

Depuis une trentaine d'années, les processus de précarisation se développent fortement et impactent les différentes facettes de la vie sociale des populations : travail, logement, relations, conditions d'exercice de la citoyenneté... Cette dégradation des conditions de vie rend les individus plus fragiles et vulnérables, dans un contexte de transformation de la société vers plus de performance et d'individualisme, et peut s'accompagner d'une nouvelle forme de souffrance, dite psychique ou psychosociale. D'un symptôme d'abord individuel, cette souffrance s'affirme aussi aujourd'hui comme une expression de la souffrance sociale collective. Elle s'exprime à la fois dans la Cité, dans les lieux de soins et du social. Les professionnels qui y interviennent - acteurs de l'insertion, de l'éducation, de la santé, de l'action sociale...- peuvent alors se trouver déstabilisés face aux différentes formes de vulnérabilités et à la complexité des situations des personnes.

Cette question, prégnante dans les territoires et les pratiques professionnelles, est également devenue un objet de travail pour les chercheurs de différents champs disciplinaires. À travers ce Petit déjeuner du Pôle, ce sont deux regards - l'un psychanalytique, l'autre sociologique -, qui ont été proposés et débattus avec les participants.

Prenant appui sur son expérience professionnelle de psychiatre et psychanalyste exerçant depuis de nombreuses années dans des institutions de soins situées en banlieues parisiennes, Louis Sciara s'intéresse aux singularités cliniques repérables dans les territoires de précarité sociale. En articulant le fait clinique individuel et le fait social collectif, il pose l'existence d'une clinique des banlieues, qu'il envisage comme la pointe avancée de la clinique contemporaine.

Michel Joubert, sociologue, propose quant à lui un regard sur les nouvelles lectures de la précarisation et des vulnérabilités, considérées du point de vue de leurs effets sur les actions de proximité et les intervenants de « première ligne ». Elle s'articule à la question de la faible reconnaissance de ces actions et de la souffrance ressentie par les professionnels les plus directement concernés, qui induisent parfois des brouillages, voire des déplacements dans les logiques d'action.

LOUIS SCIARA

En tant que psychiatre, psychanalyste, longtemps praticien hospitalier en secteur psychiatrique adulte à Nanterre (92), et actuellement médecin directeur de CMPP à Villeneuve-Saint-Georges (94), mon travail clinique me confronte, depuis une vingtaine d'années, à des personnes en difficulté, en situation de précarité sociale, de vulnérabilité, qu'elles soient adultes, enfants ou adolescents.

Ce parcours m'a donné l'occasion de spécifier un type de discours, fondé sur une élaboration psychanalytique de mon expérience clinique au sein de banlieues, territoires de ségrégation sociale, et de le croiser avec la lecture des travailleurs sociaux de terrain. Ce croisement des difficultés et des analyses est utile car nous nous trouvons - acteurs

du soin et sociaux - tout autant démunis face à des jeunes gens, bien que déployant des outils et des niveaux de réponse différents. L'une de mes réflexions consiste donc à articuler fait individuel et fait collectif et social, même si cette articulation n'est pas aisée, l'approche psychanalytique s'opérant dans la singularité des cas. Néanmoins, nous sommes des êtres humains, avec une particularité qui définit notre condition humaine : le langage. Celui-ci est traversé par un certain nombre de discours qui établissent des types de liens sociaux. Nous sommes donc immergés, de fait, dans le rapport à l'Autre. La question du langage est fondamentale car déterminante de la façon dont des sujets, des individus dans un collectif, dans une société, occupent une certaine place.

Territoires et logique de la ségrégation

À travers ma réflexion et mon ouvrage, je m'intéresse aux territoires, et à la logique de ségrégation qui m'apparaît différente de la logique de l'exclusion. Étymologiquement, la ségrégation désigne l'action de séparer, de mettre à part, à l'écart, voire d'éloigner. « Exclusion » dérive de « excludere » qui conjoint l'élimination d'un lieu (« x » : dehors) et une fermeture qui renvoie à un enfermement (« claudere » : fermer). L'individu ou le groupe exclu est à la fois mis « dehors » et maintenu « dedans », a contrario de personnes sous l'effet d'une ségrégation, qui sont séparées, évincées, « hors du lieu ».

