux ou alors des amis. Il aimerait néanmoins aller plus loin, plus souvent :

*« Si on avait un scooter, on pourrait faire plus de choses mais financièrement, ce n'est pas possible (...) le dimanche, ce serait bien d'aller à Amphion à la plage pour pique niquer. Ou alors de temps en temps, on pourrait sortir du Chablais. Pourquoi pas ? Mais il n'y a pas assez de transports en commun ».*

Cet autre bénéficiaire habite également Thonon. Il utilise régulièrement le car. Il dit s'en contenter :

*« C'est suffisant pour les papiers mais pas pour les loisirs. Le dimanche, il n'y a pas de car. On a un beau lac mais je n'ai pas beaucoup l'occasion de le voir ! ».*



Un dernier bénéficiaire habite Saint-Paul en Chablais, une petite commune près d'Evian. Tous les jours, deux bus font l'aller-retour entre Saint-Paul en Chablais et Evian. Il explique à ce sujet :

*« Ce n'est pas assez. Mais en même temps je sais que plus ce n'est pas possible car il n'y aurait personne dans le bus à part moi. Et puis les weekends, je ne vous dis pas. Il n'y a plus de transports en commun. Du coup, je me retrouve prisonnière à Saint-Paul. Il y a des fois où ce n'est pas évident ! Heureusement, il y a quelques personnes qui me dépannent et qui me transportent ».*

Du point de vue de ces bénéficiaires, il n'y aurait pas assez de moyens pour se transporter individuellement et collectivement (a fortiori pour ceux qui habitent une commune éloignée). Un bénéficiaire ajoute par ailleurs que l'abonnement aux transports en commun coûte cher par rapport à ses revenus.

Comme le confirment d'autres entretiens, le manque de transports individuels et collectifs a des conséquences sur les loisirs, les courses à faire dans les supermarchés excentrés mais aussi sur les opportunités professionnelles manquées (en raison de l'absence de véhicule personnel). Il peut directement contribuer à isoler certains bénéficiaires qui se retrouvent assignés à résidence dans leur quartier.

On peut néanmoins constater que tous s'adaptent plus ou moins à la situation : ils organisent leurs journées en fonction des horaires des transports en commun. Ils rentabilisent au maximum leurs sorties. Par exemple, ils joignent l'utile (le rendez-vous avec le travailleur social) à l'agréable (la promenade dans le centre ville). Ils font jouer l'entraide (en se faisant transporter). Les bénéficiaires enquêtés sont donc loin d'être résignés. Quelques-uns aspirent même à ouvrir leur horizon. Ils rencontrent néanmoins des difficultés. Ainsi un bénéficiaire a commencé à passer son permis de conduire et a abandonné *« car il n'a pas la tête à continuer »*. Ou cet autre qui est en train de le passer et qui, pour cela, doit faire garder son enfant et dégager du temps par rapport à sa vie familiale et professionnelle (emploi à temps partiel).

## **II – LES ACTIVITES**

---

Les bénéficiaires enquêtés ne travaillent pas ou alors, pour quelques-uns, à temps partiel. Ce faisant, ils sont confrontés au problème du « temps vide ». A partir d'une étude sur les activités domestiques, le sociologue Jean-Claude Kaufman montre que ce problème n'est pas pris en compte car, précisément, le temps qui importe est celui des observateurs, c'est-à-dire celui de l'urgence, de la bousculade et de la course. Et pourtant la gestion du rythme lent n'est pas simple. Elle peut même être plus pénible à vivre que celle du rythme tendu. Le rythme lent déstructure et atteint l'estime de soi. Le rythme tendu, quand bien même il est difficile à vivre, a l'avantage de produire des compensations. Il est valorisant pour celui qui en fait l'expérience (Kaufman, 1997). En écho à cela, nous allons voir que les bénéficiaires ont plus d'activités qu'il n'y paraît chez eux et, surtout, à l'extérieur du domicile.

### **Chez soi : la tentation du repli**

Quand ils sont chez eux, les bénéficiaires disent avant tout s'occuper des tâches domestiques (rangement, nettoyage). Ils cuisinent. Ils regardent la télévision. Ils font de la couture, lisent et réalisent des mots croisés et des mots fléchés « *qui occupent et qui évitent de penser* », selon l'un d'eux. Ensuite, quelques bénéficiaires ont clairement tendance à rester chez eux (4/20). Ils se définissent comme « *casaniers* » voire « *renfermés* ». Ils ne sortent que par obligation : lorsqu'il s'agit de promener leur chien, de faire les courses ou encore d'aller à un rendez-vous avec un travailleur social. L'un d'eux exprime son ressenti :

*« L'isolement, c'est aussi ne pas trouver le goût à faire des efforts. Je vais sortir pour aller où ? Faire quoi ? Alors je reste chez moi et j'allume la télé. Cela fait cinq ou six ans que je suis dans cette situation ».*

Dans ce témoignage, il n'est pas question de relations sociales ou d'activités un tant soit peu stimulantes. Il ne reste plus que le chez soi et la télévision. En outre, le temps a produit son effet. Ce bénéficiaire est résigné. Il semble ne plus avoir de perspectives. Même s'il s'est adapté à la situation, on devine une certaine souffrance. Comment vivre

quand l'existence a si peu de sens ? Plus difficile, comment sortir d'une dynamique d'autant plus enfermante que construite sur la longue durée ?

