



HAL
open science

Pauvreté, “ présentisme ” et prévention

Clément Tarantini, Chantal Vergelys, Patrick Peretti-Watel

► **To cite this version:**

Clément Tarantini, Chantal Vergelys, Patrick Peretti-Watel. Pauvreté, “ présentisme ” et prévention. *Temporalités: revue de sciences sociales et humaines*, 2014, *Temporalités et action publique*, 19, 10.4000/temporalites.2832 . hal-01807917

HAL Id: hal-01807917

<https://hal.science/hal-01807917>

Submitted on 5 Jun 2018

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

Pauvreté, « présentisme » et prévention

Poverty, “presentism” and prevention

Pobreza, “presentismo” y prevención

Clément Tarantini, Chantal Vergelys et Patrick Peretti-Watel



Édition électronique

URL : <http://temporalites.revues.org/2832>

DOI : [10.4000/temporalites.2832](https://doi.org/10.4000/temporalites.2832)

ISSN : 2102-5878

Éditeur

ADR Temporalités

Ce document vous est offert par Aix
Marseille Université



Référence électronique

Clément Tarantini, Chantal Vergelys et Patrick Peretti-Watel, « Pauvreté, « présentisme » et prévention », *Temporalités* [En ligne], 19 | 2014, mis en ligne le 29 janvier 2015, consulté le 06 février 2017. URL : <http://temporalites.revues.org/2832> ; DOI : [10.4000/temporalites.2832](https://doi.org/10.4000/temporalites.2832)

Ce document a été généré automatiquement le 6 février 2017.



Les contenus de *Temporalités* sont mis à disposition selon les termes de la Licence Creative Commons Attribution - Pas d'Utilisation Commerciale - Pas de Modification 4.0 International.

Pauvreté, « présentisme » et prévention

Poverty, “presentism” and prevention

Pobreza, “presentismo” y prevención

Clément Tarantini, Chantal Vergelys et Patrick Peretti-Watel

Introduction

- 1 La lutte contre les inégalités sociales de santé est devenue, depuis plusieurs années, un objectif prioritaire et transversal des politiques de santé publique, en France comme dans beaucoup d'autres pays. Toutefois, cet objectif est d'autant plus délicat à atteindre qu'il semble que ces politiques, et en particulier les actions de prévention, contribuent justement à creuser ces inégalités, en particulier s'agissant du tabagisme (Pampel, 2003 ; Peretti-Watel *et al.*, 2009). Ce caractère contre-productif de la prévention peut notamment s'expliquer par la distance socialement différenciée entre la cible fictive et idéale que vise implicitement le discours préventif et les populations auxquelles celui-ci est destiné.
- 2 En effet, la prévention contemporaine s'inscrit dans le projet de « gouvernement des corps à distance » (Foucault, 1976), en s'adressant à un sujet censé être un calculateur autonome et responsable, entrepreneur de lui-même qui érige sa santé en « bien suprême » (Lupton, 1995 ; Fassin, 1996), mais aussi tourné vers le futur, le long terme, et se fiant aux experts (Giddens, 1991). Cette prévention néolibérale prônant, l'*empowerment* d'un individu atomisé et rationnel (Massé, 2003 ; Quirion, Bellerose, 2007), est en cela l'héritière des premières campagnes de lutte contre le cancer menées dans les années 1920, qui visaient implicitement un *homo medicus* nécessaire à leurs discours, mais néanmoins introuvable (Pinell, 1992 ; Peretti-Watel, Moatti, 2009).
- 3 Or l'efficacité des actions de prévention est sans doute inversement proportionnelle à la distance qui sépare leurs cibles de cet *homo medicus* idéal, et les milieux défavorisés en sont justement plus éloignés : les enquêtes quantitatives réalisées en France ces dernières

années montrent en particulier que les personnes les moins diplômées, les moins aisées ou en difficulté sur le marché de l'emploi vivent davantage ancrées dans le présent, et expriment plus volontiers leur indifférence, leur méfiance, voire leur hostilité à l'égard des campagnes de prévention (Peretti-Watel, 2013 ; Peretti-Watel *et al.*, 2013).

- 4 La sociologie a d'ailleurs depuis longtemps montré que la pauvreté allait de pair avec un ancrage dans le présent, ancrage qui apparaît parfois comme un trait culturel revendiqué par les classes populaires (Halbwachs, 1913 ; Hoggart, [1957] 1970 ; Lewis, 1969). Ce « présentisme » peut prendre la forme d'une double rupture, avec un passé dont il n'y aurait aucune leçon à tirer, et avec un futur perçu comme menaçant, tandis que le présent deviendrait, pour le coup, omniprésent (Demazière, Dubar, 2005 ; Hartog, 2013).
- 5 Dans le cadre d'un projet financé par l'Agence Nationale de la Recherche (projet VITAVI) et l'IRESP (projet ACTAS), notre objectif était de mieux comprendre les attitudes et les conduites des populations précaires à l'égard de leur propre santé et des messages de prévention, en saisissant en particulier dans quels rapports au temps, dans quelles temporalités, ces attitudes et ces conduites s'inscrivent. Dans la mesure où la pauvreté constitue une « catégorie fluctuante, relative et arbitraire », et qu'il est « préférable de parler de populations "reconnues" en situation de précarité économique et sociale » (Paugam, 2011, p. 24), nous avons choisi de reprendre l'approche proposée par Simmel, en considérant que c'est l'assistance qui constitue la pauvreté (Simmel, [1907] 1998). Nous avons donc réalisé trente entretiens approfondis avec des personnes recrutées dans deux structures qui viennent en aide aux personnes en situation précaire dans une grande ville du sud-est de la France : une Maison des chômeurs et une épicerie solidaire.
- 6 Après avoir décrit les modalités de recueil des données et la méthode d'analyse, nous nous demanderons d'abord dans quelle mesure les personnes interrogées considèrent effectivement leur santé comme un projet personnel prioritaire. Pour cela, nous étudierons les discours tenus sur l'automédication. En effet, au fil de l'analyse des entretiens celle-ci est apparue comme un thème central, révélateur des rapports au corps et à la santé, comme des attitudes à l'égard de la norme d'autonomie, ciment de l'idéologie préventive. Des précédents travaux ont d'ailleurs montré que l'automédication met en jeu l'autonomie du sujet et le rapport à l'expertise médicale, tout en étant imbriquée avec d'autres pratiques relatives au corps et à la santé, comme le dopage ou le détournement de médicaments (Thoër, Pierret, Lévy, 2008). Nous verrons que la question du rapport au temps contribue à structurer ces discours et ces attitudes. Ensuite, nous nous intéresserons plus avant à ce rapport au temps, afin de voir comment s'articulent temporalités et prévention. Pour cela, nous examinerons d'abord les liens entre situation professionnelle et temporalité, avant d'aborder la question du tabagisme, puis de l'appropriation des injonctions préventives.

