Document généré le 12 juil. 2025 02:28

Lien social et Politiques

Du RMI à l'AAH : une vie « a minima » ? Négociations et effets du glissement des plus démunis des catégories de l'insertion aux catégories du handicap

From the RMI to the AAH. Life with the Minimum? Negotiations about and Effects of Sliding the Poorest of the Poor from the Category of "Employable" to that of Disabled

Del RMI a la AAH (*Allocation pour adulte handicapé :* Prestación para adulte minusválido) : toda una vida "a minima" ? Negociaciones y deslizamiento de los más des provistos de las categorías de la inserción a las categorías del handicap

Bénédicte Herrgott

Numéro 42, automne 1999

Vivre avec le minimum : quelle architecture pour la protection sociale ?

URI : https://id.erudit.org/iderudit/005125ar
DOI : https://doi.org/10.7202/005125ar

Aller au sommaire du numéro

Éditeur(s)

Lien social et Politiques

ISSN

1204-3206 (imprimé)
1703-9665 (numérique)

Découvrir la revue

Citer cet article

Herrgott, B. (1999). Du RMI à l'AAH : une vie « a minima » ? Négociations et effets du glissement des plus démunis des catégories de l'insertion aux catégories du handicap. *Lien social et Politiques*, (42), 143–154. https://doi.org/10.7202/005125ar

Résumé de l'article

Un glissement statutaire peut se produire parmi les bénéficiaires de minima sociaux : un passage de l'insertion au handicap ou un renforcement du statut de handicapé. Si des professionnels du travail social souhaitent le passage à l'AAH, c'est que les actions d'insertion échouent parfois et que de nombreux bénéficiaires sont à la frontière du RMI et de l'AAH. Le passage au statut de handicapé est l'objet de négociations et d'argumentations déployées par les professionnels et les plus démunis. L'enjeu étant de peser sur les formes de l'identité sociale des plus démunis, l'issue semble osciller entre un mieux-être et une stigmatisation renforcée.

© Lien social et Politiques, 1999

Ce document est protégé par la loi sur le droit d'auteur. L'utilisation des services d'Érudit (y compris la reproduction) est assujettie à sa politique d'utilisation que vous pouvez consulter en ligne.

https://apropos.erudit.org/fr/usagers/politique-dutilisation/

Cet article est diffusé et préservé par Érudit.

Érudit est un consortium interuniversitaire sans but lucratif composé de l'Université de Montréal, l'Université Laval et l'Université du Québec à Montréal. Il a pour mission la promotion et la valorisation de la recherche.

https://www.erudit.org/fr/

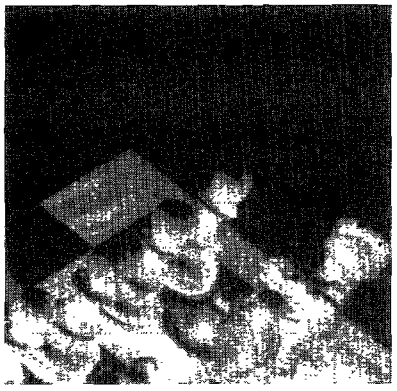
Du RMI à l'AAH : une vie « a minima » ? Négociations et effets du glissement des plus démunis des catégories de l'insertion aux catégories du handicap

Bénédicte Herrgott

Sous l'appellation générique de « bénéficiaires de minima sociaux », l'on trouve des individus très différents les uns des autres et moins « stables » qu'il n'y paraît au premier abord. Ce constat est manifeste si l'on observe en particulier les mouvements entre bénéficiaires du Revenu minimum d'insertion (RMI) et de l'Allocation pour adulte handicapé (AAH)[1]. Deux types de glissements peuvent se produire : un passage du RMI à l'AAH et un glissement des bénéficiaires de l'AAH vers une catégorie renforcée du handicap. Ils donnent à voir le passage d'un traitement social des caractéristiques des plus démunis (par la voie des dispositifs d'insertion) à un traitement médico-social (associant les professionnels de la santé) ou, dit autrement, l'un des aspects de la « médicalisation du social » (Blais, 1998).

À quelles fins des bénéficiaires du RMI deviennent-ils bénéficiaires de l'AAH ? Le souhaitent-ils ? Peuvent-ils s'y opposer ? Dans quelles conditions et sous quelles formes peuvent-ils alors négocier le passage à cet autre revenu et, par conséquent, à une autre catégorie de bénéficiaires ? Pourquoi des bénéficiaires de l'AAH en viennent-ils à demander une revalorisation de leur allocation au prix d'un renforcement de leur statut de handicapé ? Quels résultats, enfin, en termes de mieux-être social et de présentation de soi se dégagent de ces tentatives de négociation ? Telles sont les questions auxquelles cet article tente de répondre.

Lien social et Politiques – RIAC, 42
Automne 1999



Des distinctions sont officiellement établies entre un revenu minimum traditionnel telle l'AAH, et le RMI. L'AAH est attribuée à des personnes dont le rapport à l'emploi, évalué par une Commission technique d'orientation et de reclassement professionnel (COTOREP), est distendu de façon temporaire ou définitive, tandis que le RMI vise toute personne, valide ou non, pouvant travailler à court ou moyen terme, après des actions de formation et de « redynamisation »[2]. Pourtant, le passage du RMI à l'AAH est possible pour plusieurs raisons, concomitantes : un bénéficiaire du RMI, devenu invalide, peut obtenir la reconnaissance de son handicap ; la loi sur le RMI autorise les sorties de ce dispositif pour accéder à une allocation plus adaptée et durable (comme le sont l'AAH ou le minimum vieillesse) (Vanlerenberghe, 1992) ; le glissement du RMI à l'AAH est facilité par la porosité des frontières entre les minima sociaux. Dès lors, face aux tentatives d'insertion n'aboutissant pas pour la majorité des bénéficiaires du RMI (qui restent chômeurs ou inactifs) et face aux difficultés d'intégration de certains bénéficiaires de l'AAH (qui n'accèdent pas, pour diverses raisons, à une « autonomie »), les professionnels du travail social tendent à soutenir le traitement médical des problèmes sociaux. L'accès à l'AAH a d'ailleurs l'avantage d'être solidifié juridiquement et de représenter un statut plus clair que celui de l'insertion « perpétuelle » (Castel, 1995 : 432).

Le fonctionnement de l'État-providence produit, on le sait, des identités sociales, dans la mesure où, en « définissant administrativement des catégories nouvelles, susceptibles de bénéficier des transferts sociaux, il contribue à élaborer des statuts nouveaux et des identités » (Schnapper, 1989 : 4). Dans ce cadre général, le passage du RMI à l'AAH et, au sein de la catégorie du handicap, le passage à un taux plus élevé de handicap ne font pas qu'entériner un changement de situation administrative des bénéficiaires mais suscitent aussi des recompositions identitaires qui ouvrent la possibilité de négocier la catégorisation mise en œuvre. Certes, ces glissements « statutaires » sont consacrés par des règles juridiques, limitant ainsi la capacité des acteurs à négocier une identité assignée et garantie par l'État (Bourdieu, 1986). Pour autant, les conditions d'application d'une règle juridique ne sont jamais complètement définies, et du fait des incertitudes et des flous qui demeurent dans les règles, « leur application demande toujours de recourir au jugement pour décider de leur pertinence dans une situation donnée » (Eymard-Duvernay et Marchal, 1994 : 7). Même les plus démunis tentent alors de peser sur les formes des catégories officielles dans lesquelles ils ont à se placer (Paugam, 1991 ; Snow et Anderson, 1987). Ainsi, le glissement d'une allocation à une autre leur donne parfois l'occasion de réagir aux appellations officielles par lesquelles ils sont désignés. D'un côté, les bénéficiaires du RMI peuvent résister au glissement vers une catégorie du handicap, surtout s'ils ne peuvent pas évaluer les gains du changement de catégorie par rapport à la perte du RMI et à la perte du statut de travailleur potentiel qu'il implique. D'un autre côté, les bénéficiaires du RMI ou de l'AAH peuvent vivement souhaiter passer à une catégorie renforcée de l'invalidité lorsqu'ils appuient sur elle la perspective de modifier leur quotidien et qu'ils y fondent l'espoir de « s'en sortir ». Cependant, le passage vers une catégorie du handicap suscite des interrogations quant à l'identité sociale que le bénéficiaire aura à intérioriser. Considérant que l'identité se construit dans l'interaction, nous prenons ces moments comme des occasions pour les bénéficiaires de tenter de peser sur les formes de la catégorie offerte et de préciser leur propre identité sociale.