### **A l'extérieur : des activités limitées à cause de la pauvreté monétaire**

A l'inverse, les autres bénéficiaires investissent volontiers l'extérieur. Cela semble normal, voire même important pour certains. Il ne faut pas « *rester entre quatre murs* ». Il arrive d'ailleurs que le chez-soi soit utilisé a minima car les bénéficiaires s'y ennuiant ou y exercent des activités surtout par obligation comme les tâches domestiques.

A l'extérieur, les activités des bénéficiaires sont assez diverses : un premier se rend régulièrement à la bibliothèque pour accéder à internet et consulter ses mails. Un second fréquente une épicerie sociale, un troisième un jardin ouvrier. Ou encore : un bénéficiaire joue de la musique (guitare), un autre fait du sport (tennis) à la fois comme pratiquant mais aussi bénévolement comme enseignant auprès de jeunes enfants.

Au-delà de ces activités particulières, les bénéficiaires ont souvent en commun (12/20) de pratiquer la marche sous une forme ou une autre : ballade au bord du lac, randonnée dans les montagnes environnantes, cueillette de champignons et promenade en centre ville notamment pour « *voir du monde* », selon un bénéficiaire. On peut penser, à l'instar de l'anthropologue Colette Petonnet, que la ville a certains bienfaits : elle permet d'être en présence d'autrui. Elle offre un anonymat ayant des vertus protectrices et rassurantes (Petonnet, 1987). En se promenant dans la ville, les personnes peuvent sans doute aussi prendre de la distance avec les rôles sociaux joués par ailleurs (dont celui de bénéficiaire du RMI). On n'en restera pas là néanmoins. La ville peut en quelque sorte se retourner contre elles. Ici et là, elles se voient rappeler leur condition. Elles ont peu de moyens financiers. Par conséquent, elles consomment peu ou pas. Ce faisant, elles regrettent de ne pas pouvoir boire un verre dans un bar, de faire peu de cadeau à leurs enfants, de ne plus aller au cinéma, etc.

Nicolas Duvoux, sociologue, a fait une enquête dans plusieurs départements auprès de bénéficiaires du RMI. Il montre que la pauvreté engendre un sentiment de honte et d'indignité chez les bénéficiaires. Une des personnes qu'il a interviewées raconte :

« *Je me sens trop mal parce que j'ai des copines qui ont leurs boulots et qui disent ben voilà, ça te dirait d'aller dans le centre commercial ? J'y suis allée une fois, je me suis dit bon et je les ai vues qui commençaient à faire des dépenses et là j'ai eu une honte que je n'ai jamais subie (...) je me sentais humiliée, elles ne ressentaient pas. C'est la honte quand nous-mêmes, on ne peut pas se payer la chose (...) Je préfère ne pas sortir plutôt que de me faire humilier. Certaines personnes, elles n'acceptent même plus de sortir* » (Duvoux, 2009, p. 91).

Nos observations, comme celles de Nicolas Duvoux, sont confirmées par une étude de la DREES réalisée auprès de 5000 bénéficiaires de minima sociaux : leur vie sociale et culturelle est rythmée par diverses occasions de sortie (cinéma, théâtre, rencontres sportives par exemple). L'âge et le niveau de diplôme ont une influence sur ces dernières. Il n'empêche que pour ces bénéficiaires, ces sorties sont bien plus rares que pour le reste de la population. Plus de la moitié d'entre eux ne vont jamais au cinéma. Ils participent deux fois moins à la vie associative que le reste de la population (DREES, 2004). Les statistiques d'accueil du Secours Catholique notent que 62% des personnes qui se sentent souvent seules ne font partie d'aucun groupe, club ou association (Secours Catholique, 2005).