Méthode et données

- 7 Dans la mesure où les attitudes à l'égard du temps sont susceptibles d'évoluer au cours du cycle de vie, nous avons décidé de cibler les jeunes adultes, en nous limitant à une tranche d'âge assez étroite, les 30-40 ans. C'est un âge auquel les difficultés initiales d'insertion professionnelle menacent de devenir chroniques, et peuvent aussi se cumuler avec les contraintes de la parentalité, c'est également un âge clef pour la prévention (concernant en particulier l'arrêt tabagique). À l'issue des 30 entretiens initialement prévus, dans la

mesure où aucune nouvelle information ne ressortait des derniers entretiens réalisés, le terrain a été clos.

- 8 Les participants ont donc été recrutés dans une Maison des chômeurs (14 entretiens) et dans une épicerie solidaire (16 entretiens). Sur les deux sites, l'entretien débutait par la passation du questionnaire EPICES, qui permet de calculer un score de précarité (variant de 0 à 100, un score de 30 ou plus indiquant une situation précaire) prenant notamment en compte les situations socio-économique et professionnelle, le diplôme et le logement (Sass *et al.*, 2006). Les deux échantillons correspondants se différencient sur plusieurs points. À la Maison des chômeurs, les 7 femmes et 7 hommes interrogés avaient en moyenne 35 ans. Neuf étaient célibataires sans enfant, 11 avaient fait des études supérieures, la moitié touchait des allocations-chômage (ARE), l'autre moitié le revenu de solidarité active (RSA), le score EPICES valant en moyenne 46. À l'épicerie solidaire, les enquêtés ont également 35 ans en moyenne, avec une majorité de femmes (11/16), des études supérieures moins fréquentes (6/16), 7 familles monoparentales et 7 couples avec enfants. La plupart touchent le RSA, et le score moyen EPICES atteint 73, ce qui est bien plus élevé qu'à la Maison des chômeurs.
- 9 Précisons que les profils des usagers de ces deux structures différaient sur d'autres points. Pour bénéficier des services proposés par la Maison des chômeurs, il faut payer une cotisation annuelle qui donne le statut d'adhérent. Les adhérents rencontrés dans le cadre des entretiens sont généralement impliqués et mobilisés, ils font preuve d'un engagement politique et militant. En revanche, ce sont les assistantes sociales qui orientent ou non les « usagers » vers l'épicerie solidaire. L'association se cantonne à un rôle purement caritatif et sa fréquentation est vécue par les usagers comme un service rendu, comme une annexe des services sociaux. Nous avons pu observer que les usagers de l'épicerie avaient souvent une position de dépendance et de déférence vis-à-vis des bénévoles de cette structure, et il est possible que leurs réponses soient davantage empreintes d'un biais de désirabilité.
- 10 Les entretiens ont été réalisés au premier semestre 2012, et ont duré entre 50 minutes et 1 h 30. Avec l'accord écrit des participants, ils ont été enregistrés, retranscrits et anonymisés (les prénoms *infra* ont été changés). Les trois chercheurs impliqués ont élaboré ensemble le guide d'entretien, lequel a été modifié à plusieurs reprises, au fil des analyses des premiers entretiens. Chacun a procédé séparément à une analyse thématique de ce corpus, puis ces analyses ont été confrontées et discutées pour obtenir une catégorisation thématique unique.

La santé, un projet personnel prioritaire ?

L'automédication, une pratique commune, des motivations diverses

- 11 La plupart des personnes rencontrées ont mentionné avoir recours à des pratiques d'automédication, définie ici au sens large, qui inclut l'auto-administration de médicaments sans s'y limiter : « l'automédication consiste à faire, devant la perception d'un trouble de santé, un autodiagnostic et à se traiter sans avis médical » (Lecomte, 1999, p. 49).

Automédication et résistance physique

- 12 D'abord, une bonne partie des enquêtés souligne qu'il ne faut pas consulter « pour rien », et qu'il vaut mieux se soigner soi-même, avec des médicaments, des remèdes de grand-mère, des produits plus exotiques, ou simplement attendre « d'aller mieux ». Leurs témoignages sont révélateurs d'un certain rapport au corps et à la douleur, qui valorise la capacité à « encaisser » celle-ci sans recours au médecin :

Tu peux pas aller pour un rien au médecin, ça dépend il y en a qui supportent le mal d'autres qui supportent pas... (Cheikh, 35 ans, niveau collège, marié, deux enfants, expérience dans le bâtiment, sans emploi après un accident du travail) ; je vais chez le médecin (...) quand j'ai du mal à rester debout, des vertiges ou quoi... Il faut vraiment que j'ai un truc qui fait mal et qui dure longtemps ! (...) si j'ai mal et que je peux continuer à bouger il y a des chances que j'y aille pas et que je cherche à faire de l'automédication pour voir si ça passe (Hugo, 39 ans, bac + 2, célibataire, contrats précaires comme ingénieur, actuellement sans emploi) ; j'ai un médecin traitant ça fait 5 ans que je l'ai pas vu. (...) j'ai toujours géré tout seul, je te raconte un truc tu vois cette cicatrice-là (...) mon pied est venu frapper un angle de table, je suis pas allé voir de médecin évidemment, après pendant 3 semaines ou plus tout autour c'était rouge, il y avait un hématome c'était rouge violet (Franck, 39 ans, niveau bac, célibataire, intérimaire dans le bâtiment, actuellement sans emploi).

- 13 Ce rapport rappelle singulièrement les attitudes des classes populaires analysées par Luc Boltanski dans son célèbre article (1971). Dans notre corpus, ce rapport est observé chez les hommes issus de milieux ouvriers, sans emploi mais avec une expérience dans des métiers pénibles (bâtiment, restauration...), ainsi que chez quelques femmes.

Une automédication « idéologique »

- 14 D'autres enquêtés, parmi les plus diplômés, justifient leur automédication par leur critique de la médecine dominante et du « tout médicament », auxquels ils préfèrent des remèdes « plus naturels », ou d'autres médecines (homéopathie, médecine chinoise...) :

Je suis contre la médecine allopathique à forte dose (...) j'avais trouvé un médecin traitant qui à chaque fois que j'allais le voir pour un petit rhume, ou mon mari, on ressortait avec une ordonnance pleine avec tout et n'importe quoi, (...) pour moi c'était pas un médecin compétent (Sally, 33 ans, bac + 3, mariée sans enfant, au chômage après quelques petits boulots) ; J'aime pas les médicaments, j'aime pas les hôpitaux, j'aime pas les médecins (...) je préfère les herbes que les médicaments chimiques, les tisanes, le thym, le citron, le miel, le gingembre qui filtre le corps... (Mehdi, 38 ans, bac + 2, marié, 3 enfants, accidenté du travail, RSA).