Pour ce faire, trois approches théoriques sont mobilisées. En référence à la sociologie compréhensive, il est d'abord possible de tenir compte des points de vue des bénéficiaires sur leur statut et ses insuffisances[3]. Deux cas typiques du passage du traitement social au traitement médico-social de la situation des bénéficiaires de minima sont ici présentés : celui de Pauline E., bénéficiaire du RMI devenant bénéficiaire de l'AAH, est l'occasion de montrer les résistances puis le ralliement d'un chômeur de longue durée au statut de malade[4] ; celui de François M., bénéficiaire de l'AAH qui se voit

refuser une réévaluation de son handicap, montre que les catégories du handicap et de l'insertion sont étroitement imbriquées et attachées à une vision « morale » du statut de handicapé[5]. Par ailleurs, il faut mettre l'accent sur les compétences et les arguments des professionnels et des bénéficiaires pour « redéfinir les critères formels et les catégories pré-constituées qui définissaient à l'avance ce [que le bénéficiaire] devait faire et ce qu'il était supposé être » (Weller, 1994 : 29). Il faut alors tenir compte des types d'accord établis sur les formes de classement des bénéficiaires[6]. Mais nous cherchons aussi à tenir compte des inégalités de ressources sociales et culturelles parmi les bénéficiaires du RMI et de l'AAH, qui, étant plus ou moins isolés, ressentant des difficultés à exprimer leurs revendications face aux professionnels, ne peuvent pas tous, de façon égale, négocier et revendiquer une identité sociale acceptable.

Nos données provenant ici d'observations directes et de discussions informelles auprès de deux bénéficiaires et de professionnels du travail social (des formateurs, une assistante sociale et un médecin), elles donnent à voir, de façon non exhaustive toutefois, le fonctionnement d'un fait social singulier, le passage des plus démunis vers une catégorie du handicap. Notre analyse repose, dans un premier temps, sur les raisonnements opposés par les professionnels aux bénéficiaires au cours de leurs tentatives de négociation du passage à une catégorie du handicap ; elle s'attache ensuite à retracer les interrogations et les arguments produits par Pauline E. et François M. et sa famille lors d'un éventuel changement de revenu ; enfin, elle décrit les bénéfices attendus et effectifs de ce changement statutaire.

Explications et résistances des professionnels du travail social et de la santé au passage des plus démunis vers l'AAH

Le classement administratif opéré dans le cadre de l'attribution de minima sociaux consiste à inclure, d'après des conditions de ressources, les plus démunis dans les différentes catégories de population concernées par un même risque, tel que les risques liés à l'âge, à la santé ou à la situation familiale. Avec la mise en place du RMI en 1988, la nécessité de l'insertion (professionnelle et sociale) s'impose progressivement aux côtés de l'attribution presque universelle d'un revenu minimum. Parler d'insertion revient alors à renouveler l'approche catégorielle de la pauvreté. Un ensemble d'outils doit permettre à toute personne démunie, qu'elle soit apte au travail ou non, « d'obtenir de la collectivité des moyens convenables d'existence ». Dans ce cadre, les professionnels du travail social, lorsqu'ils sont confrontés à l'impossibilité de faire aboutir des actions d'insertion, tendent à soutenir le recours à la COTOREP et la constitution d'un dossier pour qu'un bénéficiaire du RMI obtienne l'AAH ou, même avec des réticences, pour qu'un bénéficiaire de l'AAH obtienne la reconnaissance de l'aggravation de son handicap. L'argumentation s'articule le plus souvent autour de l'état de « santé mentale » du bénéficiaire, justifiant la reconnaissance d'un handicap.

Si des professionnels du travail social souhaitent pour un bénéficiaire du RMI le passage à l'AAH, malgré les avis défavorables d'un médecin, c'est que de nombreux bénéficiaires semblent, en effet, être à la frontière du RMI et de l'AAH (Roussel et Velche, 1998). Surtout, la frontière médicale (ou l'existence d'un problème de santé comme ligne de fracture entre le RMI et l'AAH) ne tient pas toujours. Ainsi, parmi les bénéficiaires du RMI, nombreux sont ceux qui connaissent des problèmes de santé durables, de même que, parmi les bénéficiaires de l'AAH, nombreux sont ceux qui pourraient travailler (l'aptitude professionnelle étant reconnue par les médecins) mais qui ne peuvent accéder à un emploi (leur « employabilité » est faible au regard de l'écart entre leurs caractéristiques individuelles — dépression, alcoolisme ou même vieillesse — et les critères d'embauche des employeurs). La frontière entre le RMI et l'AAH est, par conséquent, poreuse : ainsi, l'AAH peut faire partie d'un programme d'insertion, en constituant un programme de soins pour le bénéficiaire du RMI ; de même, un service social peut demander le RMI pour un bénéficiaire de l'AAH afin de « dynamiser » la personne et de lui ouvrir des perspectives en termes de relations sociales.

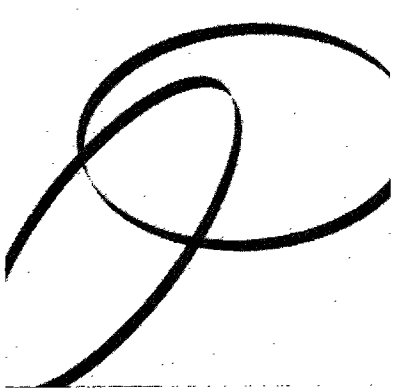
Le cas de Pauline E. illustre bien la porosité des frontières du RMI et de l'AAH, fréquente dans la situation des bénéficiaires femmes du RMI. Pauline, 39 ans, travaille sous Contrat emploi solidarité (CES) comme agent d'entretien. Bénéficiaire du RMI, son contrat d'insertion porte sur les soins médicaux (elle est suivie par un psychiatre suite à de multiples tentatives de suicide). À la fin de son contrat, Pauline touche 2100 francs des ASSEDIC et le complément du RMI. Une formatrice (membre d'une association née de l'éducation populaire) la guide dans le cadre d'un accompagnement individualisé et lui propose, un jour, une « reconnaissance COTOREP ». Cette proposition fait suite aux doutes de plusieurs formateurs qu'elle puisse un jour travailler dans un emploi « direct ». Une formatrice nous explique d'ailleurs que Pauline est considérée comme « quelqu'un d'angoissé et de fragile ». Un bénévole d'un atelier d'alphabétisation,

qui a bien connu Pauline, explique aussi que : « Pauline est caractérielle. Elle a fait une tentative de suicide cet été. Je ne savais pas, moi. Ça surprend, vous savez ! ».