### **III – LES RELATIONS SOCIALES**

---

#### **A distance du voisinage**

Quelques bénéficiaires échangent avec leurs voisins des mots sur le pallier ou sur le balcon, voire se rendent de menus services (offre de produits courants). L'un d'eux va plus loin. Il connaît les gens de son quartier, il invite fréquemment son gardien d'immeuble à boire un café, il aide sa voisine qui est âgée. L'année dernière, il a participé à l'organisation de la fête de quartier. Il a notamment fait du porte à porte pour mobiliser le voisinage. Il retire un bon souvenir de cette expérience. Il compte d'ailleurs s'impliquer à nouveau lors de la prochaine fête de quartier. Néanmoins, force est de constater que les bénéficiaires enquêtés préfèrent généralement garder leurs distances avec leurs voisins. La relation en reste alors à ce rituel élémentaire de civilité que sont les salutations, résumées en quelques mots à peine : « *nous on se dit juste bonjour au*

*revoir*». Comment expliquer cette distanciation ? Certains disent vouloir éviter les déceptions ou les ennuis rencontrés auparavant. Un bénéficiaire raconte un fait marquant :

*« L'étiquette rmiste c'est dur. Mon proprio en a parlé dans tout le village et ça a joué contre moi (...) Maintenant, je ne dis pas que j'ai le RMI. Je dis que j'ai une petite pension. Comme ça je suis tranquille ! ».*

On retrouve ici un fait bien connu. Le RMI peut devenir un « stigmaté » au sens donné par le sociologue Erving Goffman. Il a ceci de particulier qu'il n'est pas visible comme d'autres stigmates (la couleur de peau, un handicap). La personne qui l'endosse n'est pas « discréditée » mais « discréditable » (Goffman, 1975). Dans notre contexte, un bénéficiaire est mis à l'écart. On sait que cela arrive à d'autres. On peut aussi penser que certains intériorisent ce stigmaté et se mettent eux-mêmes à l'écart. Tous ne souhaitent peut-être pas, comme le bénéficiaire précédemment cité, le dissimuler et prendre le risque d'être « démasqués ».

Plus largement, il faut préciser que la distanciation à l'égard du voisinage n'est pas particulière aux bénéficiaires du RMI. En un sens, ils sont comme tout un chacun. En effet, les relations de voisinage ont considérablement évolué dans la société française. Désormais, la distanciation tend à devenir la norme. Au mieux, il y a entre voisins des conversations ou des visites (19%) mais aussi des échanges de petits services (45%). Pour autant, il ne faut pas en déduire que les relations sociales soient moins denses. Elles se redistribuent. Autrement dit, les français « voisent » moins. En même temps, ils investissent d'autres rapports sociaux : les collègues de travail ou les amis présents dans le quartier, la ville et au-delà (dictionnaire de l'habitat et du logement, 2002). Sauf que pour les bénéficiaires du RMI, ce constat n'est pas tout à fait partagé. Comme nous allons le voir, la redistribution des rapports sociaux, en matière d'amitié par exemple, n'est que partielle.

### **Rupture ou maintien du lien avec les parents, absence de conjoint**

Les bénéficiaires ont des relations familiales assez différentes les uns des autres. Plusieurs sont clairement dans une situation de rupture (6/20). Suite à un décès, une séparation ou suite au délitement progressif du lien social, ils vivent désormais comme s'ils n'avaient

plus de famille. C'est le cas de ce bénéficiaire qui a perdu son travail, qui est divorcé et qui ne voit même plus son enfant. Parallèlement, les relations avec le reste de sa famille se sont progressivement dégradées. Désormais, il ne les voit quasiment plus. Tout cela lui donne l'impression que « *le ciel lui est tombé sur la tête* ».

En revanche, d'autres bénéficiaires (14/20) conservent des liens dont ils disent toute l'importance. Ils appellent régulièrement. Ils rendent visite quand ils le peuvent et quand ils en ont les moyens financiers. Quelques-uns communiquent même par Internet. Grâce à une connexion installée à domicile, l'un d'eux contacte régulièrement ses parents au Maroc. C'est d'autant plus important pour lui qu'il ne les a pas vus depuis cinq ans. Si elles sont parfois décriées, on voit que les nouvelles technologies ont également du bon. Elles permettent de maintenir le lien et de mieux supporter la distance avec des parents éloignés.

Concernant les relations familiales, un dernier point ressort particulièrement : l'absence de conjoint. Elle n'est d'ailleurs pas toujours exprimée facilement par les personnes. Elle les affecte tout particulièrement :

*« Il m'arrive de me sentir seule (...) Vers 17h, 18h, là c'est un peu dur. Je ne peux pas préparer un repas car je n'ai pas un compagnon qui va venir ».*

Ou encore :

*« Être seul comme ça, c'est pas possible. J'aimerais bien être avec quelqu'un. Je ne sais pas trop comment faire. Je ne vais pas passer d'annonces. Je ne vais pas aller exprès dans un lieu pour cela. J'aimerais que cela se fasse naturellement. Mais il faudrait des occasions ».*

Il n'est pas simple de vivre seul. Surtout quand la situation est davantage subie que choisie. Comment changer celle-ci ? Où faire des rencontres ? A l'évidence, c'est problématique quand les espaces potentiels font défaut.