- 15 Cette prise de distance avec les professionnels de la santé est aussi justifiée par de mauvaises expériences, par le refus d'une relation thérapeutique jugée paternaliste, ou biaisée par l'inféodation supposée des médecins à l'industrie pharmaceutique :

J'ai beaucoup de mal avec les médecins (...) la plupart du temps je les trouve... d'abord j'ose pas poser de questions et quand j'en pose je les trouve pas à l'écoute, arrogants, ils sont pas prêts à expliquer les choses et puis je les trouve très affiliés aux laboratoires pharmaceutiques (Mina, 37 ans, bac + 4, séparée, 2 enfants, sans emploi après avoir démissionné).

- 16 Cette forme « idéologique » de l'automédication justifie le rejet d'un système discrédité, et parmi les plus diplômés la critique des normes dominantes de santé peut s'appuyer sur des références savantes :

La santé devient l'objet d'un flicage, on revient à Foucault, Foucault c'est quelqu'un dont la lecture a une acuité énorme aujourd'hui [...], y a tellement plus de morale, quelque chose qui vienne dire ce qu'il en est de l'humaine condition, on se repose tellement trop sur la raison... (Michel, 38 ans, bac + 3, célibataire, au chômage).

Une automédication contrainte, associée à une dépossession de soi

- 17 Enfin, une dernière figure de l'automédication est incarnée dans notre enquête par les mères en charge de la gestion du foyer et de leurs enfants. Ces mères sont en charge du travail de « *care domestique* » au sein du ménage, activité éminemment chronophage (Damamme, Paperman, 2009). Dans le cas de Luna (30 ans, niveau bac, mariée, 2 enfants, au foyer), son quotidien est d'autant plus saturé que l'un de ses enfants a des soucis de santé, et qu'elle doit aussi s'occuper de ses parents :

Les enfants commencent à 9 h 00, petit-déjeuner brossage de dents, je les habille, je m'habille moi, je les amène à l'école puis je prends petit-déjeuner, et c'est souvent que j'ai des rendez-vous à gauche et à droite... par exemple des fois mon fils (...) chez la psychomotricienne. Sinon je fais mes tâches ménagères quotidiennes des courses à côté, (...) mon mari ne s'occupe de rien, donc c'est moi qui fais les démarches administratives, je me dépêche d'être là pour midi pour les enfants, les faire manger, les remettre à l'école (...) Après il y a mes parents, ma mère elle conduit pas, mon père est diabétique, ils ont besoin de moi pour des rendez-vous, des courses (...) Après je récupère les enfants il y a la séance de kiné pour mon fils, je suis aussi parent délégué donc des fois il y a des réunions. On rentre : devoirs, douche, repas, brossage de dents, on lit un petit peu, je couche les enfants, moi je respire un petit peu, les dossiers à remplir, je prépare les documents... toujours des petites choses à faire, à penser (...) en fait ça fait un an et demi que je suis ici, j'ai pas l'impression d'avoir encore soufflé... (Luna).

- 18 Ces femmes décrivent un quotidien saturé de tâches qui induit d'importantes difficultés à s'accorder le temps d'une consultation tant que l'on peut encore, par l'automédication, assurer son travail de mère au foyer. La consultation est le recours extrême lorsqu'il n'est plus possible de gérer de façon autonome à la fois la santé des enfants, la sienne et le quotidien du foyer. Par exemple :

Je suis à la CMU, j'ai un médecin traitant, je consulte quand les enfants sont malades... (...) j'abuse pas trop parce qu'on n'a pas le temps, parce que quand on va chez le médecin on en a pour deux heures en salle d'attente (...) donc j'évite, quand je vois que ma fille a un petit peu de fièvre je la soigne moi-même, je pratique l'automédication mais que avec du Doliprane et quand je vois que son angine elle est gonflée tout ça je l'amène moi-même chez le médecin... Pour moi je consulte très rarement (...) j'y vais vraiment quand je suis à deux doigts de tomber par terre (Hinda, 38 ans, bac + 2, remariée, 3 enfants, au foyer après avoir été auxiliaire de vie).

- 19 En outre, on voit ici qu'il s'agit d'une automédication à deux vitesses. En effet, l'automédication concerne à la fois le parent et les enfants, par médicaments ou par remèdes alternatifs mais, par rapport aux enfants, le parent se positionne dans un plus fort éloignement des professionnels de santé et dans un recours plus fréquent à l'automédication. Plus généralement, la santé de ces mères est de fait secondaire :

C'est très important la santé, ça passe avant tout la santé, des fois j'y pense des fois non, des fois je dis oui ma santé avant tout, mais des fois je passe tout le monde avant moi, mon mari mes enfants, et moi je passe après (Samira, 30 ans, niveau bac, mariée, deux enfants, enceinte) ; Mes enfants ils sont à jour pour leurs vaccins mais moi ouh ! Non, je ne sais pas depuis quand j'ai pas été vaccinée, je suis pas à jour,

j'ai pas fait de vaccins depuis... Je sais plus... (Marie, 38 ans, niveau collègue, célibataire, quatre enfants dont un à charge, enceinte).

- 20 Dans notre corpus, l'automédication apparaît donc, selon les cas, comme solidaire d'une certaine conception du corps et de la santé, comme un choix assumé en cohérence avec des convictions idéologiques, ou encore comme la conséquence subie d'un manque de temps, ou plutôt d'un temps dépossédé, surinvesti et vampirisé par la gestion du quotidien du foyer, sachant que ces trois registres peuvent parfois se combiner.
- 21 À un faible niveau de qualification, plus fortement associé à des situations de pénibilité du travail et donc à la valorisation de l'effort physique et du corps comme force de travail, comme au statut de femme au foyer et de mère, correspondent des pratiques consistant à davantage occulter et négliger les symptômes de la maladie et les souffrances du corps. Le recours à l'automédication s'inscrit dans des configurations particulières qui incitent l'individu à « tenir », à endurer certaines souffrances. Pour les individus les plus diplômés, il s'agit plutôt de « tenir » et de valoriser un positionnement idéologique par l'automédication. En ce sens, l'analyse des discours sur l'automédication est révélatrice d'inégalités de santé et, par là même, de l'inscription des inégalités sociales dans les corps (Fassin, 2009), laquelle découle, entre autres, des rapports de genre et de classes (Gottraux, 1982).

Des adhésions variables à la norme d'autonomie

- 22 L'affirmation de la responsabilité individuelle, valeur largement promue par la prévention, traverse l'ensemble des récits recueillis pour justifier l'automédication. Tous les enquêtés adhèrent, au moins dans leurs déclarations, à l'idéologie qui promeut l'individu comme entrepreneur de sa propre santé, idéologie baptisée *healthism* par l'un des premiers sociologues à s'y être intéressé (Crawford, 1980). Ce n'est guère étonnant dans la mesure où cette injonction à l'autonomie est largement diffusée, tant par les professionnels de la santé et de la prévention (Massé, 2003 ; Fainzang, 2012) que par les services sociaux (Vrancken, Macquet, 2006 ; Duvoux, 2012). L'automédication et les gestes préventifs apparaissent ainsi comme des outils légitimes de prise en charge de soi-même.