L'explication de son attitude est décelée dans son histoire. Ainsi, une formatrice souligne que Pauline a eu « une enfance malheureuse » et, suite au suicide de sa mère, a été placée très jeune avec l'un de ses frères dans une famille d'accueil qui l'obligeait à travailler. Elle dit encore de cette famille : « ils l'ont construite et détruite », elle est une nouvelle « Cosette », dépressive. Son comportement est, par ailleurs, interprété relativement à son présent. Pauline ne semble « pas motivée ». Les formateurs disent avoir eu des difficultés à lui faire accepter un travail (il a fallu « deux ou trois ans ») puis, lorsqu'elle a obtenu un CES, elle s'est inquiétée de ne pas pouvoir y arriver. De plus, le suivi psychiatrique dont elle fait l'objet leur semble néfaste, une formatrice estimant que « Pauline n'a pas de projet, elle reste enfermée dans son passé, le psy ne l'aide pas ». Elle estime aussi que son CES « s'est terminé au mauvais moment » (début mai), alors que les activités de son quartier vont, elles aussi, bientôt prendre fin. Les formateurs estiment pourtant que Pauline a tout intérêt à intégrer des activités sociales (telle sa participation à un atelier d'écriture, à de la peinture sur soie et, éventuellement, à d'autres activités de la maison de quartier) pour rompre sa solitude. Pauline rencontre peu de personnes, mange peu et dort beaucoup sous somnifère (il lui arrive selon une formatrice d'être « debout à 6 heures du matin, puis elle dort de 10 heures à midi, puis de 16 heures à 18 heures, et elle prend des médicaments pour la nuit »). Cet emploi du temps n'est pas considéré comme la preuve d'une motivation à s'insérer aux rythmes sociaux fondamentaux. L'on peut remarquer les deux termes principaux de l'argumentation des professionnels du travail social : la santé fragile de Pauline et ses tentatives de suicide exhibées publiquement constituent un obstacle à une insertion professionnelle réelle (la priorité accordée aux soins dans son contrat d'insertion le prouve en partie) ; de plus, l'absence de motivation à travailler et à participer à une sociabilité « normale » devient un signe, non médical mais social, justifiant le glissement vers la catégorie du handicap « social ».

Cependant, une difficulté subsiste pour les formatrices qui ont à trancher le débat entre le maintien au RMI et le passage à l'AAH. Cette difficulté provient des silences de Pauline. Dans le cadre des nouvelles formes de l'intervention sociale qui valorisent les « projets » des plus démunis, les professionnels du travail social s'appuient sur les prises de parole des bénéficiaires et sur leur capacité à être des « singularités actives » (Dodier, 1993)[7]. Or, selon l'une des formatrices, Pauline « choisit à qui elle veut parler. Elle ne dit pas tout à tout le monde. Après, on ne sait plus ce qu'elle a dit, tout se mélange ». L'accord de Pauline étant nécessaire pour passer à un traitement médical de ses « difficultés d'être », l'un des arguments utilisés par la formatrice accompagnatrice est que Pauline, grâce à un statut de travailleur handicapé, pourrait « faire ce qu'elle aime » (propos restitués par Pauline). Un ultime argument est que « cela vaut mieux » pour le bénéficiaire lui-même. Ce propos vague et global clôt, en quelque sorte, le débat et la négociation, les professionnels, eux-mêmes convaincus de la démarche entreprise, parvenant à persuader les plus démunis de la « nécessité » d'un glissement vers la catégorie du handicap. Ici, le glissement de Pauline vers cette catégorie s'est opéré, progressivement, sur les critères de mal-être et d'absence de motivation à travailler. Le fait que Pauline soit déjà dans un processus de soins psychiques, lorsqu'elle était au RMI, a permis un rapprochement entre ses difficultés d'insertion professionnelle et ses difficultés personnelles. Dès lors, un chevauchement est permis entre la catégorie de la pauvreté et celle du handicap, que le flou de la définition du handicap a rendu possible.

Le second cas concerne un renforcement du statut de handicapé, ici demandé par la famille d'un bénéficiaire de l'AAH pour lui assurer un niveau de ressources lui permettant d'accéder à une mutuelle. Les arguments des professionnels tendent à résister à ce glissement. François M., 56 ans, perçoit une AAH de 3300 francs (une Aide personnalisée au logement est versée à son logeur, pour une chambre dans un ancien hôtel social). Bénéficiaire de l'assurance-maladie et de l'aide médicale (hormis pour le paiement du forfait hospitalier), il n'a pas d'assurance complémentaire. Suite à des hospitalisations successives liées à une alcoolisation excessive et à une faible alimentation, il a une dette de plus de 10 000 francs auprès du Trésor public, pour n'avoir pas payé le forfait hospitalier et n'avoir pas répondu aux commandements



de paiement. Il ne demande pas un changement d'allocation. Mais sa famille souhaite qu'il bénéficie de 500 francs supplémentaires (par la voie de la prestation autonomie) afin de payer une mutuelle. Après une vérification auprès de la Caisse d'allocation familiale, il apparaît que François M., considéré handicapé à 60 pour cent, ne peut y prétendre. Il faudrait qu'il obtienne une reconnaissance d'un taux d'invalidité de 80 pour cent par la COTOREP. Une saisie sur l'AAH est envisagée par un huissier, avec une possibilité d'échelonnement du remboursement. C'est à cette époque que l'assistante sociale de l'hôpital nous reçoit, la sœur de François M. et moi-même: elle indique deux arguments allant à l'encontre d'une revalorisation de l'AAH et, par conséquent, d'un renforcement du statut de handicapé, tout en finissant par accepter l'idée de cette évolution.

L'assistante sociale explique, tout d'abord, que la détention de l'AAH doit, logiquement, déjà permettre le paiement du forfait hospitalier ainsi que le paiement d'une mutuelle. Arguant du fait que le statut de handicapé comprend les éventuelles hospitalisations, elle estime que « le forfait hospitalier est compris dans l'AAH et normalement l'AAH couvre le forfait en cas d'hospitalisation ». Elle ajoute, ensuite, comme pour clore le débat sur la revalorisation de l'AAH, que 500 francs supplémentaires, « de toute façon, ce n'est pas grand-chose ». Son évaluation des coûts et des gains du glissement vers la prestation autonomie conduit alors l'assistante sociale à en majorer les désavantages: même si elle admet volontiers qu'« avec une AAH, on ne roule pas sur l'or », elle estime que 500 francs supplémentaires ne pourraient prévenir les causes des dettes, liées aux hospitalisations de François M. Mais, plus tard, elle accepte, enfin, de prendre en compte la demande de revalorisation. En fait, il semble qu'un quiproquo est à l'origine de ses résistances: d'une voix déterminée, en effet, elle décrète tout-à-coup: « De toute façon, il faudrait savoir quel est son taux d'invalidité ! Il est à 80 pour cent ! ». Or, le taux réel est de 60 pour cent, ce que l'assistante sociale a « du mal à croire », elle en veut « des preuves ». Elle reconnaît cependant que si tel est le cas, elle « veut bien » faire les démarches pour que son taux de handicap soit réévalué. Ainsi, l'on comprend que le renforcement du statut de handicapé n'a de sens que lorsque l'assistante sociale juge que le statut officiel de François M., le taux de handicap à 60 pour cent, est inadapté et ne correspond pas à la réalité: selon elle, la répétition des hospitalisations constitue la preuve de l'aggravation du handicap.