## « Avoir des amis » ou alors en « avoir peu » ou « pas du tout »

Comme pour la famille, on note que les bénéficiaires ont des relations amicales assez différentes les uns des autres. Certains disent avoir des amis (7/20). Ils ont avec ceux-ci leurs habitudes : ils discutent, ils se conseillent. Ils s'appellent pour prendre des nouvelles. Ils se rendent visite et ils partagent des temps conviviaux. Cependant, avoir des amis ne préserve pas de la solitude. Ainsi ce bénéficiaire qui a « *des périodes de cafard* », cet autre qui doit « *se forcer à aller vers les autres sinon il déprime* » ou ce couple qui prétend que parfois « *la solitude, c'est l'horreur* ».

Il semble que les autres bénéficiaires (13/20) aient peu ou pas d'amis. Comme le dit l'un d'eux, « *mes amis je les compte sur les doigts de la main* ». En outre, les relations amicales semblent fragiles. Dans le passé, elles ont été facilement défaits. Ainsi plusieurs personnes se sont séparées de leur conjoint. En même temps, elles ont bien souvent perdu des relations amicales, liées principalement à celui-ci. Or comme de leur côté, elles en avaient peu ou pas, elles se sont retrouvées seules. Par ailleurs, les relations amicales peuvent être limitées dans le temps présent par des contraintes d'ordre matériel. Plusieurs bénéficiaires ont honte de leur chez-soi. Par conséquent, ils ne veulent pas inviter à domicile. Pour cette même raison, ils hésitent à accepter des invitations. Effectivement, comment rendront-ils la pareille ?

Les bénéficiaires sont en quelque sorte pris dans une logique qui tend à les exclure. Aussi, il n'est pas étonnant qu'ils créent des liens entre eux, comme l'atteste le témoignage suivant :

« *J'ai deux bonnes amies que j'ai connues au stage « itinéraires femmes » et que je côtoie toujours : nous nous donnons parfois rendez-vous au marché pour faire nos courses* ».

De prime abord, ces relations amicales peuvent paraître enfermantes. Elles sont néanmoins un premier pas pour sortir de l'isolement, recréer du collectif et, peut-être, ouvrir d'autres possibles.

### **Malgré une diversité de troubles, des récurrences : dépendance et souffrance psychique**

Dans une enquête portant sur la souffrance psychique dans le dispositif RMI en région Rhône-Alpes, Christian Laval, sociologue, note à quel point il est difficile de classer les « *problèmes des gens* ». C'est un peu comme s'il y avait autant de troubles que d'individus. Une psychologue interviewée par Christian Laval résume ainsi la situation :

*« C'est très difficile de sortir comme ça des grands types de profils. La particularité, c'est plutôt que tous les cas de figure sont présents : autant des personnes avec des problèmes d'alcool que des femmes battues, que des personnes adultes ayant eu des maltraitances dans leur enfance ! Des personnes qui se définissent d'emblée en tant qu'exclues et qui ne sont jamais parvenues à trouver une place dans la société, qui sont en situation d'errance (...) Je reçois aussi des gens qui au préalable ont déjà fait un travail sur eux-mêmes, qui se sont déjà engagés dans une démarche psychothérapeutique »* (Laval, p. 60, 2009).

On serait tenté de faire le même constat concernant les problèmes de santé des bénéficiaires. Il est malaisé de les classer. Et ce d'autant plus que, premièrement, nous nous intéressons aux problèmes de santé au sens large du terme (physiologiques et/ou psychologiques). Ce faisant, nous sommes davantage confrontés à une diversité de troubles. Celle-ci est d'ailleurs assez étonnante au regard de la taille réduite de l'échantillon. En effet, les bénéficiaires ont parlé de stress, d'allergie, d'obésité, de trouble bipolaire, de mal au dos, de fracture, de paralysie faciale, de dépression, d'alcoolisme, d'angoisse, de problèmes cardiaques, de rhumatisme, de fatigue, d'hallucination, d'hypertension, d'ulcère à l'estomac. Cela peut paraître étonnant mais il ne s'agit pas d'un inventaire des problèmes de santé rencontrés par les bénéficiaires au cours de leur existence mais bien de ceux vécus dans le temps présent. Ce qui accrédite la thèse selon laquelle les allocataires des minima sociaux sont en moins bonne santé que la population générale (DREES, 2007).