Une autonomie affirmée, mais parfois nuancée, ou s'ancrant dans le présent...

- 23 Ajoutons que l'adhésion au *healthism* est caractéristique des classes moyennes les plus éduquées (Greenhalgh, Wessely, 2004 ; Régnier, Masullo, 2009). De fait, dans notre étude, ce sont en premier lieu les individus les plus diplômés, qui étaient récemment encore dans des situations financières et professionnelles stables, qui revendiquent le plus frontalement le fait d'être les acteurs de leur propre vie. Mais cette revendication est parfois nuancée, ou accompagnée d'un sentiment de culpabilité, justement lorsque la situation professionnelle est difficile :

Je suis assez volontaire et plutôt actrice de ma vie et non pas spectatrice, je sais que j'ai une part d'action à mener pour pouvoir rencontrer des gens, trouver du travail mais je suis plus déterminée dans ma vie personnelle que dans ma vie professionnelle, parce que le temps passe, parce que la crise économique s'accroît... et je sais qu'il y a des difficultés réelles que je ne peux pas maîtriser comme le taux de chômage (...) j'essaie de me battre quotidiennement mais c'est pas facile (Sally) ; Je sais que je suis seule responsable de mon bonheur et qu'il y a que moi qui décide, c'est tellement plus facile d'accuser son père, sa mère, sa famille de tout ce qu'on

vit. Tout ça c'est ma faute (Clémence, 39 ans, bac + 4, au chômage après démission d'un emploi stable).

- 24 En outre, l'affirmation d'une maîtrise sur sa propre existence s'accompagne souvent d'une volonté de choisir et de moduler son rapport au temps, en alternant anticipation et vie « au jour le jour », ou en revendiquant son ancrage dans le présent, voire son attachement à une forme de précarité :

Alors j'essaie d'anticiper et j'essaie de vivre le jour le jour parce que les deux sont très bien (...). J'anticipe sur pas mal de choses, sur la pièce de théâtre qu'on va jouer en juin, un concert qu'on va jouer le 28 avril, des événements artistiques... Mais parallèlement à ça j'essaie aussi de vivre au jour le jour (...). J'ai l'impression de mieux tenir ma vie que jamais, c'est-à-dire que je pense que d'une manière générale on est un peu l'artisan de sa vie et responsable de sa vie (...) je me sens acteur des projets parce que c'est moi, et je me sens heureux là-dedans, dans le fait d'être artisan de ma vie (Damien, 31 ans, bac + 5, célibataire, en formation) ; Je vis plutôt au jour le jour. Je poursuis ma route sans vraiment de calculs (...) je prends comme ça vient, j'ai plein de projets, j'ai jamais stressé pour quoi que ce soit donc j'ai pas envie de commencer, ça tient plutôt de ma personnalité, en fait j'ai pas envie d'être en CDI, c'est le rêve de tout le monde mais j'ai pas envie d'être prisonnier de ça en fait, j'ai plutôt envie d'être journaliste indépendant (Luc, 39 ans, bac + 2, célibataire, au chômage).

Une dépendance vécue, qui ancre dans le présent et détourne de la santé

- 25 Chez les personnes les plus précaires, la valorisation de l'autonomie se fait plus discrète et nuancée, à travers l'affirmation du bien-fondé des pratiques préventives et d'automédication notamment. De plus, dans certains cas, lorsque l'avenir est essentiellement orienté par les décisions de services sociaux ou d'institutions, la question de la responsabilité individuelle tend à disparaître pour laisser émerger celles de la dépendance et de l'impuissance dans la maîtrise du cours de sa vie.
- 26 Ainsi, Tom (38 ans, bac + 4, célibataire, au chômage), empêtré dans les démarches administratives nécessaires à l'obtention d'un logement et d'allocations, se définit lui-même comme « assujetti social ». Cheikh, lui, a soudainement perdu reconnaissance, ressources financières et santé après un accident du travail, et il réclame de l'aide : « déjà pour réussir il faut avoir des aides, le soutien, oui j'ai le soutien de ma famille mais j'ai besoin aussi du soutien de l'État ». Quant à François (40 ans, niveau bac, célibataire, au RSA), il se bat depuis des années contre une décision de justice qui a précipité son déclassement social, mais après avoir eu gain de cause il attend toujours des réparations : « résoudre les problèmes ça dépend pas que de moi, la justice ça dépend pas que de moi, après j'ai pas le pouvoir de tout changer il y a des choses à faire mais tout ne dépend pas de moi, c'est le niveau auquel ça coince ».
- 27 L'affirmation du sujet responsable est ici anéantie par le sentiment de dépendance à l'égard des institutions. Ce sentiment de dépendance et d'impuissance au présent semble éclipser toute envie ou possibilité de se projeter dans l'avenir, et d'ailleurs ces personnes ont tendance à lui tourner le dos, en considérant que chaque jour est pire que le précédent :

L'avenir je sais pas, je suis perdu (...) de toute façon l'année qui s'achève elle est toujours mieux que l'année qui vient (Cheikh) ; Tout fout le camp, c'était mieux avant ça c'est sûr ! (Tom) ; [Vous arrivez à avoir des projets, à vous projeter ?] Aujourd'hui non, pas positivement non, avant oui (...) les choses vont de plus en

plus mal, j'arrête de faire... je ne fais plus aucun projet (...), je vivais mieux avant (François).

- 28 Ce sentiment d'impuissance et de régression continue semble bien influencer le rapport à la santé, laquelle est d'ailleurs, parfois, déjà fortement dégradée par manque de soins :

Ça fait bien 15 ans que j'ai pas trop vu de médecins (...) les dents j'ai un gros souci [elles sont toutes cariées], en tout cas c'est aussi lié à du laisser-aller de déprime lié à mes parents [les deux se sont suicidés à quelques années d'intervalle], ça fait bien 15 ans que je laisse traîner (Tom) ; [Quelle est pour vous l'importance de la santé ?] Normalement c'est primordial, mais moi je ne fais plus attention du tout, je m'en fous complètement ! [Pourquoi ?] Parce que j'ai pas d'intérêt... quel intérêt j'aurais maintenant à être en bonne santé ou à y faire attention de toute façon ? (François).