Le passage au taux d'invalidité de 80 pour cent n'est pourtant pas réalisé: l'assistante sociale estime, en janvier, que François M. est « un petit peu amer », « défaitiste », « très isolé », et, dit-elle, « nous avons tous l'impression, le service, le médical, la convalescence et moi-même, on a fait un peu le point, et on a tous l'impression qu'il se plaît bien là [à l'hôpital]. Donc, à son âge et comme il bénéficie de l'AAH, je lui ai demandé: "Que diriez-vous de prévoir d'aller en maison de retraite ?". Il ne m'a pas répondu vraiment. Mais avec l'AAH, on peut obtenir une dérogation de l'aide sociale [...] il a l'air de se trouver bien dans une collectivité [...] Mais le meilleur moyen de l'aider, c'est de le faire prendre en charge par d'autres ». L'incertitude demeure quant aux solutions à adopter: entre la catégorie du handicap et la catégorie de la vieillesse, entre le traitement social et le traitement médico-social, la question de la faiblesse des ressources couplée à celle de l'alcoolisation demeure irrésolue. En septembre, suite à une autre hospitalisation, un autre professionnel (un médecin) intervient et met en doute l'efficacité d'un renforcement du statut de handicapé. Il estime, d'une part, que le passage du taux de 60 à 80 pour cent n'est pas garanti: des critères plus solides de la dégradation de la santé de François M. doivent être avérés (selon lui, après une hospitalisation, François M. se porte mieux et ne répond donc plus au modèle du handicap à 80 pour cent). Il ajoute, d'autre part, un argument moins médical pour justifier le refus de la revalorisation de l'AAH: l'attribution de la prestation autonomie pourrait, selon lui, conduire François M. à dépenser encore plus d'argent dans la boisson. Cet argument repose sur une ambiguïté issue de la définition officielle extensive du handicap: l'Organisation mondiale de la santé (dont la classification est reconnue par les pouvoirs publics français) considère comme « handicap » non seulement les troubles physiques et fonctionnels, mais aussi les troubles d'attitude sociale (Marissal et al., 1998).

Les difficultés que rencontre la famille de François M. pour parvenir à revaloriser l'AAH illustrent une sorte de « double bind » (ou double contrainte) que le passage à la catégorie du handicap induit. D'une part, l'attribution de 500 francs supplémentaires conduirait à un

accroissement de la sécurité financière et à la possibilité d'éviter l'endettement par le paiement d'une mutuelle, mais en imposant la reconnaissance d'un handicap supérieur, à hauteur de 80 pour cent. D'autre part, l'attribution de la prestation autonomie conduirait, selon le médecin, à une dégradation de la santé par des dépenses supplémentaires dans l'alcool, c'est-à-dire à la consolidation d'un statut de « pauvre invalide ». Dès lors, ce qui se joue entre les professionnels est la mise en doute de la moralité du bénéficiaire et de sa capacité à réduire, de lui-même, les causes de ses maux. L'invalidité ne peut être reconnue par les professionnels du travail social et de la santé qu'après les efforts du bénéficiaire pour montrer des signes de mieux-être social. Dans le cas de François M., la question de la revalorisation de l'AAH n'est plus posée pendant plusieurs mois, temps pendant lequel il est interné dans un centre hospitalier spécialisé. La ligne de partage entre les « bons » et les « mauvais » pauvres est ainsi réactivée, une fois encore sur la base de critères moraux et psychologiques : si le bénéficiaire s'engage à ne plus boire, alors une revalorisation de son allocation et une amélioration de ses conditions de vie seront examinées ou, dit autrement, « fais acte d'allégeance et tu seras secouru » (Castel, 1995 : 472).

Au fil des argumentations des professionnels, nous constatons surtout que la parole du bénéficiaire est convoquée pour imaginer une solution. Les frontières entre le RMI et l'AAH sont sans doute déplacées par les professionnels du travail social et les agents administratifs en fonction des pratiques départementales des différentes COTOREP et du contexte de l'emploi, mais aussi en fonction de l'appréciation collective de ce que sont le handicap et la pauvreté (Roussel et Velche, 1998). Mais cette appréciation requiert aussi la participation des bénéficiaires. L'assistante sociale insiste dès le départ sur ce point : « Mais que veut Monsieur M. ? Parce que c'est de cela qu'on va partir, de ce qu'il veut pour lui, de ce qu'il se sent capable de faire ». Pour un résultat toutefois inverse de celui qui émerge dans le cas de Pauline (François M. ne voit pas son statut de handicapé revalorisé), les procédés sont similaires : les bénéficiaires du RMI et de l'AAH sont appelés à être partie prenante de leur catégorisation. Dès lors, il faut accorder une grande importance à leur argumentation, même lorsque celle-ci demeure officieuse et confidentielle[8].

Revendications des bénéficiaires et tentatives de négociation du passage à l'AAH

Pour quelles raisons les plus démunis souhaitent-ils ou refusent-ils l'obtention ou la revalorisation de l'AAH, c'est-à-dire le glissement vers la catégorie du handicap ? Comment manifestent-ils leur souhait ou leur opposition ? Peuvent-ils négocier, et dans quelles conditions, le passage du RMI à l'AAH ou le passage vers une AAH renforcée ? Comment vivent-ils l'attente non seulement d'un nouveau revenu, mais aussi d'un nouveau statut social, attaché à l'allocation perçue ? Avant de répondre à ces questions à partir des points de vue des bénéficiaires, il faut rappeler l'enjeu identitaire que constitue le passage à un revenu minimum attaché aux catégories du handicap. Vivre avec un revenu minimum implique de petites dépenses quotidiennes en matière de logement, de nourriture, d'habillement ou de santé (le montant maximal de ressources garanti des huit minima existants est inférieur à 4000 francs par mois). La détention du RMI et de l'AAH constitue de ce point de vue un marquage identitaire essentiel. L'on peut considérer, en effet, avec Max Weber, que les marqueurs de l'identité sociale sont les trois sources, relativement autonomes, de la stratification sociale : le revenu des individus, le statut (ou le prestige social, qui influe sur le mode de vie) et la place des individus dans l'ordre politique (Weber, 1971). Dans le cas des bénéficiaires du RMI et de l'AAH, deux des critères de présentation de soi (le revenu et la position sociale) sont socialement peu valorisés. Ce qui les caractérise en effet est, au moins en partie, la faiblesse économique de leur revenu ainsi que le peu de prestige social attribué à leur position sociale, éloignée des « statuts issus de l'emploi » (Schnapper, 1989). Dans ce contexte, le passage du RMI à l'AAH et la revalorisation de l'AAH conduisent les bénéficiaires à s'interroger sur leurs nouveaux droits et sur les tensions induites par leur nouvelle présentation de soi. Ce sont ces formes d'incertitudes que nous souhaitons interroger, dans la mesure où elles ouvrent des situations de négociation identitaire ou, tout au moins, une occasion de préciser l'identité sociale du bénéficiaire.

Dans le premier cas, le bénéficiaire cherche à s'opposer au glissement vers l'AAH et tente de développer une argumentation sur

le thème de la normalité. Les incertitudes de Pauline E., lorsque la formatrice lui propose de passer du RMI à l'AAH, portent sur les avantages et les inconvénients d'un tel changement et sur l'identité sociale qu'elle va endosser en entrant dans la catégorie du handicap. Dans le temps de latence entre les deux statuts (de l'insertion au handicap), elle s'ouvre à moi de ses doutes sur la nécessité du passage à l'AAH. Les incertitudes et le scepticisme de Pauline à propos de son propre passage du RMI vers l'AAH sont formulés en plusieurs étapes : de sa méconnaissance du statut de handicapé à sa satisfaction d'y être rattachée, Pauline circule entre le doute, la résistance et le ralliement à la proposition de la formatrice.