L'exclusion extrême rend compte d'un mode très singulier, qui ne s'inscrit pas dans le collectif, alors

que la question de la ségrégation me semble relever d'un collectif autour de certains idéaux, qui fonctionnent plus ou moins bien et qui, pris sous l'angle d'une domination symbolique, produisent des phénomènes de groupe dans les champs de l'Imaginaire (identifications imaginaires diverses comme, parfois avec les bandes, les communitarismes) et du Réel (via les objets de consommation qui peuvent obturer tout manque).

La ségrégation peut s'entendre, dans notre modernité, plus spécifiquement comme une conséquence du discours du capitaliste, qui est une des formes des discours fondamentaux circulant dans le lien social définis par Lacan. Ce discours du

capitaliste, devenu de plus en plus totalisant, comporte plusieurs caractéristiques. Ainsi, pour les psychanalystes, tout sujet se constitue sur un manque. Sans celui-ci, on ne peut pas accéder au désir. Or, le discours du capitaliste ne veut plus rien savoir de ce manque. L'une des manières qu'il a de considérer que ce manque n'est pas constitutif de notre humanité, est de faire valoir la possibilité de le substituer par des objets de consommation démultipliés à l'infini, de façon à ce que chacun puisse y trouver sa jouissance et ne plus pâtir de ce qui le divise dans sa parole. Ce discours a des incidences, y compris dans des lieux de misère sociale, où tout le monde veut accéder aux mêmes objets de consommation, participer de la même

logique, s'inscrivant dans un circuit continu sans butée. Dans cette quête du « toujours plus », le sujet n'est plus effet du manque, mais amené à devenir un individu susceptible de se satisfaire des objets de consommation qui sont sur le marché pour, finalement, en venir à se traiter et traiter l'autre comme objet. Les objets étant interchangeable, ce sont les individus qui, en retour, deviennent des produits de consommation.

Une autre spécificité du discours du capitaliste est de normaliser le lien social autour d'une uniformisation qui ne serait plus fondée sur une dette symbolique, une inscription dans la génération, mais sur la jouissance et la satisfaction permanentes.



Quelques spécificités repérables dans des territoires de ségrégation

Mes constats sur la clinique contemporaine sont, à mon sens, spécifiques de ce qui se passe dans des territoires de ségrégation sociale. Un certain nombre de caractéristiques rendent compte d'un glissement dans la façon dont les sujets peuvent se présenter à des cliniciens, mais aussi de la manière dont les travailleurs sociaux peuvent entendre les difficultés en question. Mon hypothèse est de faire valoir qu'une forme de mutation dans le lien social contemporain s'opère, faisant état d'un certain nombre de remaniements symboliques. Par exemple, la fonction paternelle existe toujours mais la façon dont elle est traversée socialement, dont elle est considérée, ses incidences subjectives au niveau des familles, ont évolué. L'altérité se trouve de même mise à mal, y compris dans la question de la disparité dans la parole.

Ces caractéristiques repérées ne visent à pas à construire une clinique qui sur-stigmatiserait les territoires de misère sociale, mais ces territoires produisent, amplifient ces caractéristiques, comme une sorte de pointe avancée d'une clinique contemporaine présente dans l'ensemble de la société.

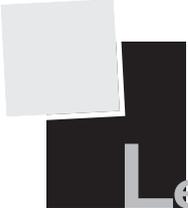
Une première remarque concerne la question du langage, particulièrement pour les jeunes sujets. Ils éprouvent de réelles difficultés dans le rapport à la parole, ont du mal à exprimer les demandes même si, dans la relation au lieu de soin, au psychiatre en particulier, ces demandes sont le plus souvent « imposées » : les jeunes sont adressées par les parents, l'institution scolaire, judiciaire, sociale....

Ce rapport à la parole se traduit par une faible aptitude à s'exprimer, à s'appuyer sur un discours, à faire confiance à sa propre parole et à lui accorder du poids, mais aussi à accorder du crédit au savoir et à la parole des autres. Ce qui fait acte pour un psychanalyste, ce n'est pas simplement l'agir des choses, c'est surtout que cet agir s'appuie sur une parole qui vient marquer de manière signifiante une histoire. Or, actuellement, la parole qui devrait faire acte est souvent remplacée par une mise en acte, y compris, dans la prise de drogue, d'alcool, dans des moments de violences, qui traduisent, en réalité, des paroles qui ne peuvent pas être exprimées, subjectivées par un sujet.