Deuxièmement, ces troubles peuvent se cumuler. Un même bénéficiaire déclare avoir mal au dos et souffrir de dépression, un autre parle d'asthme, d'allergie, de stress et d'angoisse. Un dernier évoque l'obésité qui a mis sa vie en danger. Il a dû se faire placer un anneau gastrique. Il a également fait deux dépressions. Certains soirs, il prétend avoir des hallucinations. Au-delà de la diversité, nous retenons néanmoins que deux troubles sont récurrents chez les bénéficiaires : la dépendance à l'alcool (4/20) et surtout diverses manifestations (dépression, stress, angoisse) que nous regroupons sous le vocable « souffrance psychique » (10/20).

### **Les problèmes de santé : causes et/ou conséquences de l'exclusion ?**

Comme nous venons de le constater, les problèmes de santé des bénéficiaires sont loin d'être anodins. En les évoquant lors des entretiens, plusieurs d'entre eux ont pleuré. Ces problèmes ont des répercussions sur les relations sociales, la mobilité ou la capacité à retravailler. Un bénéficiaire dit ses difficultés pour marcher, faire ses courses et porter ses sacs. Un autre, compte tenu de son état psychologique, ne s' imagine pas reprendre un emploi :

*« Mon état psychologique a une forte influence sur ma vie. Ça a une influence sur la peur de ne plus pouvoir faire des choses comme le travail. J'ai peur de ne plus pouvoir assumer la responsabilité qu'on va me confier ».*

Enfin, à propos de l'isolement, un bénéficiaire prétend que « *ma maladie peut expliquer mon désir d'être seul* ». Selon un dernier, « *l'alcool m'a coupé de ma famille* ». On peut s'interroger sur le rapport entre ces problèmes de santé et l'exclusion. Sont-ils une cause et/ou une conséquence de cette dernière ? Nous avons à ce sujet peu d'éléments de réponse. L'enquête quantitative réalisée préalablement à notre travail indique que les ruptures rencontrées par les bénéficiaires sont principalement familiales (53%) puis sanitaires (29%) et enfin professionnelles (18%). Nous concernant, quelques bénéficiaires prétendent que les problèmes de santé les ont conduits aux minima sociaux. Il convient évidemment d'être prudent et de ne pas généraliser. Néanmoins, si dans certaines circonstances la santé, loin d'être secondaire, primait par exemple sur d'autres

difficultés ? Mais est-elle toujours prise en compte de la sorte ? Qu'advient-il en cas contraire ?

### **Quelques difficultés concernant l'accès aux soins et l'importance de la relation avec le soignant**

A partir des entretiens, nous voyons apparaître plusieurs difficultés dans l'accès aux soins. Deux bénéficiaires qui ont des problèmes d'alcool ne sont pas forcément en demande de soins. Un troisième dit que parfois les médecins refusent de le prendre en charge du fait de sa situation (CMU-C). Selon un quatrième, les remboursements des médicaments sont insuffisants. Ce qui peut l'inciter à ne pas y recourir. Comme le souligne la DREES, la dimension financière a un impact non négligeable sur la santé : au cours des douze derniers mois, un tiers des allocataires ou ex-allocataires de l'API et du RMI et 45% des allocataires de l'ASS disent avoir renoncé à au moins un soin pour raisons financières. Ces renoncements concernent principalement les prothèses dentaires (16 à 26%), les soins dentaires (15 à 21%) ainsi que l'optique (15 à 27%) et, dans une moindre mesure, les soins de spécialistes (10 à 16%) ou de généralistes (4 à 6%) (DREES, 2007).

Dans le cadre de la relation avec le soignant, deux bénéficiaires soulignent le peu de disponibilité des médecins : « *ils sont trop pressés* » ou « *ils ne sont pas assez à l'écoute* ». A l'inverse, d'autres peuvent apprécier particulièrement l'aide psychologique apportée dans le cadre de mesures ASI dans le RMI. Un bénéficiaire explique ainsi qu'à l'origine, il refusait de rencontrer un psychologue. Il a finalement accepté, non sans réticences. Avec du recul, il prétend :

*« La psychologue a su me prendre en douceur, j'ai pris confiance en elle (...) elle est arrivée à me faire parler. Depuis ça va mieux ».*

Notons pour finir que, de manière non surprenante, plusieurs bénéficiaires (6/20) ont fait ou vont faire une demande d'AAH à la MDPH. Peut-on dire d'eux qu'ils sont au RMI par défaut ? Qu'est-ce qui changera pour eux une fois à l'AAH ? En sortant du dispositif RMI, les bénéficiaires s'en sortiront-ils pour autant ? Nous reprenons ici à notre compte la distinction entre « *sortir* » et « *s'en sortir* » faite par la sociologue Pascale Pichon, au sujet des personnes sans domicile fixe prises dans l'assistance (Pichon, 2003). Dans notre

contexte, cette distinction est essentielle. Elle invite à croiser une logique du point de vue des dispositifs qui peut diverger avec une logique du point de vue des usagers.