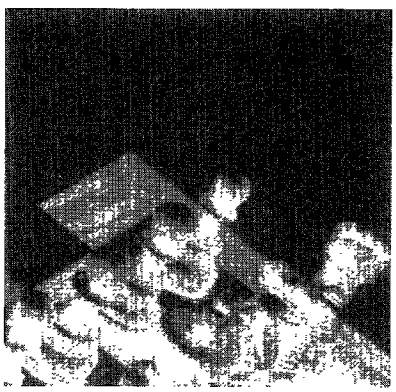
Tout d'abord, Pauline méconnaît le statut de handicapé : c'est dire qu'elle ne se définit pas ainsi et qu'elle n'envisage pas son avenir de cette façon, même si elle n'hésite pas, de temps en temps, à parler de ses ennuis de santé. Toutefois, lorsqu'elle a des problèmes d'élocution ou de mémoire, elle accuse les médicaments donnés par son psychiatre et nullement sa propre santé. Elle explique ainsi que ses problèmes sont un effet du traitement médical : « C'est sans doute à cause des médicaments ». Or, elle souffre de cette présentation d'elle-même sous la figure du malade en soulignant : « C'est gênant, je passe pour une idiote ». Dans ce contexte, quand la formatrice lui propose, en janvier, de réfléchir à une demande d'AAH, elle ne semble pas en saisir tout le sens, d'autant moins qu'elle relie cette proposition à la fin de son contrat de travail (en contrat emploi solidarité) et à la possibilité de travailler ailleurs. En effet, son CES prenant fin au mois de mai, elle sait, dès le mois de janvier, qu'il ne sera pas renouvelé ; par ailleurs, elle ne compte pas le poursuivre (elle affirme ainsi : « Je vais pas le reprendre de toute façon. Je suis jamais restée plus de deux ans au même endroit. Et, là, ça commence à me barber »). En fait, elle dit qu'elle préférerait travailler uniquement le matin. Lorsque je lui demande dans quel domaine elle pourrait le faire, elle répond qu'elle n'en sait rien, mais qu'elle peut s'appuyer sur une proposition de la formatrice : elle sort alors de sa pochette un petit bout de papier où il est inscrit, en majuscules, le mot « COTOREP ». Elle n'en connaît pas le sens.

De cette méconnaissance naît le doute quant à l'efficacité du glissement vers l'AAH. Sans pouvoir préciser sa pensée, elle estime que « la COTOREP, il y a surtout des inconvénients ». Elle tente alors de s'informer et de « s'en remettre » à des « spécialistes », sachant combien elle ne peut prendre de décision ou peser sur la décision de la formatrice sans aide extérieure. Ayant confiance (cela fait deux ans que nous nous rencontrons une à deux fois par semaine), elle se renseigne d'abord auprès de moi : « Qu'est-ce que tu en penses ? ». Ma réponse est très vague : « C'est vrai qu'avec ça, tu peux avoir un emploi prioritaire... Si tu veux, pour travailler le matin, ça sera peut-être plus facile ». La réponse est insuffisante et des doutes de Pauline naît une forme de « résistance » au glissement vers le statut de handicapé.

Son argument principal tient à sa revendication de « normalité ». Elle déclare sans ambages : « Je préfère rester dans un travail... normal ». En mars, elle rencontre son médecin, qui non seulement la conforte dans ses doutes, mais va jusqu'à l'aider à « résister » en lui fournissant des arguments dont elle me fait part. Elle dit d'abord que son médecin « n'est pas d'accord », insistant ainsi sur la discorde dont elle est l'objet. Elle précise ensuite, cependant, qu'il s'agit moins d'un désaccord que du sentiment de l'inefficacité de la démarche : « Enfin, c'est pas qu'il est pas d'accord, mais il dit que ce n'est pas utile, ça ne servirait à rien ». Ses doutes semblent donc confirmés et Pauline paraît résister à la catégorisation du handicap dont elle est l'objet. Cette querelle semble pourtant moins la sienne que celle des professionnels. Si l'expression d'avis contradictoires révèle que la contestation est possible, elle ne permet guère à Pauline de s'imposer. Elle estime, en effet, que la formatrice ne lui donne pas le choix : « Elle prend le dossier, elle fait le dossier et j'ai pas le temps de dire oui ou non ».

Par conséquent, du fait des difficultés à choisir un statut, elle finit par se rallier au point de vue de la formatrice, qui lui fait valoir un avantage majeur à intégrer le statut de handicapé. Pauline opère une sorte de « retournement identitaire » qu'elle restitue ainsi : la reconnaissance COTOREP peut lui permettre « de faire ce [qu'elle] aime ». Elle argumente alors son revirement autour de l'idée qu'elle ne peut pas travailler autant qu'un autre salarié : « Moi, je crois que ce serait utile. Pour trouver un travail qui m'irait. Parce que je peux pas travailler 8 heures. Déjà, 5 heures, c'est dur ». Mais le ralliement au statut de handicapé est conditionné aussi par le fait de recevoir, concrètement, l'allocation spécifique. Or, l'attente de l'AAH doit durer cinq mois à partir du mois de mai, ce qui contribue à produire de nouveaux doutes.

Lorsque je la contacte en janvier de l'année suivante, elle ne touche toujours pas l'AAH. Pendant ce temps de latence, le « ralliement identitaire » s'affaiblit étant donné qu'il n'est pas concrètement conforté par l'attribution effective d'une AAH. Dès lors, Pauline exprime, de nouveau, ses doutes parce qu'elle ne peut « rien



faire » qu'attendre. Elle dit avoir « des crises d'angoisse », elle s'ennuie. Elle va régulièrement à l'hôpital de jour où elle fait de la peinture sur soie. L'année d'après, je la rencontre dans un centre hospitalier spécialisé après une tentative de suicide. Quand je lui demande ce qu'elle « devient », la première réponse de Pauline est enthousiaste : « Je suis à l'AAH ! Je gagne plus cher quand même ! ». L'identification au statut de handicapé n'est sans doute pas totale mais l'acceptation du passage à l'AAH est nette, fondée sur la satisfaction de percevoir plus de ressources financières.

Dans le second cas, l'argumentation du bénéficiaire et de sa famille vise à revaloriser l'AAH, c'est-à-dire à renforcer le statut de handicapé et à améliorer le niveau de vie de celui qui l'endosse. Les interrogations du bénéficiaire, et surtout celles de sa famille, portent sur les limites de l'AAH à la fois sur le plan financier et sur le plan de l'accès au droit d'être secouru et socialement reconnu. Si la famille (au sens restreint, puisqu'il s'agit surtout de la sœur de François) est ici tellement impliquée (finalement, l'on tient autant compte de son point de vue que de celui de François), ce n'est pas un hasard. Lorsque les professionnels du travail social et de la santé comprennent que François M., s'il n'habite plus son département natal et s'il a divorcé, n'est cependant pas seul et sans famille, leur dernier recours (ou leur premier secours) semble être de faire appel à la famille pour connaître la trajectoire socioprofessionnelle de François et pour envisager son relogement. Dans ce contexte, plusieurs niveaux d'argumentation autour de la revalorisation de l'AAH peuvent être distingués : François M. et sa famille n'opposant pas de résistance à la confirmation du statut de handicapé, mais opérant plutôt une « surenchère » à ce propos (Taboada-Léonetti, 1997), la négociation s'articule en fait autour de la réticence des professionnels du travail social et de la santé à accepter la revalorisation de l'AAH. L'argumentation développée semble tenir en deux points, pour tenter de les convaincre : d'une part, le handicap génère des besoins vitaux qu'il faut pouvoir satisfaire financièrement ; d'autre part, le statut de handicapé donne accès à des droits auxquels chacun peut accéder, sans qu'il soit tenu compte *a priori* de sa propension à la boisson.