Une deuxième remarque concerne la dette symbolique. Une part importante des personnes que j'ai reçues dans le cadre de mes consultations cliniques était française, d'origine immigrée, maghrébine notamment. Les questions, les pathologies, les symptômes liés à la première génération d'immigrés diffèrent de ceux observés auprès des personnes dites de « seconde génération » qui peuvent avoir jusqu'à 25 ou 30 ans. Beaucoup d'entre eux se situent dans une sorte de flottement subjectif, dans lequel ni la culture de leurs « ancêtres », ni la culture de la République ne sont au cœur de leur problématique. Le souci d'historiciser leur vie n'est pas présent. Il peut même y avoir un évitement à restituer le parcours parental.

Une troisième remarque est le rapport à ce que l'on pourrait appeler l'autorité symbolique. Elle représente à la fois un repère sur lequel un individu s'appuie et également un objet de distanciation. Mais cette autorité symbolique est mise à mal,

témoignant d'un des effets du remaniement du symbolique dans le lien social contemporain. Dans une lecture analytique, la fonction paternelle s'est construite autour de l'idée que la parole du père venait ancrer la relation entre la mère et l'enfant. Avec les effets du discours du capitaliste, cette fonction du Un, du rapport à l'autorité incarnée par la fonction paternelle, est ébranlée. Certes, le fait que le patriarcat soit mis en question ne remet pas en cause l'existence de la fonction paternelle, mais cela a des effets sur la transmission dans la famille, ainsi que dans les disparités, dans les différenciations de places. Quand il n'y a pas ce tiers, autour de la parole d'un père, qui fait nomination pour une mère, ou quand ce tiers fonctionne moins bien, le « mode d'autorisation » (le fait de s'autoriser à) vient se substituer à la fonction paternelle. Or, pour qu'il y ait inscription du symbolique, quelque chose de la fonction paternelle doit pouvoir être transmis. Cette construction semble ici particulièrement défailante.



Les lieux du social, nouveaux lieux du soin ?

Pour conclure, les lieux de soin sont aussi impactés par le discours du capitaliste. Les questions d'évaluation, d'accréditation produisent des effets délétères : il faut être « toujours plus », « mieux organisé », « développer des réponses plus adaptées » tout en « réduisant le personnel », en « produisant » et « appliquant des protocoles », qui seraient garants de la qualité du travail. Cette logique doit être combattue.

Comment, en tant qu'acteur de terrain, faire entendre le risque du « tout social » ? On ne peut faire fi, dans nos démarches, de la responsabilité individuelle et de la singularité des cas. La responsabilité d'un sujet névrosé qui peut se placer dans des situations infernales, mais dont on sait

aussi qu'elles sont le produit d'une histoire familiale et de la façon dont lui-même se situe dans la jouissance de son symptôme, n'est en effet pas identique à celle d'un patient délirant, pris dans un impératif de mise en acte, soumis à des hallucinations dans un moment aigu.

Attention, ainsi, à l'usage de la notion de santé mentale dans l'action et les discours publics. Il permet d'entendre que des souffrances sont à prendre en considération, mais d'un autre côté, il peut diluer la singularité dont on traite les individus, la logique de rentabilité, de gestion d'une politique « pour tout le monde » qui se voudrait généreuse, venant casser par exemple les dynamiques de travail spécifique des lieux de soin en psychiatrie.

La diminution du nombre de lits dans les hôpitaux psychiatriques paraissait logique, car ils étaient perçus comme des lieux d'autarcie, d'enfermement, d'interpellation. Mais, en même temps, des patients avec des droits spécifiques sont devenus « des patients à traiter comme les autres, puisque citoyens comme les autres ». Cette problématique est notamment présente dans les CHR qui

hébergent des personnes avec des problèmes psychiatriques, dépressifs graves, psychotiques. Ce qui était éventuellement traité dans des lieux de soins l'est dorénavant dans le champ social ou médico-social. Le travail d'articulation doit être réengagé. Les lieux d'insertion sociale font d'ailleurs de plus en plus appel à des cliniciens pour des supervisions ou des formations.