## **V – L'ACCOMPAGNEMENT**

---

### **La reconnaissance de l'accompagnement**

Dans l'ensemble, les bénéficiaires enquêtés reconnaissent largement l'apport du travail social<sup>2</sup>. Ils apprécient la disponibilité des travailleurs sociaux, le fait de pouvoir compter sur eux et de les solliciter en cas de besoin. Dans le cadre de l'entretien avec leur référent, ils disent toute l'importance de pouvoir parler « *librement de tous les sujets* ». Sans cela, une des personnes prétend qu'elle aurait rencontré bien plus de difficultés. L'accompagnement est décrit comme étant « *utile* » et « *efficace* ». Il permet de régler les problèmes administratifs, d'orienter vers un service adapté. Psychologiquement, il joue aussi un rôle important :

*« L'accompagnement c'est génial, ils m'ont remonté le moral. Toutes les AS ont été très bien. Melle T., elle s'est bien occupée de moi ».*

Et ce n'est pas un hasard si, au cours de l'entretien, ce même bénéficiaire cite le nom de sa dernière référente et, sans difficultés, celui des précédentes. Pour résumer, on serait tenté de reprendre l'expression de ce bénéficiaire qui qualifie les assistantes sociales comme étant « *humaines et professionnelles* ». On comprend de ce point de vue qu'elles combinent les qualités nécessaires au travail social (compétences techniques et relationnelles).

---

<sup>2</sup> Il y a sans doute un biais. Certains bénéficiaires ont refusé de participer à l'enquête. Or on peut penser qu'il s'agit de ceux qui ont le plus de critiques à formuler à l'égard du travail social.

## **Des difficultés : disponibilité des accompagnants, critiques personnelles à l'encontre des bénéficiaires et surtout « dépersonnalisation de la relation »**

Pour autant, quelques bénéficiaires (6/20) ont pointé des difficultés. Les travailleurs sociaux n'ont parfois pas assez de temps à leur consacrer. Et surtout les bénéficiaires ne sollicitent pas assez les travailleurs sociaux. D'après l'un d'eux :

*« Je n'ose pas téléphoner pour certains rendez-vous supplémentaires (...) Vous avez tellement de monde à voir qui ont plus de problèmes que moi ! ».*

De même, selon un autre :

*« Je vois peu mon référent car c'est difficile pour moi d'être au RMI. Je me sens à part ».*

On comprend que le sentiment de « honte » joue et incite les bénéficiaires à ne pas solliciter les travailleurs sociaux alors que précisément ils en auraient besoin. En ce qui concerne le déroulement même des entretiens avec les professionnels, plusieurs bénéficiaires ont fait ressortir des difficultés particulières. Deux d'entre eux se sentent parfois critiqués personnellement par les professionnels. Ce qui irait à l'inverse même de la neutralité attendue de ces derniers. Le premier évoque ainsi le « *sentiment d'avoir été jugé sur son apparence physique lors de certains entretiens* ». Le second parle de « *l'impression d'être considéré comme un perdant qui n'avait pas envie de travailler* ». Ces sentiments ou ces impressions reposent-ils sur des faits avérés ? On ne peut le déterminer. Quoi qu'il en soit, ils font partie intégrante du ressenti de ces bénéficiaires et ils génèrent pour eux de la souffrance.

A l'inverse de ce qui a été dit précédemment, trois bénéficiaires prétendent ne pas parler de tout lors des entretiens. Dans le pire des cas, l'entretien peut se limiter au strict minimum, c'est-à-dire l'écriture du contrat d'insertion qui apparaît alors essentiellement comme une formalité. Selon l'un d'eux :

*« il n'y a pas de solution à tout de toute façon. Je ne parle pas de certaines difficultés personnelles à mon référent, je viens pour le contrat d'insertion ».*

A partir d'une étude faite en 2002 sur cinq départements, la DREES indique que, pour 40% des bénéficiaires signataires d'un contrat, ce dernier est perçu comme une formalité ou une contrainte pour maintenir le versement de l'allocation. En outre, 23% ont le sentiment que le contrat a été décidé pour eux (DREES, 2002). Les remarques de l'IGAS à ce sujet convergent : la signature du contrat ne résulte pas d'une libre négociation. Le contenu est contraint. Le bénéficiaire, pour des raisons diverses, s'implique de manière relative. C'est bien souvent l'intervenant social qui en dicte le contenu. Le contrat n'échappe pas à la standardisation quand il est conçu comme un but de l'entretien et non pas comme un moyen dans une intervention sociale inscrite sur la longue durée (IGAS, 2005).