François M. loge, depuis presque dix ans, dans un ancien hôtel social, après avoir rencontré à l'époque une assistante sociale. Il peut y bénéficier des repas collectifs pour 40 francs par jour. Il paie d'avance son loyer pour plusieurs mois, s'assurant ainsi la sécurité du logement, mais les lieux sont pourtant vétustes et sans entretien malgré une promesse d'embauche d'un agent d'entretien par le propriétaire. Ses achats en matière d'alcool contribuent néanmoins à réduire plus encore son AAH. Démuni sur le plan financier et célibataire depuis plusieurs années, il peut compter sur le soutien de sa sœur, non démunie, pour effectuer certaines démarches administratives. La question pour François M. n'est pas de changer de revenu minimum : il confirme d'ailleurs, à cette époque, avoir reçu un avis de la COTOREP lui signifiant la reconduction de sa prise en charge jusqu'en 2002. C'est dire alors qu'il bénéficie déjà de la reconnaissance officielle de son besoin de l'AAH : elle lui est en effet accordée pour la durée maximale prévue dans les textes (cinq ans). Lui-même n'envisage pas, cependant, de demander une revalorisation de l'AAH. C'est sa sœur (en ma présence) qui la demande, utilisant deux types d'arguments pour légitimer une telle démarche auprès de l'assistante sociale de l'hôpital et obtenir son soutien.

Le premier argument est de court terme et s'appuie sur la notion de « besoin ». François M. a besoin d'une assurance complémentaire pour éviter d'accumuler toujours des dettes auprès du Trésor public. Ce besoin est vital : par crainte de payer le médecin et le pharmacien, François M. ne se déplace pas dans les officines. Par ailleurs, s'il ne conteste pas vraiment l'idée d'être assuré, il estime qu'il ne peut pas financer une assurance complémentaire, en soulignant vivement : « Mais comment je vais payer ? ». L'obtention de la prestation autonomie lui permettrait de recevoir 3800 francs par mois (contre 3300 francs), ce qui lui donnerait une nouvelle marge de manœuvre pour concilier ses dépenses de logement et de nourriture avec une dépense de santé. Le

paiement d'une assurance complémentaire ne semble en effet possible à sa famille que par le biais d'une revalorisation de l'AAH. Cet argument prend appui sur la double logique, médicale et de subsistance, que l'AAH associe. La logique médicale de l'AAH est reconnue par la famille et sa logique sociale est revendiquée : il s'agit de faire valoir l'AAH comme un revenu minimum qui ne masque pas les causes sociales et financières de l'état de santé de François M. Il s'agit, en effet, pour sa famille, de considérer l'AAH comme le droit à un revenu « plancher » qui, légalement revalorisé, peut assurer un surcroît de « confort » financier.

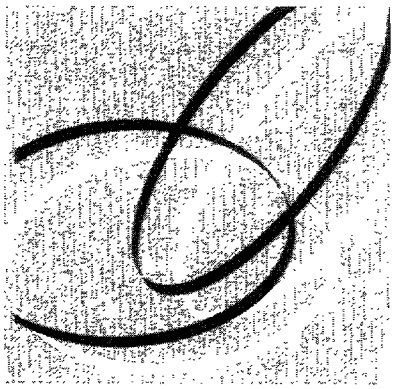
Un second argument vise le long terme et le droit de François M. à une reconnaissance sociale par la voie, plus précisément, d'un accès à une « autonomie » et par la réévaluation de son allocation. La revalorisation de l'AAH ne peut être garantie que par le renforcement du statut de handicapé à un taux d'invalidité à 80 pour cent. Or, une reconnaissance consolidée du statut de handicapé conduit à l'ouverture de droits appropriés telle l'aide d'une tierce personne, les repas à domicile, l'aide ménagère. C'est pourquoi la famille opère une « surenchère », une mise en avant du handicap, sans cacher la nature sociale de cette situation individuelle : la surenchère est ici utilisée dans un but instrumental, pour réclamer l'application de droits sociaux (Taboada-Léonetti, 1997). Cette aide permettrait en effet à François M. de demeurer dans son logement plutôt que d'entrer dans une maison de retraite et, partant, dans la catégorie de la vieillesse (solution proposée par l'assistante sociale). D'ailleurs, François M. refuse, au moins au départ, l'entrée dans la maison de retraite. Il est fier d'avoir un « chez-soi », qu'il compte conserver. Sa revendication est l'autonomie ou, tout au moins, une certaine indépendance vis-à-vis des services sociaux. La demande de reconnaissance de droits à un secours est, pour le bénéficiaire et sa famille, déconnectée de la situation d'alcoolisme.

Deux arguments sont ainsi déployés, celui du « besoin » et celui du droit à « l'autonomie ». Leur caractéristique principale est de respecter la logique officielle et les fondements médicaux et sociaux de l'AAH : ils ne sont pas dénués de sens ni détachés des textes officiels (qui prennent en compte ces notions de besoin et d'autonomie). Ils constituent une sorte de « montée en généralité » par leur référence à des principes supérieurs, dépassant le cas particulier de François M. Cependant, même généraux, ils sont insuffisants pour que soit acceptée la revalorisation de l'allocation, la question des devoirs et de la moralité du bénéficiaire étant en effet évacuée de l'argumentation. Or, elle est une condition de la prise en charge sociale des plus démunis, handicapés ou non. C'est dire que l'alcoolisme et le suicide semblent faire perdre à François et à Pauline leur statut de « pauvres involontaires » ou, selon une ancienne dénomination, de « pauvres méritants » susceptibles d'être publiquement aidés.

Bénéfices attendus et effectifs du glissement des plus démunis vers l'AAH : entre mieux-être et stigmatisation

Les bénéfices attendus par les plus démunis d'un passage à l'AAH ne sont pas totalement identiques aux avantages effectifs, ni aux avantages attendus par les professionnels.

Du côté des professionnels, le glissement du RMI vers l'AAH peut être considéré comme une solution technique, « à défaut ». Ainsi, le bénéfice du passage à un traitement médico-social des difficultés des plus démunis est de pouvoir évacuer le problème insoluble et récurrent que représente l'insertion (professionnelle ou sociale) permanente et vaine de certains bénéficiaires du RMI qui n'accèdent jamais à un emploi direct. Les professionnels du travail social ayant peu de poids sur la définition des normes et des critères d'embauche utilisés par les employeurs, seuls les contrats aidés et les activités d'insertion constituent les offres de travail aux plus démunis. La panoplie de l'insertion étant restreinte par les conditions d'accès (âge, taux de handicap, durée du chômage mais aussi sources et montants du financement, efficacité des actions d'insertion), les professionnels se trouvent souvent dans l'impossibilité de renouveler leurs offres. Le passage à l'AAH des bénéficiaires du RMI les plus démunis des ressources nécessaires à une embauche salariée « ordinaire » constitue donc une issue possible, notamment parce que les échecs des actions d'insertion sont expliqués par les déficiences personnelles des bénéficiaires. Les deux cas analysés en sont une illustration : les tentatives de suicide, la surmédication et l'alcoolisme sont interprétés par les professionnels du travail social comme étant les produits d'un mal-être individuel composé de manques affectifs (Pauline a peu connu sa mère ; le soupçon est jeté sur la sœur de François de ne pas venir le voir), de manque de repères (temporels et en termes de projets), de ruptures (le suicide, le divorce, les décès), de repli sur soi et d'isolement. La notion de handicap « personnel » permet alors d'expliquer la mise à l'écart durable de l'emploi de certains bénéficiaires du RMI, en invoquant une déficience, notamment de la santé mentale. Ainsi se justifient à la fois le



recours aux professionnels de la santé pour prendre en charge les plus démunis et l'imagination de solutions, censées être adaptées à leur nouveau statut de « handicapé » social.