ÉLÉMENTS DE DÉBATS

Un participant : Les usagers des services sociaux, des services médicaux se retrouvent souvent face à des professionnels désarmés, qu'ils soient des champs du soin, du médico-social ou du social. Cela nous amène à une prise en compte partagée de la réflexion sur un sujet, d'une dimension fraternelle, citoyenne, et à construire des démarches pluridisciplinaires de plus en plus innovantes, souvent en dehors de dispositifs très formalisés. Ainsi, le CHR dans lequel j'interviens, accueille un nombre croissant de personnes condamnées par le passé à de longues peines. Nous avons alors à agir sur de multiples problématiques sociales, mais aussi psychologiques, psychiatriques... Nous travaillons donc cette indispensable articulation entre acteurs sociaux et du soin, en nous réunissant, en confrontant nos points de vues, nos systèmes de référence, pour produire les réponses les plus pertinentes.

Une participante : L'accueil de la parole et de l'individu dans son intégralité se reconstitue souvent dans la proximité, avec des personnes qui n'ont aucune formation en matière de santé ou sociale : agents d'accueil dans les maisons de quartier, animateurs... Comment ces personnels participent d'une responsabilité collective dans la réflexion sur la prise en charge des personnes et de leur accompagnement ?

Louis SCIARA : L'existence de relais est indispensable. Beaucoup de patients arrivent après un travail en amont avec des éducateurs. Ce qui est important, c'est que dans l'esprit des professionnels, on ne travaille pas avec le même discours et depuis la même place. Néanmoins, il est important de rester prudent quant à des « forçages dans le lien » qui peuvent être délétères. Par exemple demander des détails, se faire enquêteur, trop creuser, avec des patients psychotiques, peuvent entraîner une décompensation qu'un travailleur social ne pourra pas forcément mesurer.

MICHEL JOUBERT

Processus de vulnérabilisation et réinterrogation de l'action publique

Le développement et l'approfondissement des processus de vulnérabilisation ces vingt dernières années ont modifié sensiblement le paysage de l'action sociale. S'ils touchent des catégories sociales de plus en plus variées, ceux qui étaient déjà considérés comme les « plus en difficulté » (résidents des quartiers ségrégués, précaires touchés par l'abaissement des protections, jeunes en voie de déscolarisation, personnes âgées isolées, migrants..) en vivent des effets plus particulièrement destructurants. La vulnérabilisation - à la différence de la précarisation - expose les personnes à évoluer dans des conjonctures d'incertitude (fragilisation de leurs supports sociaux) avec des variations importantes quant à la possibilité de s'y confronter. Il ne suffit plus de mobiliser des droits et des ressources : c'est la position et les ressorts de l'action des individus qui sont en jeu.

Les politiques sociales se trouvent ici placées face à un triple défi : prendre en compte de nouvelles problématiques, souvent transversales aux « publics cibles » (revoir les catégories utilisées, les indicateurs et les modalités de qualification des problèmes), promouvoir de nouvelles manières d'intervenir (méthodes, professionnalités, dispositifs) et reconsidérer la cohérence des champs d'action entre le sanitaire, le social et l'éducatif.

ÉCLAIRAGE

DÉFINIR LA VULNÉRABILITÉ, LES SOUFFRANCES PSYCHOSOCIALES ?

Michel JOUBERT : Il nous semble qu'il peut être paradoxal de définir et de qualifier les personnes vulnérables. Nous avons plutôt réfléchi sur la nature du processus, en définissant la vulnérabilité comme un espace grandissant dans lequel les personnes, les individus, mais aussi un ensemble d'acteurs, sont confrontés. Cet espace n'est pas forcément destructeur, puisque la vulnérabilité laisse ouverte la possibilité de construire. La vulnérabilité est une situation dans laquelle nous sommes en tension sur l'orientation de notre action, avec des conditions en termes d'évolution, de mobilisation ou de recherche d'alliés, pour modifier ces situations de vulnérabilités.

Il faut considérer que la vulnérabilité ne va pas de soi, elle est traversée par un ensemble d'obstacles, de difficultés, de paradoxes, ce qui fait que la personne peut être dans l'incapacité, dans la difficulté à agir et à faire ce que l'on attend d'elle. Ces états sont multiples, on ne peut pas les concentrer, les condenser dans une définition. Ils ont à voir avec ces conditions nouvelles de l'existence des personnes confrontées à la précarité et aux difficultés sociales. Agir sur les vulnérabilités ou réduire les vulnérabilités, c'est travailler à enrichir ces possibilités d'actions, à réduire la part d'incertitudes et augmenter le potentiel d'action des personnes.