En résumé, certains bénéficiaires ne sollicitent pas assez les travailleurs sociaux. Ils n'expriment pas toujours leurs difficultés. L'entretien peut se focaliser sur la rédaction du contrat. Le risque est d'aboutir dans cette configuration à une « dépersonnalisation de la relation ». Autrement dit, le bénéficiaire et le travailleur social peuvent ne plus tout à fait se connaître. Ce qui met à mal la relation d'aide. Sans rencontre et sans interconnaissance, comment cette dernière est-elle possible ? Par ailleurs, notons que la dépersonnalisation de la relation va à rebours des mutations contemporaines du travail social comme « *l'aller vers* » les publics les plus en difficultés ou bien encore la « *coproduction de la solidarité* » (Ion, 1998).

Comment expliquer cette dépersonnalisation de la relation ? Côté bénéficiaires, il y a la honte et, peut-être aussi, le refus de coopérer. Qu'en est-il du côté des professionnels et de leur institution ? Est-ce parce les solutions à apporter aux publics font défaut ? Est-ce parce que dans l'insertion on a privilégié le « professionnel » au détriment du « social » ? Selon Nicolas Duvoux, ce que nous nommons la « dépersonnalisation de la relation » s'explique de différentes manières. On peut citer le turn-over des personnels et le nombre d'usagers dont ils sont référents, l'instabilité et les intervalles importants entre les entretiens, la dépendance croissante du fonctionnement des services d'aide et d'action sociale envers leurs partenaires et prestataires extérieurs. Il y a aussi les objectifs quantitatifs en termes de suivi et de prestations fournies ainsi que la pression sur le

temps. Enfin, on peut mentionner une forte exposition à la souffrance et au sentiment d'être démunis de solutions concrètes qui induisent pour les travailleurs sociaux des stratégies de diminution du coût psychique et une limitation de l'engagement dans une communication réellement ouverte sur l'altérité (Duvoux, 2009). Clairement, la dépersonnalisation de la relation ne peut être réduite à un facteur explicatif. Elle n'est pas produite par un seul type d'acteur. Elle résulte d'un croisement entre un niveau interactionnel (bénéficiaires/travailleurs sociaux), institutionnel (par exemple : les objectifs et les moyens) et structurel (le contexte).

## **- CONCLUSION**

La mobilité, les activités, les relations sociales, la santé et l'accompagnement ont, à divers degrés, des répercussions sur l'isolement et la souffrance qui peuvent en découler. En outre, ils se renforcent mutuellement. La mobilité, par exemple, a des répercussions sur les activités qui elles-mêmes ont des répercussions sur les relations sociales ou la santé. C'est aussi dans cette complexité et dans cette globalité que l'isolement et la souffrance se construisent.

Nous voyons également apparaître un lien fort entre, d'une part, la pauvreté monétaire et, d'autre part, la mobilité, les activités et les relations sociales. La pauvreté réduit la mobilité. Il en va de même des activités. Ce n'est pas un hasard si celles des bénéficiaires, à l'intérieur comme à l'extérieur du domicile, sont si peu coûteuses et si elles sont limitées. Ce qui peut engendrer un sentiment de honte et les inciter à se replier chez eux et sur eux.

Toutefois, il convient de rappeler que les bénéficiaires ne font pas que subir ces situations. Ils s'adaptent. Ils organisent leur quotidien. Certains sortent de chez eux pour faire des activités ou pour aller vers l'autre. Alors même qu'ils sont au RMI depuis plusieurs années, ils tentent encore de surmonter des épreuves, à l'image de ce bénéficiaire qui entame une démarche de soin ou de cet autre qui a essayé de passer le permis de conduire.

Comptant sur leurs ressources, nous leur avons demandé de nous faire des propositions. Certains en ont fait, d'autres non. Cela peut se comprendre dans la mesure où l'exercice n'est pas évident. Par ailleurs, ils ne sont pas habitués à être sollicités de la sorte. Parmi ceux qui se sont exprimés, quelques-uns demandent sans surprise plus d'argent pour faciliter leur quotidien ou pour réaliser des activités.