À l'inverse, lorsque les professionnels du travail social hésitent à soutenir une demande de revalorisation de l'AAH et lorsque les médecins refusent de consolider le statut de handicapé d'un bénéficiaire de l'AAH, on peut saisir une autre facette de ce qui se joue dans le glissement d'une catégorie de l'insertion à une catégorie du handicap. Les frontières entre les deux catégories semblent parfois si fragiles et si ténues que certains bénéficiaires de l'AAH les plus démunis sont maintenus en position d'être rappelés à l'injonction d'insertion et de dynamisme. La revalorisation de l'AAH ne peut être acceptée que si le bénéficiaire prouve sa volonté à entrer pleinement dans le statut de handicapé, c'est-à-dire aussi à quitter les positions de marginalité sociale qu'il occupe. S'il ne convainc pas de sa « probité » sociale et de sa détermination à adopter une posture modérée, il ne peut gagner l'entrée dans la catégorie durable et affermie du handicap (le médecin de Pauline attend qu'elle « aille mieux » pour envoyer son dossier à la COTOREP et François M. se voit refuser l'examen de son taux d'invalidité tant qu'il est sous l'emprise de l'alcool). Ainsi, l'on peut saisir ce qui se joue autour de l'AAH en tant que dernier recours. Ne voyant pas d'autre solution, les travailleurs sociaux peuvent considérer qu'une prise en charge adaptée au statut de handicapé éviterait de déplacer les plus démunis d'une activité d'insertion à une autre sans autre espoir que celui de la renouveler. Le bénéfice de l'AAH serait alors une forme de « tremplin » : la possibilité d'un accompagnement médical redonnerait aux plus démunis une confiance et une santé physique, propres à les aider à trouver un emploi[9].

Du côté des bénéficiaires, le ralliement (même lorsqu'il est contraint) à la catégorie du handicap semble étayé par l'évaluation de deux avantages de l'AAH, matériel et identitaire.

L'AAH constitue effectivement un intérêt matériel non négligeable pour des personnes démunies de ressources : l'allocation étant sous condition de ressources, elle donne tout d'abord la possibilité à différentes catégories d'y accéder (tels les bénéficiaires des autres minima sociaux). Le montant de l'AAH est, par ailleurs, plus élevé que celui d'autres minima, ce qui constitue un intérêt financier potentiel. Enfin, non seulement le statut de handicapé donne droit à une pension sur un temps long mais il donne également accès à des prestations de services diverses telles que l'aide ménagère. Sur le plan financier, Pauline exprime d'ailleurs un soulagement : elle recevait 2300 francs au RMI, elle touche avec l'AAH environ 3300 francs. Augmenter ses ressources, même au prix d'un glissement vers l'AAH, donne l'espoir de consommer des biens ordinaires (nourriture, automobile, habillement) et d'améliorer son propre statut. En habitant dans un quartier où le nombre de chômeurs et de travailleurs précaires est important, Pauline se hisse à un niveau de vie comparable à celui de ses voisins. C'est dire que le passage à l'AAH est porté par l'espoir d'un changement d'identité sociale, c'est-à-dire de ne plus se présenter comme étant « sans ressources ».

Par conséquent, les attentes en termes d'identité sociale sont fortes. Si l'identité d'un sujet est bien le produit d'une « synthèse [...] entre ce qu'il est pour lui et ce qu'il est pour les autres » (Sainsaulieu, 1988 : 319), l'idée porteuse est que l'obtention de l'AAH (ou sa revalorisation) et la reconnaissance officielle du statut de handicapé (ou son renforcement) peuvent permettre non seulement de trouver un emploi adapté mais aussi de revendiquer un statut moins dévalorisé socialement que celui de « pauvre » ou « d'exclu ». L'obtention de l'AAH, fondée sur des critères médicaux en partie non contestables, donne à la catégorie du handicap un fondement plutôt durable et solide sur le plan juridique. Elle permet alors d'éviter l'incertitude de la catégorie de « l'insertion permanente ». Elle aide aussi, par l'indépendance financière qu'elle induit, à échapper à la stigmatisation par la pauvreté et la faiblesse des revenus ainsi qu'au soupçon d'oisiveté qui pèse sur les plus démunis « valides ».

Cependant, deux correctifs peuvent être apportés à cette présentation des bénéfices du passage des plus démunis dans les catégories du

handicap si l'on veut bien considérer les conditions de leur possibilité et leur nature.

Si le passage à la catégorie du handicap produit paradoxalement du mieux-être pour certains des plus démunis, ce n'est qu'au prix d'une lutte (personnelle) contre le sentiment d'être stigmatisé et exhibé sous des traits socialement invalidants. Cette lutte est coûteuse pour les bénéficiaires les plus démunis, déjà écartés des sources socialement valorisées de la reconnaissance sociale. Par conséquent, certains bénéficiaires du RMI hésitent à s'afficher en qualité de handicapés, dans la mesure où ils n'ont pas lutte gagnée contre la stigmatisation. C'est le cas de Pauline, pour qui, au départ, l'obtention de l'AAH semble inutile, et même plus, la définirait comme anormale : entrer dans la catégorie du handicap revient alors à renforcer la stigmatisation sociale dont elle est déjà l'objet en étant sous CES et en habitant dans un quartier collectivement critiqué. Par ailleurs, la rencontre du RMI et de l'AAH (ou encore de la pauvreté et du handicap) se fait dans un contexte de chômage de longue durée : la durée du chômage et les difficultés de l'insertion sont à la fois les causes et les prétextes qui justifient l'entrée de certains des plus démunis dans la catégorie du handicap (Ebersold, 1997). En fait, ce qui est en jeu (à la fois dans le glissement du RMI à l'AAH et dans l'évaluation de la nécessité d'une revalorisation de l'AAH) est la notion « d'employabilité » des bénéficiaires de minima sociaux, notion qui, ici, trace une frontière entre les situations de chômage et les situations de handicap. La mesure de l'employabilité des chômeurs passe en effet par la mesure de leurs compétences personnelles sur le marché du travail (diplôme, expériences professionnelles, présentation de soi, etc.). Le chômage est, dans ces termes, perçu moins comme un risque social (produit par les exigences élevées de présentation de soi et les critères sélectifs de l'embauche) que comme un risque individuel, attaché aux caractéristiques personnelles des individus. Dès lors, la notion de « cumul des handicaps » (qui est officiellement utilisée par les pouvoirs publics et inclut, par exemple, une qualification professionnelle inexistante ou obsolète, la durée du chômage, l'âge et le sexe comme variables de la vulnérabilité) s'étend à l'analyse du chômage de longue durée. L'interprétation qui en est faite autorise le glissement des plus démunis vers l'AAH, de même qu'elle semble légitimer et contribuer à diffuser une conception de la pauvreté largement en deçà des causes systémiques, sociales et économiques.