Louis SCIARA : Je n'emploie pas le terme de souffrance psychosociale, parce que la souffrance est une douleur physique ou morale, l'état d'une personne. Dans la question de la souffrance, ce qui m'intéresse en tant qu'analyste, c'est l'action. Souffrir vient de « sufferre », l'action de supporter, ce qui suppose une temporalité. La souffrance ne s'exprime pas simplement sur un mode aigu, mais elle est aussi la façon dont un sujet s'en saisit, ce qu'il peut en dire, comment il peut l'exprimer, la traduire. Pour moi, elle est une dimension symptomatique propre au sujet. La difficulté actuelle tient dans une tendance à homogénéiser les fonctions et les places : en abordant la souffrance psychosociale, on oublie l'individu, et si l'on oublie la question collective, on passe à côté du sujet. Mais ne perdons pas de vue que chaque individu reste singulier. Le social est extrêmement important, mais il ne s'agit pas de balayer les effets de subjectivité avec un discours du capitaliste qui tendrait à établir la vérité des choses. La vérité de l'être humain, c'est qu'il y a toujours quelque chose du langage qui reste équivoque et il n'y a pas de vérité absolue. Entre la vérité et le savoir, il y a toujours un écart.

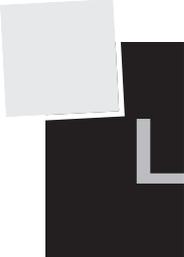
⁽¹⁾ Qui peut être relative : les droits formels ne suffisent plus à « porter » l'action des personnes ; les protections ne font plus « cadres » ; les situations de « non recours » se multiplient...

En effet, si les catégorisations d'action publique, définies il y a une quarantaine d'années, permettent encore d'assurer certains services et prises en charge pour les groupes précaires, elles ne suffisent plus à appréhender les mouvements et paradoxes de ces vulnérabilités élargies. D'abord, à cause de la perte de visibilité des processus et des états, avec des individus et des groupes qui oscillent d'un cadre de référence à un autre (pertes ou fragilisation des ancrages et des supports sociaux), d'autres qui se tiennent à distance des aides et des institutions (difficultés à entrer dans les protocoles d'aide), d'autres encore qui se tournent vers des ressources transversales (économies de survie). La « sortie » des dispositifs de protection⁽¹⁾ touche un nombre croissant de ces personnes, qu'il s'agisse des précaires des milieux populaires ou des fractions fragilisées des classes moyennes. Les conditions de la prévention et du maintien de l'inclusion sociale tendent de plus en plus souvent à trouver forme en dehors des institutions, ou du moins, sur ses marges.

C'est dans cette zone « trouble », qui traverse l'ensemble des métiers et des logiques d'intervention sociale, que la recherche

conduite avec une équipe de chercheurs, coordonnée par l'Université Paris 8, s'est concentrée. Financée par l'Agence Nationale de la Recherche et soutenue par le Conseil général de Seine-Saint-Denis, dans le cadre d'un appel à projet sur « les vulnérabilités à l'articulation du sanitaire et du social », elle visait plus particulièrement à analyser les nouvelles lectures de la précarisation et des vulnérabilités, considérées en particulier du point de vue de leurs effets sur les actions de proximité et les intervenants de « première ligne ».

Elle s'est déroulée sur plusieurs territoires (Seine-Saint-Denis, Paris, Marseille, Vienne - en Autriche), et plusieurs terrains : prévention des conduites à risques, lutte contre l'échec scolaire, soutien à des personnes sans domicile fixe, recours aux services de personnes isolées, lutte contre la précarité énergétique, accompagnement au logement de personnes dans le cadre d'opérations de rénovation urbaine, soutien à des usagers de crack sans domicile. Elle s'est appuyée sur une méthodologie participative (tenue de workshops avec les intervenants et avec certains publics) ainsi que sur des méthodes plus classiques (entretiens in situ, observation).



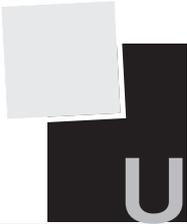
Les acteurs de première ligne... fragilisés par une pression et une faible reconnaissance

Comme dans le domaine sanitaire, les professionnels du champ social connaissent d'importantes diminutions de ressources, conjointement à l'imposition d'une logique à la fois gestionnaire (rationalisation, management, évaluation) et directive (injonctions à la concentration, contraintes assignées aux modalités de financement, cadrage par redéfinition des publics et des échelles territoriales). Dans le travail auprès des personnes vulnérables, les

intervenants sociaux travaillant en proximité se trouvent eux-mêmes souvent démunis, car ils ont été formés le plus souvent à une approche sectorielle, fondée sur une certaine idée de la séparation entre le sanitaire, l'éducatif et le social. La tendance actuelle de l'action publique (et des institutions) conduit à revenir sur certaines pratiques de décloisonnement et d'inter-sectorialité, qui avaient été engagées dans le cadre de la Politique de la ville.