- 29 Il apparaît donc que certains revendiquent leur autonomie et assument un ancrage sélectif dans le présent, affirmant ainsi leur appropriation des temps sociaux, tandis que d'autres sont ancrés dans le présent parce que leur impuissance les prive d'avenir. Les premiers illustrent la représentation « scolastique », « intellectualiste », du rapport au temps, qui suppose que celui-ci exprime nécessairement un projet conscient et maîtrisé, tandis que les seconds nous rappellent que cette représentation n'a pas une portée universelle, et que l'ambition de maîtriser l'avenir est proportionnelle à la capacité de maîtriser le présent (Bourdieu, 1997). Ici, les inégalités sociales de santé s'expriment dans la capacité des individus à s'approprier ou non les temps sociaux et, par là même, la temporalité de la prévention qui voudrait que l'on agisse aujourd'hui pour sa santé de demain. Nous rejoignons en ce sens les propos de Gottraux, pour qui « l'efficacité des stratégies informatives [relative à la prévention] est variable d'une couche sociale à une autre » (Gottraux, 1982, p. 28).

Temporalité et prévention

Un temps suspendu...

- 30 Pour Claude Dubar, « le temps de crise est un temps de rupture avec le passé, d'incertitude sur un avenir bloqué, en panne d'anticipation, condition de l'action volontaire » (Dubar, 2011, p. 5). Un exemple cité par Clémence illustre ce temps suspendu de l'action : « J'ai un copain qui est au chômage, il m'appelle, il me dit qu'il a un meuble qui est depuis 15 jours devant la porte, j'arrive pas à le rentrer... Et moi pareil j'y arrive pas, on y arrive pas. J'ai plein de trucs à faire mais j'arrive pas à les faire. » Dans ce temps suspendu, même si l'individu a des projets, ceux-ci restent en l'état car il est incapable d'agir, de les réaliser.

Crise de l'emploi, crise du temps

- 31 La plupart des personnes rencontrées nous ont fait part de leurs difficultés à se projeter dans l'avenir. Au fil des entretiens, ces difficultés apparaissent avant tout liées à l'absence de perspectives professionnelles, pour soi ou pour son conjoint. Cheikh le dit très clairement : « si tu as un travail stable tu peux penser à l'avenir mais si tu travailles pas, t'as pas d'avenir. » De même, depuis plusieurs années, Louise (30 ans, bac + 4, célibataire, un enfant, sans emploi) enchaîne les emplois précaires. Elle estime que cette précarité professionnelle impacte directement sa capacité à se projeter :

J'arrive pas forcément à faire des projets fixes (...) je mets pas des dates dessus, c'est dans le futur, parce que je suis dans un gros point d'interrogation sur l'avenir, parce que je n'ai pas d'emploi, j'ai pas de revenus suffisants pour me projeter dans l'avenir.

- 32 Quant à Samira, elle ne trouve pas d'emploi car son diplôme n'est pas reconnu en France. Son horizon est donc bouché, et sa réouverture passe par l'insertion professionnelle de son époux, sachant qu'elle semble y avoir définitivement renoncé pour elle-même : « [Avez-vous des projets ?] Franchement rien, pour moi je vois pas un avenir (...) à part élever mes enfants, les faire grandir, faire leurs études, je vois pas d'autre avenir (...) si mon mari trouve un travail, signe un contrat, ça oui j'ai des projets, mais pour le moment je vois que c'est dur pour travailler ».
- 33 On voit bien ici que la crise de l'emploi induit une « crise biographique », une « crise du temps vécu » qui perturbe le rapport au temps dans la vie quotidienne (Bourdieu, 1997 ; Dubar, 2011). D'ailleurs, l'impact des difficultés d'insertion professionnelle sur le rapport au temps, en termes de désengagement vis-à-vis de l'avenir, est sans doute d'autant plus fort dans les milieux modestes au sein desquels le travail reste « le mode privilégié de l'expression de soi dans la société » (Paugam, 2011, p. 54). En outre, le temps du chômeur n'est pas un « temps libre » qui peut être mis à profit, mais plutôt un « temps vide » marqué par l'ennui (Schnapper, 1981).

Rapport au temps et tabagisme

- 34 Le rapport au tabagisme illustre bien ce « temps de crise ». En effet, dans la mesure où le tabagisme est susceptible de satisfaire de nombreux besoins immédiats, à un « coût » sanitaire potentiellement très élevé mais également très éloigné dans le temps, le statut tabagique des individus est souvent très révélateur de leur rapport au temps. Les personnes en situation de précarité se trouvent parfois dans une situation de très forte dépendance à l'égard du tabac, et ce malgré son prix toujours croissant : la cigarette est alors perçue comme un produit de première nécessité, tout à la fois remède contre l'ennui et l'isolement, support éventuel de socialisation, qui soulage le stress ou la détresse morale et permet de « tenir le coup » au quotidien (Graham, 1994 ; Peretti-Watel, 2012) :

Quand le mental va pas on n'a pas la force de se donner les moyens pour être en bonne santé (...) par exemple je suis en rupture sentimentale, je fume 2 paquets de Marlboro (Clémence) ; J'ai fumé quand j'ai divorcé, j'avais des problèmes et tout ça, je me suis retrouvée dans un centre d'hébergement pour femmes battues, donc du fait qu'on était toutes ensemble en train de se raconter notre vie en train de fumer (...) le soir quand mes enfants dormaient je me retrouvais toute seule, à l'époque il y avait pas d'illimité pour parler 3 heures avec ses copines... donc toute seule devant la télé avec ma cigarette et rien d'autre ! (Hinda).

- 35 La question de l'arrêt tabagique, priorité des politiques de prévention depuis de nombreuses années, illustre aussi ce « temps suspendu », puisque les fumeurs interrogés ont tous le projet d'arrêter, mais un projet renvoyé dans un futur indéterminé, souvent lointain, sans qu'ils ne fassent rien pour s'en rapprocher. L'arrêt projeté est renvoyé à plus tard, lorsque « ça ira mieux », dans un futur hypothétique conditionné par une amélioration des conditions de vie :

Je fumerai certainement encore pendant un moment (...) c'est pas le moment que j'arrête, c'est pas le moment de me mettre ce stress en plus par rapport à la situation actuelle, on verra après quand je serai un peu posé (Tom) ; Je fume encore

beaucoup, ça c'est normal, tant que le problème ne sera pas complètement résolu [procès en cours contre sa mère et son beau-père], je m'étais arrêté de fumer, puis j'ai repris, j'ai bien l'intention d'arrêter, donc je fume en disant après ça sera fini (Colin, 39 ans, niveau bac, célibataire, sans emploi) ; J'ai toujours ce projet d'arrêter même si ça reste toujours un projet (...) mais entre les difficultés psychiques, on n'a pas de travail, on n'a pas de machin, (...), les difficultés à se projeter dans l'avenir, bon ben voilà, je fume mais on essaie de faire ce qu'on peut (Sally).