Des associations de personnes handicapées réclament une réforme de la loi d'orientation de 1975 : la rencontre des catégories de la pauvreté et du handicap pourrait, dans ce cadre, être publiquement interrogée. Peut-être pourrait-elle être l'occasion de repenser les formes de la catégorie du handicap et, en creux, à défaut d'une véritable définition de l'insertion, pourrait-elle donner l'occasion de fixer des limites au glissement de la pauvreté vers le handicap. Pauline et François se sont trouvés, sans se connaître, dans le même centre hospitalier spécialisé pour plusieurs semaines et plusieurs mois, sans pour autant que leur situation économique ou leur situation de logement ne change. Doit-on alors, une nouvelle fois, se demander si « l'enfermement » constitue la seule solution envisagée pour les « sans-ressources », lorsqu'ils deviennent bénéficiaires de l'AAH ?

Bénédicte Herrgott
CRAP
IEP-Faculté de droit et
de science politique, Rennes

Notes

[1] Le RMI et l'AAH sont deux des principales ressources financières des plus démunis que nous avons rencontrés au cours de notre étude abordant les effets des catégories publiques de saisie de la pauvreté sur l'identité des plus démunis. Notre enquête de terrain a été effectuée de 1995 à 1997, essentiellement auprès de personnes sans domicile ou mal logées et de femmes ayant intégré des ateliers d'alphabétisation.

[2] Autre différence : le RMI (comme le minimum vieillesse) est un droit ouvert à un ménage tandis que les autres minima (telle l'AAH) sont des droits individuels (le montant du revenu minimum est donc inférieur au plafond de ressources du ménage).

[3] À la manière de Florence Weber ou d'Olivier Schwartz, nous partons des points de vue exprimés par les acteurs, en analysant leurs mots et leurs pratiques sociales (Weber, 1989 ; Schwartz, 1990). Les développements qui ont trait à ma relation aux personnes rencontrées sont rédigés à la première personne du singulier afin de rendre compte de mon implication dans cette enquête et d'en tenir compte dans la compréhension du recueil des données.

[4] J'ai rencontré Pauline dans un groupe de femmes, au cours d'un atelier d'alphabétisation en 1995-1996. J'ai continué, auprès d'elle, un atelier individuel durant l'année 1996-1997. Au cours de nos rencontres hebdomadaires, nos discussions s'étendaient à ses propres interrogations.

[5] François M. est l'un de mes proches : les conditions de mon étude et l'auto-analyse qu'elle impliquait m'ont conduite à tenir compte de cet événement. Suite à une aggravation de la santé de François, les médecins de l'hôpital ont contacté sa famille, paradoxalement et essentiellement, pour l'orienter vers les services sociaux. Le fait que François M. habite dans un quartier fortement stigmatisé et qu'il ait, pendant un temps, bénéficié du RMI ont conduit les professionnels de l'hôpital à identifier son alcoolisation excessive à un stigmate de la pauvreté.

[6] Nous nous appuyons ici sur les remarques de Luc Boltanski et Laurent Thévenot, sur la tension entre le genre et le cas, entre les catégories de classement et les traits particuliers, entre les exigences de classification et les résistances des individus classés, sur les inclassables ou les désaccords de classement, et sur les qualifications générales qui peuvent servir de base à un accord tout en évinçant les cas particuliers (Boltanski et Thévenot, 1991 : 12-14). Le travail de négociation sur les formes des catégories officielles ne peut en effet avoir lieu qu'en cas de tensions et de résistances de part et d'autres (Strauss, 1992).

[7] Nous reprenons l'expression utilisée par Nicolas Dodier à propos des singularités autonomes impliquées par certaines formes d'expertise médicale : un individu est considéré comme sujet autonome et actif dans la forme d'action où le médecin est un expert qui ne fait qu'informer le patient de son état de santé et attend que le patient, cadré comme un sujet autonome, décide de la suite du traitement et des solutions envisageables pour résoudre son problème de santé (Dodier, 1993 : 108-120).

[8] Dans les deux cas choisis, les argumentations ne sont pas recueillies dans le cadre de face à face avec les professionnels, mais elles sont produites en ma présence. Le contexte de l'étude fait que je me pose en intermédiaire entre les bénéficiaires et les professionnels, et c'est cette position qui me permet de recueillir les arguments opposés, puis de reconstituer les négociations.

[9] L'on manque néanmoins d'études pour vérifier cette hypothèse de la circularité du glissement des catégories du handicap aux catégories de l'insertion.

Bibliographie

ASTIER, Isabelle. 1997. *Revenu minimum et souci d'insertion*. Paris, Desclée de Brouwer.

BLAIS, Louise. 1998. *Pauvreté et santé mentale au féminin. L'étrangère à nos portes*. Ottawa, Presses de l'Université d'Ottawa.

BOLTANSKI, Luc, et Laurent THÉVENOT. 1991. *De la justification. Les économies de la grandeur*. Paris, Gallimard.

BOURDIEU, Pierre. 1986. « La force du droit. Éléments pour une sociologie du champ juridique », *Actes de la recherche en sciences sociales*, 64 : 40-44.

CASTEL, Robert. 1995. *Les Métamorphoses de la question sociale. Une chronique du salariat*. Paris, Fayard.

DODIER, Nicolas. 1993. *L'Expertise médicale. Essai de sociologie sur l'exercice du jugement*. Paris, Métailié.

EBERSOLD, Serge. 1997. « À propos de l'invention du handicap », *Revue française des affaires sociales*, 2 : 205-213.

EYMARD-DUVERNAY, François, et Emmanuelle MARCHAL. 1994. « Les règles en action : entre une organisation et ses usagers », *Revue française de sociologie*, 1 : 5-36.

MARISSAL, Jean-Pierre, Dominique GREINER et Caroline CARLIER. 1998. « La prise en charge du handicap. Les enjeux d'une politique catégorielle », dans *Les Politiques sociales catégorielles. Fondements, portée et limites*. Paris, L'Harmattan.

PAUGAM, Serge. 1997 [1991]. *La Disqualification sociale. Essai sur la nouvelle pauvreté*. Paris, PUF.

ROUSSEL, Pascale, et Dominique VELCHE. 1998. « Minimum social avec ou sans handicap : existe-t-il une frontière étanche ? », *Revue française des affaires sociales*, 1 : 43-54.

SAINSAULIEU, Renaud. 1988 [1977]. *L'Identité au travail*. Paris, Presses de la FNSP.

SCHNAPPER, Dominique. 1989. « Rapport à l'emploi, protection sociale et statuts sociaux », *Revue française de sociologie*, 30 : 3-29.

SCHWARTZ, Olivier. 1990. *Le Monde privé des ouvriers. Hommes et femmes du Nord*. Paris, PUF.

SNOW, David A., et Leon ANDERSON. 1987. « Identity work among the homeless : The verbal construction and avowal of personal identities ». *American Journal of Sociology*, 6 : 1336-1371.

STRAUSS, Anselm. 1992. *La Trame de la négociation. Sociologie qualitative et interactionnisme*. Paris, L'Harmattan.

TABOADA-LÉONETTI, Isabel. 1997. « Stratégies identitaires et minorités », dans *Stratégies identitaires*, Paris, PUF.

VANLERENBERGHE, Pierre. 1992. *RMI, le pari de l'insertion*. Paris, La Documentation française.

WEBER, Florence. 1989. *Le Travail à-côté. Étude d'ethnographie ouvrière*. Paris, INRA, EHESS.

WEBER, Max. 1971 [1922]. *Économie et société*. Paris, Plon.

WELLER, Jean-Marc. 1994. « Le mensonge d'Ernest Cigare. Problèmes épistémologiques et méthodologiques à propos de l'identité », *Sociologie du travail*, 1 : 25-42.