La légitimité des acteurs de première ligne reste relativement faible, y compris au sein de leur institution. Les actions de « première ligne » dédiées aux « publics vulnérables » (considérés par leur éloignement des institutions et la faible prise des dispositifs), vont souvent de pair avec une vision péjorative de l'expérience et des savoir-faire mobilisés, alors qu'elles ne peuvent agir qu'en développant une compréhension fine des situations et des réalités. Les expériences engagées sur ces terrains - c'était une de nos hypothèses - pourraient alimenter les réflexions qui permettraient de

repenser et de faire évoluer l'action publique. Pris entre ces rétrécissements et une faible reconnaissance, ces acteurs tendent à se décaler par rapport à leurs cadres, par rapport à leurs institutions ; ils font souvent alliance avec les acteurs locaux pour tenter, dans ces contextes d'amenuisement et de fragilisation des dispositifs généraux d'actions sanitaires et sociales, de créer, malgré tout, des espaces de communication et de prise en compte (plus que de prise en charge) des personnes.



Une circulation des vulnérabilités

Soumis à des injonctions contradictoires qui les déstabilisent, intervenant dans des conditions de travail très fragiles (flou des compétences requises, manque de définition des missions...), peu reconnus par leurs institutions, les acteurs de première ligne se trouvent souvent en situation de souffrance. Ils deviennent également vulnérables, en interaction et comme en miroir aux vulnérabilités des personnes auprès desquelles ils travaillent. Cette circulation des vulnérabilités apparaît clairement dans la recherche que nous avons conduite.

La proximité et cette circulation des vulnérabilités entre publics et professionnels peuvent entraîner des déplacements dans les logiques d'action : faire

alliance, cause commune, co-construire des démarches d'aide et de solidarisation, tels sont les vecteurs de changement sur lesquels nous nous sommes penché. Les acteurs sont alors conduits à travailler (investir) les interstices entre secteurs d'intervention et territoires, à créer et investir des espaces intermédiaires, car ils ont le sentiment de ne plus pouvoir compter sur le cadre et sur l'institution. De tels espaces paraissent avoir d'autant plus de sens, qu'ils participent d'une résistance plus globale aux entreprises massives de remise en cause et d'affaiblissement de ce qui constituait jusqu'ici le potentiel de protection, d'aide et de soutien des actions engagées auprès des personnes les plus vulnérables.



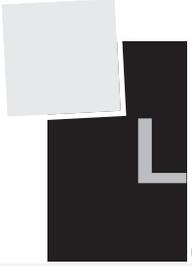
Des valeurs et le sens de l'action à refonder

En contrepoint, une bataille spécifique se mène (ouvertement ou non) sur le plan des valeurs. Les professionnels de proximité se trouvent à nouveau confrontés à des dilemmes et à des injonctions

paradoxaux sur le terrain même du sens de leur travail. Ils doivent se manifester pour qu'il n'y ait pas de confusion entre leur travail et des postures de contrôle et de stigmatisation de leurs publics.

Les lignes de partage sont subtiles, car c'est derrière les notions de responsabilisation, d'autonomie, d'empowerment, de développement des capacités d'action, qui tendent à se banaliser dans le champ de l'action sociale, que l'on sent poindre la problématique de management néolibéral tendant à faire peser sur eux (intervenants et publics confondus) la charge et la responsabilité des anciens modes d'aide et de protection. D'un autre côté, il y a un véritable enjeu sur le plan de la reconfiguration des modalités d'action et d'explicitation des valeurs qui les sous-tendent : que signifie redonner (reconnaître) des capacités, du pouvoir, de la valeur à des personnes qui, par ailleurs, se trouvent systématiquement affaiblies, discréditées, incriminées ?