- 36 Dans une perspective psychologique, J. O. Prochaska et C. C. Diclemente parlent à ce sujet de phase de contemplation, caractérisée par la motivation au changement mais, en même temps, par l'impossibilité d'y arriver (1982). Ici cette impossibilité prend clairement sa source dans le processus de précarisation qui institue un temps de « crise », de ruptures (dans les parcours d'emploi et de santé, mais aussi sentimentales, financières, familiales, etc.) et de souffrances sociales que la cigarette a pour fonction d'apaiser. L'acte tabagique prend tout son sens dans l'omniprésence du temps de « crise », quant au geste préventif, en l'occurrence le sevrage tabagique, il prend sens dans une hypothétique sortie de crise. Or, si cette dernière est évoquée (quand elle n'est pas tout simplement devenue inenvisageable), c'est davantage comme un futur utopique que comme un futur possible.

Des pratiques préventives qui prennent sens dans le présent

- 37 En général, la prévention des conduites à risque (tabagisme, abus d'alcool, mauvaises habitudes alimentaires, sédentarité...) s'apparente à un arbitrage intertemporel : il s'agit de réformer des pratiques qui apportent des bénéfices immédiats, mais ont un coût pour la santé à plus long terme (cancers, maladies cardiovasculaires, etc.). Les personnes que nous avons interrogées ont une bonne connaissance des principaux messages préventifs, ils tentent même de s'y conformer, tout en les déformant, puisqu'ils les ancrent dans le présent en leur assignant parfois des finalités non-sanitaires.

Prévention ou automédication ?

- 38 Dans nos entretiens, lorsque le respect des « bonnes conduites » de santé est envisagé dans une perspective de santé biomédicale, la référence à la santé de long terme reste très rare. Au contraire, il s'agira plutôt de se conserver en bonne santé aujourd'hui, en particulier grâce à son alimentation.
- 39 Mina valorise un mode d'alimentation basé sur le végétarisme (ce dernier justifiant d'ailleurs son éloignement de la médecine) pour se maintenir en bonne santé aujourd'hui, estimant que ce régime alimentaire prévient les rhumes. Les propos de Samia (33 ans, bac + 3, mariée, au chômage) illustrent aussi cette attitude : « J'essaie de faire en sorte de me conserver en bonne santé, ne serait-ce que par l'alimentation, ne pas manger n'importe quoi, (...) quand je vais faire mes courses j'achète plutôt du bio... j'essaie de manger pas trop gras, trop salé, trop sucré ». Tout comme Mina, Samia associe à des bienfaits immédiats des pratiques alimentaires valorisées par les messages préventifs (dont elle reprend le slogan presque mot pour mot). De plus, elle englobe dans un même mouvement des pratiques d'automédication et des gestes préventifs. Pour elle, cela semble relever de la même logique de soin : « on peut aussi se soigner par des médecines douces, on peut aussi prendre de la vitamine C quand on est enrhumé sans courir chez le médecin pour prendre tout un tas de traitements et donc je pratique vraiment ce mode de fonctionnement, j'ai vraiment ce mode de fonctionnement pour l'alimentation c'est

pareil, plus on a une alimentation saine mieux on se porte ». Dans les logiques profanes, la distinction entre prévention et automédication ne va pas de soi, ces deux notions se recoupant aisément, probablement du fait de leur ancrage dans une même temporalité du présent.

- 40 En outre, plusieurs de nos enquêtés évoquent les bienfaits des vitamines pour se soigner, et considèrent la consommation de fruits et légumes comme une forme efficace d'automédication. Les gestes préventifs développés dans les campagnes sont intégrés, une fois de plus, à des pratiques d'automédication. Le cas de Tom est typique de ce point de vue. Lorsqu'il présente des symptômes grippaux, il boit « quelques jus d'oranges » pour avoir « quelques vitamines », plutôt que de consulter un médecin. Et il ajoute : « et puis je prends tellement peu de médicaments et je mange tellement peu de fruits que voilà 3 oranges et ça me fait des vitamines suffisantes pour soigner toutes maladies ». Son discours est particulièrement intéressant puisqu'il associe la prise de vitamine *via* l'absorption de fruits et de légumes à la possibilité que son corps développe une accoutumance à ces mêmes vitamines. Le parallèle est clair avec l'accoutumance aux médicaments pouvant affecter leur efficacité. Ainsi, Tom légitime à la fois ses écarts à cette norme nutritionnelle (manger des fruits et des légumes) et sa bonne observance en certaines situations, puisque la fonction des fruits et des légumes est d'autant plus efficace qu'il n'en mange, justement, pas tous les jours.

Prévention et bien-être immédiat

- 41 Si les personnes interrogées connaissent et acceptent les injonctions de la prévention, ils leur associent généralement des bienfaits immédiats, pas forcément dans le domaine de la santé, mais dans le registre du bien-être, ou en rapport avec des considérations esthétiques. Plusieurs des personnes interrogées déclarent faire du sport et manger équilibré afin d'affiner leur silhouette, pour s'habiller mieux et différemment, pour plaire. Clémence, par exemple, explique très clairement cette attitude ancrée dans le présent :

Si je mange équilibré c'est pas parce que c'est bon pour après, c'est pour être mince, belle, parce que ça fait du bien (...). Manger pour être en bonne santé oui, mais je ne pense pas sur le long terme (...). J'ai pas cette réflexion de faire attention maintenant pour plus tard (...). Si je fais du sport c'est pour me sentir bien maintenant, si je mange c'est pour me faire plaisir maintenant, c'est pas pour être bien à 70 ans parce que si demain je me fais renverser alors à quoi ça sert ? (...) il faut se bouger pour être mince, être donc bien dans sa tête, faire du sport ça aère le cerveau, mais c'est immédiat, et j'ai pas du tout cette notion d'avenir.

- 42 Enfin, dans certains cas, cette recherche de bien-être immédiat peut inciter à remplacer une « bonne conduite » de santé par une « conduite à risque ». Ainsi, Linda (32 ans, niveau collègue, séparée, deux enfants, sans emploi), qui doit élever seule ces deux enfants, nous explique qu'auparavant elle faisait du sport pour mieux gérer son stress, mais qu'elle a arrêté depuis plusieurs années à cause du manque de temps, et qu'elle préfère désormais fumer pour satisfaire le même besoin.
- 43 Pour les personnes que nous avons interrogées, la précarité, et avant tout la précarité professionnelle, de soi ou éventuellement de son conjoint, induit donc une forme de « présentisme » : elles sont bloquées dans un présent en panne, dans un « temps suspendu ». Cela ne les empêche pas de connaître et de vouloir appliquer les normes promues par la prévention. Mais soit ce projet est reporté dans un à venir indéterminé

(dans le cas de l'arrêt tabagique), soit il détourne les injonctions préventives (en particulier dans le domaine alimentaire), en leur donnant une autre finalité que la santé, et surtout en leur donnant une finalité immédiate, alors même que ces injonctions visent avant tout la préservation de la santé sur le long terme.