Au delà de ce premier aspect, il ressort un besoin d'activités. Plusieurs bénéficiaires sont intéressés par la sophrologie, la méditation, la décoration, l'écriture, la cuisine, la couture, les jeux, l'informatique, le bois, la poterie. Selon l'un d'eux, cela permettrait de « *se lever, d'avoir un but le matin, de sortir de chez soi* ». Néanmoins, certains ne veulent pas se retrouver entre bénéficiaires ou dans un groupe avec trop de participants. Ce qui

indiquerait la nécessité de diversifier les réponses. D'autres bénéficiaires, et cela peut converger, souhaitent « *faire des rencontres* », « *parler* » et « *échanger des idées* ». Un bénéficiaire évoque même « *un club genre une agence matrimoniale. Pour moi l'important, c'est de trouver l'âme sœur* ». Dès lors, l'hypothèse d'un « lieu ressource » incluant ces différentes dimensions (activités, rencontres) paraît en partie confirmée. Pour cela, comme le précisent quelques bénéficiaires, il semble important que ce lieu soit proche de chez eux et/ou que la mobilité soit organisée.

Les éléments présentés jusque-là interrogent le travail social bien au-delà du cadre de l'étude. Le contexte actuel, avec notamment la mise en place du RSA, invite fortement à regarder et à agir pour les bénéficiaires les plus proches de l'emploi (les « travailleurs pauvres »). Qu'en est-il des « autres » ? N'a-t-on pas tendance à oublier ceux qui sont les plus éloignés de l'emploi et qui sont au RMI depuis parfois plus de dix ans ? Et pourtant, ils ne s'en sortent pas. Dans ces conditions, on peut s'interroger sur la place de l'accompagnement social dans l'insertion. Quelle prise en compte de la mobilité pour les bénéficiaires en insertion sociale ? Qu'en est-il de leur accès aux activités ou à la culture ? Par ailleurs, comment contrer la « dépersonnalisation de la relation » et avoir une connaissance globale des bénéficiaires ? Quand bien même l'intervenant n'a pas de solutions à proposer au bénéficiaire, la relation avec celui-ci n'en demeure pas moins importante. En effet, elle est parfois un des derniers liens sociaux. Pour reprendre et détourner une expression de Christian Laval et de Bertrand Ravon, « *la relation d'aide est aussi une aide à la relation* » (Laval, Ravon, 2005). Par ailleurs, pour sortir les bénéficiaires de l'isolement, l'action collective, globalement trop peu développée (IGAS, 2005), a sans doute un rôle à jouer, complémentaire de l'approche individuelle. Comment redonner de la place à cette pratique ?



## **- BIBLIOGRAPHIE**

- DREES, La participation à la vie sociale des allocataires de minima sociaux, n°359 décembre 2004
- DREES, Les contrats d'insertion du RMI. Pratiques des institutions et perception des bénéficiaires, n°193 septembre 2002
- DREES, Les allocataires des minima sociaux : CMU, état de santé et recours aux soins, n°603 octobre 2007
- Nicolas Duvoux, L'autonomie des assistés. Sociologie des politiques d'insertion, PUF, 2009
- Erving Goffman, Stigmates. Les usages sociaux des handicaps. Minit, 1975
- Christian Laval, Des psychologues sur le front de l'insertion. Souci clinique et question sociale, Erès, 2009
- Christian Laval, Bertrand Ravon, relation d'aide ou aide à la relation ? in Le travail social en débat (sous la direction de Jacques Ion), la découverte, 2005
- Jacques Ion, le travail social au singulier, Broché, 1998
- IGAS, L'intervention sociale, un travail de proximité, rapport annuel 2005
- Jean-Claude Kaufman, Le cœur à l'ouvrage. Théorie de l'action ménagère, Nathan, 1997
- Colette Petonnet, l'anonymat ou la pellicule protectrice in la ville inquiète, le temps de la réflexion (collectif), Gallimard, 1987
- Pascale Pichon, sortir de la rue : discontinuités biographiques et mobilisation des ressources in Les SDF. Représentations, trajectoires et politiques publiques, 2003
- Secours Catholique, Statistiques d'accueil 2005, pauvreté : accélérateur d'isolement
- Marion Segaud, Jacques Brun, Jean-Claude Driant (sous la direction), Dictionnaire de l'habitat et du logement, 2002

## ***Annexe : guide d'entretien***

- *Quels sont vos moyens de déplacement (voiture, covoiturage, mobylette, à pieds, transports en commun etc.) ?*
- *Chez-vous/hors de chez-vous, comment occupez-vous vos journées ?*
- *Avez-vous des personnes avec qui vous êtes en lien ?*
- *Avez-vous rencontré des problèmes de santé dans votre parcours ? Quand ? Qu'est-ce que ça a changé pour vous ? - Et maintenant, où en êtes-vous ?*
- *Pour vous qu'est-ce qui est important dans l'accompagnement RMI ?*
- *D'après vous, qu'est-ce qui vous aiderait à sortir de l'isolement ?*
- *Dans le cadre du RMI, quelles sont attentes terme d'accompagnement ?*
- *Avez-vous des attentes par rapport à un lieu collectif (en lien ou non avec des professionnels) ? Quelles sont-elles ?*