Ces injonctions paradoxales dessinent une tendance forte d'évolution de l'action publique, les professionnels ayant le sentiment de vivre - sans que cela apparaisse ouvertement au regard du trouble créé au niveau des valeurs - une régression considérable de leurs missions. D'où la nécessité ressentie d'engager un débat sur les valeurs et le sens de l'action, en expérimentant d'autres voies. Les entrées problématiques et les catégories de personnes semblent être les mêmes, mais les différences sont notables dès que l'on examine les traductions sur le plan de l'attention et du respect des personnes, de même que sur le front de lutte contre les injustices.



'émergence de dynamiques de solidarité, de résistance et de mobilisation

ÉCLAIRAGE

DES MICRO-RÉSISTANCES À L'INTERPELLATION POLITIQUE

La rigidification gestionnaire et l'éloignement objectif de certains dispositifs (seuils et conditions d'accès, considération des personnes) ont créé un gap à l'égard des publics vulnérables qui en étaient théoriquement les bénéficiaires. La défiance et la distance sont devenues des obstacles à toute action sociale, y compris pour les actions de proximité. D'où l'importance stratégique prise par le travail engagé dans les « interstices » des systèmes d'action existants. À chaque fois que des actions sont engagées sur des modalités relationnelles différentes (médiation, reconnaissance, alliances), généralement hors du cadre de l'institution, des liens de communication et de confiance peuvent être rétablis. Actuellement de nombreuses expériences se trouvent engagées sur ce mode : la prévention spécialisée pour les jeunes en difficulté, la prévention et la réduction des risques pour le domaine des produits psychoactifs, les actions collectives sur les quartiers menées par les associations et certains intervenants sociaux. Nous l'avons également saisi sur d'autres fronts : la lutte contre la précarité énergétique, les actions de proximité pour les migrants vieillissants, le travail auprès des personnes à la rue.

Ces processus, à une échelle micro-locale, contribuent à la structuration d'une vision renouvelée de l'action auprès des publics et à modifier leur rapport à l'intervention publique.

Ces micro-résistances, les expérimentations transversales qui se développent ici et là, touchent au « politique ». Elles interrogent et interfèrent d'abord avec les petites institutions, puis les politiques locales et enfin avec les politiques publiques. De nombreuses interpellations envers le politique se développent du côté des intervenants sociaux engagés auprès des populations vulnérables : réseaux, coordinations, plates-formes, associations font de plus en plus souvent entendre leur voix en écho aux valeurs qui sont les leurs et aux causes qu'ils défendent. Ces résistances aujourd'hui réactivées ont besoin d'être reconnues, relayées et confortées pour que les ressources et savoir-faire accumulés ne se dispersent pas et que les acteurs préviennent les phénomènes d'usure habituels dans ces secteurs.

Cette attention particulière portée dans la recherche aux « ressources et valeurs » engagées par les intervenants dans l'interaction avec les publics, a permis d'identifier un certain nombre de vecteurs d'investissement et de mobilisation stratégiques dans les actions conduites : depuis l'établissement de relations de confiance, la création d'espaces d'échange (qualifiés d'espaces intermédiaires), jusqu'aux processus de solidarisation au niveau de la communauté dans laquelle les personnes évoluent.

À travers les pratiques relevant du « travail communautaire », par exemple, nous avons pu analyser l'évolution des dynamiques de solidarité, de mobilisation, de construction de cultures communes et de solidarisation qui contribuent au développement de capacités de résistance clairement opposées aux velléités de rationalisation

et de management du social. L'action est complexe, elle se construit avec des personnes qui étaient au départ méfiantes, qui peuvent être prises dans des problématiques dures, traversées de violences, de trafics, de souffrances... Les alliances qui se nouent dans de tels contextes se fondent sur des « capacités croisées » orientées vers la possibilité de développer des résistances et des ressources dans ces lieux, et - de ce fait - de « récupérer », de (re)trouver une place.