Conclusion

- 44 Les personnes que nous avons interrogées, à la Maison des chômeurs comme à l'épicerie solidaire, n'ignorent pas, et ne rejettent pas, les injonctions normatives contemporaines les exhortant à devenir les entrepreneurs de leur propre santé. Toutes considèrent leur santé comme primordiale, toutes adhèrent aux valeurs d'autonomie et de responsabilité individuelle. Toutefois, certaines ont bien du mal à s'y conformer, tant leurs difficultés quotidiennes les placent dans une situation « d'assujettissement social ». En outre, l'adhésion à une norme est toujours réappropriation, de sorte qu'une norme peut être adoptée et détournée pour se distancier d'une autre : ainsi, l'attachement aux pratiques d'automédication s'appuie sur la norme d'autonomie, tout en traduisant parfois, généralement parmi les plus diplômés, une distanciation critique à l'égard de la médecine dominante.
- 45 En revanche, nos enquêtés ont bien du mal à se projeter dans l'avenir. Certains des plus diplômés revendiquent une existence au jour le jour, témoignant ainsi d'une appropriation des temporalités et d'une « préférence pour le présent » assumée, mais la plupart sont englués dans un « temps suspendu » qu'ils subissent, et sont incapables de mettre en pratique la norme temporelle que promeut la prévention. Si l'ancrage dans le présent a pu constituer un trait culturel positif des classes populaires (Hoggart, [1957] 1970), tel n'est pas le cas dans nos entretiens : le « présentisme » y résulte plutôt d'un processus social et identitaire, mêlant déclassement social et exclusion du marché du travail, les difficultés d'insertion professionnelle apparaissant bien comme le catalyseur le plus fréquent de ce processus.
- 46 Ce « présentisme » implique un rapport ambigu avec les normes comportementales promues par le discours préventif, qui promeut une autre temporalité. Les personnes rencontrées adhèrent néanmoins à ce discours, mais l'altèrent. Outre que l'arrêt tabagique est un projet que toutes approuvent, mais en le renvoyant à un futur indéterminé, les « bonnes » conduites nutritionnelles et l'exercice physique sont détournés de leur objectif initial : il ne s'agit plus de préserver sa santé future, mais son bien-être immédiat. En ce sens, leur rapport à la prévention relève d'une forme de « déviance ritualiste » (Merton, [1949] 1965) : alors que la prévention promeut à la fois un but (la santé de long terme) et des moyens d'y parvenir (les « bonnes » conduites de santé), ces personnes « détournent » ces moyens légitimes en leur assignant des objectifs immédiats. Cette réappropriation des normes préventives est bien illustrée par la confusion observée entre prévention et automédication.
- 47 Au final, même si la précarité n'empêche pas d'adhérer en principe à la norme d'un individu entrepreneur de sa propre santé, dans les faits elle dénature cette adhésion en altérant les temporalités individuelles, le niveau scolaire influant ici moins les pratiques que les discours de justification.

BIBLIOGRAPHIE

- BOLTANSKI L., 1971. « Les usages sociaux du corps », *Annales ESC*, 26 (1), p. 205-233.
- BOURDIEU P., 1997. *Méditations pascaliennes*, Paris, Éditions du Seuil, coll. « Essais ».
- CRAWFORD R., 1980. « Healthism and the medicalization of everyday life », *International Journal of Health Services*, 10 (3), p. 365-388.
- DAMAMME A., PAPERMAN P., 2009. « Temps du care et organisation du travail en famille », *Temporalités* [en ligne], n° 9, mis en ligne le 07 octobre 2009, consulté le 31 octobre 2013. URL : <http://temporalites.revues.org/1036>.
- DUBAR C., 2011. « Temps de crises et crise des temps », *Temporalités* [En ligne], n° 13, mis en ligne le 22 juin 2011, consulté le 10 décembre 2013. URL : <http://temporalites.revues.org/1563>.
- DEMAZIÈRE D., DUBAR C., 2005. « Récits d'insertion de jeunes et régimes de temporalité », *Temporalités* [En ligne] n° 3, mis en ligne le 07 juillet 2009, consulté le 04 décembre 2013. URL : <http://temporalites.revues.org/452>.
- DUVOUX N., 2012. *L'autonomie des assistés. Sociologie des politiques d'insertion*, Paris, Puf, coll. « Le lien social ».
- FAINZANG S., 2012. *L'automédication ou les mirages de l'autonomie*, Paris, Puf.
- FASSIN D., 2009. « Inégalités et santé », *Problèmes politiques et sociaux*, 960, La documentation française.
- FASSIN D., 1996. *L'espace politique de la santé. Essai de généalogie*, Paris, Puf, coll. « Sociologie d'aujourd'hui ».
- FOUCAULT M., 1976. *Histoire de la sexualité, tome I. La volonté de savoir*, Paris, Éditions Gallimard, coll. « La bibliothèque des histoires ».
- GIDDENS A., 1991. *Modernity and self-identity*, Stanford, Stanford University Press.
- GOTTRAUX M., 1982. « La construction sociale du champ de la prévention », *Sciences sociales et santé*, 1 (1), p. 15-37.
- GRAHAM H., 1994. *When life's a drag. Women, smoking and disadvantage*, London, Her Majesty's Stationery Office.
- GREENHALGH T., WESSELY S., 2004. « "Health for me": a sociocultural analysis of healthism in the middle classes », *British Medical Bulletin*, 69, p. 197-213.
- HALBWACHS M., 1913. *La classe ouvrière et les niveaux de vie. Recherches sur la hiérarchie des besoins dans les sociétés industrielles contemporaines*, Paris, Félix Alcan.
- HARTOG F., 2013. *Croire en l'Histoire*, Paris, Flammarion.
- HOGGART R., [1957] 1970. *La culture du pauvre*, Paris, Éditions de Minuit.
- LECOMTE T., 1999. « Chiffres de l'automédication en France et à l'étranger » in QUENEAU P. (dir.), *Automédication, autoprescription, autoconsommation* (2^e colloque de l'Apnet), Paris, John Libbey, p. 49-56.