L'association avec laquelle nous avons travaillé au cœur d'une des cités les plus précarisées de Seine-Saint-Denis, œuvre depuis plus de 10 ans à réduire l'incidence de la déscolarisation, à développer un réseau de soutiens de proximité pour les familles en difficulté, à aider les adolescents à se protéger d'un certain nombre de dérives sur le plan des conduites à risques... Installée au cœur de la cité, elle travaille en proximité avec les familles, dans un mode de relation spécifique et des valeurs engagées au quotidien qui sont perçues comme bienveillantes par les personnes. Quelle que soit la situation des personnes (un jeune dealer, une jeune fille engagée dans la prostitution occasionnelle, un élève en risque d'exclusion scolaire..) l'assurance d'une absence de jugement et d'une capacité à être entendu, reconnu, pris en compte, assure le contact dans la durée et la possibilité d'agir sur des segments particuliers de leurs difficultés. Pour autant, cette association constitue un « acteur faible », au sens que les sociologues donnent à ce terme⁽²⁾ : la faiblesse des moyens, les épreuves et contraintes qui se multiplient (nécessité de multiplier les projets et les dossiers de subvention), l'incertitude récurrente quant à la possibilité de poursuivre l'action (au contraire des dispositifs) n'affecte pas la dynamique créée par l'association. La municipalité - hostile pendant un temps - a été obligée de reconnaître son travail et d'intégrer les changements produits ; le Département (via la Mission de prévention des conduites à risques) soutient l'action et tente d'en transférer les acquis ; une réelle démocratie participative s'instaure au travers de multiples occasions d'engagement (participation aux activités, aux responsabilités dans l'association) qui lui permet de maintenir une grande proximité avec les personnes et familles les plus vulnérables. Cette expérience, qui n'a pas vocation à être érigée en modèle, témoigne essentiellement de la possibilité d'agir et de solidariser les acteurs de première ligne et les

personnes vulnérables dans des dynamiques de résistance aux tendances socio-économiques lourdes qui pèsent sur ces territoires. Nous avons aussi approché, à travers les actions des acteurs de première ligne, de multiples figures des problématiques du care et de la reconnaissance qui permettent actuellement de renouveler la réflexion sur les conditions de l'attention aux personnes vulnérables (dispositions à prendre en compte, à discerner les capacités, à développer le respect mutuel).

Au travers de ces différents fronts d'action et d'expérimentation, le champ sanitaire et social tend, par bribes, à reconsidérer ses objets, champs, méthodes et valeurs. Les recompositions qui s'esquissent (espaces intermédiaires, plastonnées de ressources, réseaux d'acteurs) contribuent à réduire un certain nombre des vulnérabilités sans stigmatiser les personnes. Elles font écho à un véritable enjeu politique et institutionnel : la reconstitution et la re-solidarisation de ces bribes étant susceptibles de contribuer à fonder autrement la résistance aux tendances à la précarisation et à la vulnérabilisation.

⁽²⁾ Cf Payet Jean-Paul, Giuliani Frédérique, Laforgue Denis (dir.), La voix des acteurs faibles. De l'indignité à la reconnaissance, PU Rennes, coll. « Le sens social », 2008

ÉCLAIRAGE

SUR LES BONNES PRATIQUES ET LEUR MODÉLISATION

Les micro-expériences réussies prennent appui sur des expériences, l'engagement d'acteurs, les opportunités ouvertes par une conjoncture locale. La possibilité d'être entendues au niveau politique et institutionnel, va de pair avec un risque de réification : la transformation opérée par la modélisation (transformation de l'expérience en nouveau dispositif ou nouvelle procédure) peut conduire à créer de nouvelles injonctions à agir, à ériger des schémas en bonnes pratiques qui vont à l'encontre de l'esprit des actions engagées initialement, qui supposaient une prise en compte des contextes, des processus interactifs associés aux publics et une souplesse d'adaptation suffisante pour assurer la prise en compte de nouveaux événements, l'émergence de nouvelles problématiques.

De plus, les modélisations sont souvent éloignées des cultures et pratiques professionnelles engagées sur les premières lignes. Travailler sur le mode de la prescription, en « disant aux gens ce qu'ils doivent faire » (on retrouve souvent cette posture en prévention, promotion de la santé mais aussi sur certains segments de l'action sociale) conduit à opérer d'emblée une sélection entre ceux qui ont déjà intégré la rationalité et les références sous-jacentes (éducatives, sanitaires, culturelles) et ceux qui se trouvent confrontés à des difficultés et incertitudes qui ne pourront entrer aussi facilement dans de tels cadres. Innover, développer de nouvelles approches, aller à la rencontre de ces personnes pour co-construire avec elles des supports de changement, revient à prendre des risques, à s'écarter du champ de reconnaissance géré par l'institution. Sans accompagnement ni soutiens, ces acteurs se trouvent eux-mêmes engagés dans des conduites à risques et exposés à de la souffrance sociale.