- LEWIS O., 1969. *On understanding poverty : perspectives from the social sciences*, New-York, Basic Books.
- LUPTON D., 1995. *The imperative of health : public health and the regulated body*, Londres, Sage.
- MASSÉ R., 2003. *Éthique et santé publique. Enjeux, valeurs et normativité*, Laval, Saint-Nicolas (Québec), Les presses de l'Université.
- MERTON R. K., [1949] 1965. *Éléments de théorie et de méthode sociologique*, Paris, Plon.
- PAMPEL F. C., 2003. « Age and education patterns of smoking among women in high-income nations », *Social Science & Medicine*, 57 (8), p. 1505-1514.
- PAUGAM S., [1991] 2011. *La disqualification sociale*, Paris, Puf/Quadrige, coll. « Essais/Débats ».
- PERETTI-WATEL P., 2013. « La prévention primaire contribue-t-elle à accroître les inégalités sociales de santé ? », *Revue d'Épidémiologie et de Santé publique*, 61 S3, p. 158-162.
- PERETTI-WATEL P., L'HARIDON O., SEROR V., 2013. « Time preferences, socioeconomic status and smokers' behaviours, attitudes and risk awareness », *European Journal of Public Health*, 23 (5), p. 783-788.
- PERETTI-WATEL P., 2012. *La cigarette du pauvre. Enquête auprès des fumeurs en situation précaire*, Rennes, Presses de l'EHESP, coll. « Recherche, Santé, Social ».
- PERETTI-WATEL P., MOATTI J. P., 2009. *Le principe de prévention. Le culte de la santé et ses dérives*, Paris, Coéditions Seuil - La république des idées.
- PERETTI-WATEL P., CONSTANCE J., SEROR V., BECK F., 2009. « Cigarettes and social differentiation in France : is tobacco use increasingly concentrated among the Poor ? », *Addiction*, 104 (10), p. 1718-1728.
- PINELL P., 1992. *Naissance d'un fléau. Histoire de la lutte contre le cancer en France (1890-1940)*, Paris, Métailié.
- PROCHASKA J. O., DICLEMENTE C. C., 1982. « Transtheoretical therapy : Toward a more integrative model of change », *Psychotherapy : Theory, Research, and Practice*, 3 (19), p. 276-287.
- QUIRION B., BELLEROSE C., 2007. « Discours néolibéral d'émancipation dans le champ de l'usage des drogues : réduction des méfaits et empowerment », *Sociologie et sociétés*, 39 (1), p. 29-50.
- RÉGNIER F., MASULLO A., 2009. « Obésité, goûts et consommation. Intégration des normes d'alimentation et appartenance sociale », *Revue française de sociologie*, 50 (4), p. 747-773.
- SASS C., MOULIN J. J., GUÉGUEN R., ABRIC L., DAUPHINOT V. *et al.*, 2006. « Le score Epices : un score individuel de précarité. Construction du score et mesure des relations avec des données de santé, dans une population de 197 389 personnes », *BEH*, n° 14, p. 93-96.
- SCHNAPPER D., 1981. *L'épreuve du chômage*, Paris, Gallimard, coll. « Idées ».
- SIMMEL G., [1907] 1998. *Les pauvres*, Paris, Puf, coll. « Quadrige ».
- THOËR C., PIERRET J., LÉVY J. J., 2008. « Quelques réflexions sur des pratiques d'utilisation des médicaments hors cadre médical », *Drogues, santé et société*, 7 (1), p. 19-54.
- VRANCKEN D., MACQUET C., 2006. *Le travail sur soi. Vers une psychologisation de la société ?*, Paris, Éditions Belin, coll. « Perspectives sociologiques ».

RÉSUMÉS

Pétrie d'injonctions à s'approprier le temps selon ses propres canons, la prévention semble ne prêter que peu d'attention à la pluralité des temps sociaux, ainsi qu'à leurs contextes de production et d'énonciation. Dans la mesure où les inégalités sociales de santé résident en partie dans la capacité de l'individu à mettre en pratique les normes préventives, et donc à agir aujourd'hui pour sa santé de demain, et où la pauvreté contribue à entraver la projection dans un à venir, nous avons souhaité analyser les positionnements de personnes se trouvant dans différentes situations de précarité face aux discours préventifs et à l'entreprise de leurs propres projets de santé, tout en plaçant la « question » des rapports au temps au cœur de nos travaux. Aussi, selon les contextes socio-économiques, les ressources mobilisables, les perspectives d'ascension ou de déclassement social, les normes préventives ne sont pas appropriées et restituées de la même façon. Il ressort de cet article que sous des revendications apparemment communes, impulsées par le désir d'adhérer à la norme, s'inscrivent en réalité des motivations et des pratiques diverses, largement influencées par des régimes de temporalités socialement différenciés.

The result of injunctions to take time on its own terms, prevention seems to pay little attention to the plurality of social times, to their contexts of production and enunciation. As health inequalities partly reside in the ability of individuals to respect preventive norms and thus act today for their future state of health, and as poverty tends to obstruct projecting oneself into the future, we wished to analyze the positions of people in various precarious situations confronted by prevention discourse and the implementation of their own health projects, while placing the "issue" of temporalities at the heart of our research. Depending on different socioeconomic contexts, available resources, anticipating social ascent or drop in status, preventive standards will not be appropriate and experienced the same way. This article makes it clear that under cover of apparently common demands, driven by the desire to adhere to the norm, diverse motivations and practices in reality obtain, largely influenced by socially differentiated regimes of temporality.

Atiborrada de mandatos que imponen a las personas asirse del tiempo según sus propios cánones, la prevención no parece prestar mayor atención a la pluralidad de los tiempos sociales, ni a sus contextos de producción y de enunciación. Sabemos que las desigualdades sociales en salud residen parcialmente en la capacidad del individuo para poner en práctica las normas preventivas, y por ende para actuar hoy en pos de su salud futura. Sabemos también que la pobreza contribuye a frenar la proyección hacia futuro. Desde esta óptica, analizamos los posicionamientos frente a los discursos preventivos y al manejo de sus propios proyectos en personas que viven diferentes situaciones de precariedad de salud. Asimismo, situamos la "cuestión" de las relaciones temporales en el centro de la investigación. Según los contextos socio-económicos, los recursos movilizables, las perspectivas de ascensión o de desclasamiento social, las normas preventivas no son apropiadas y restituidas del mismo modo. Resulta entonces que, detrás de reivindicaciones aparentemente comunes, impulsadas por el deseo de adherir a la norma, se inscriben en realidad motivaciones y prácticas diversas, profundamente influenciadas por regímenes temporales socialmente diferenciados.

INDEX

Mots-clés : santé, normes, prévention, temporalités, présent, autonomie, précarité, tabagisme

Palabras claves : salud, normas, prevención, temporalidades, presente, autonomía, precariedad, tabaquismo

Keywords : Health, Norm, Temporalities, Autonomy, Job Insecurity, Cigarette Addiction

AUTEURS

CLÉMENT TARANTINI

UMR 912 SESSTIM (INSERM - IRD - Université d'Aix-Marseille/AMU)

23 rue Stanislas Torrents 13006, Marseille

clement.tarantini@inserm.fr

CHANTAL VERGELYS

UMR 912 SESSTIM (INSERM - IRD - Université d'Aix-Marseille/AMU)

23 rue Stanislas Torrents 13006, Marseille

Chantal.Vergelys@laposte.net

PATRICK PERETTI-WATEL

UMR 912 SESSTIM (INSERM - IRD - Université d'Aix-Marseille/AMU)

23 rue Stanislas Torrents 13006, Marseille

et Observatoire Régional de la Santé PACA

patrick.peretti-watel@inserm.fr