



HAL
open science

Vulnérabilités au prisme des représentations et des pratiques des organisations marchandes et non marchandes.

Abdelmajid Amine, Amina Béji-Bécheur, Audrey Bonnemaizon, Bérangère Brial, Margaret Josion-Portail, Evelyne Rousselet, Amina Bécheur

► To cite this version:

Abdelmajid Amine, Amina Béji-Bécheur, Audrey Bonnemaizon, Bérangère Brial, Margaret Josion-Portail, et al.. Vulnérabilités au prisme des représentations et des pratiques des organisations marchandes et non marchandes.. 33ème Congrès International de l'AFM, AFM, May 2017, Tours, France. hal-01682315v2

HAL Id: hal-01682315

<https://hal.science/hal-01682315v2>

Submitted on 16 May 2018

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

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

SESSION SPECIALE

**AUTEURS : ABDELMAJID AMINE, AMINA BECHEUR, AUDREY BONNEMAIZON,
BERANGERE BRIAL, MARGARET JOSION-PORTAIL, EVELYNE ROUSSELET**

**VULNERABILITES AU PRISME DES REPRESENTATIONS ET DES PRATIQUES DES
ORGANISATIONS MARCHANDES ET NON MARCHANDES**

**VULNERABILITIES TOWARDS SOCIAL REPRESENTATIONS AND PRACTICES OF PROFIT AND
NON-PROFIT ORGANIZATIONS**

**QUEL QUOTIDIEN AVEC LES CLIENTS EN SITUATION DE PAUVRETE ? LE CAS DES
CONSEILLERS BANCAIRES**

**THE DAILY RELATIONSHIPS WITH CONSUMERS FACING POVERTY: THE CASE OF BANK
ADVISORS**

**DES REPRESENTATIONS DES PATIENTS AGES AUX PRATIQUES DE GESTION DES SOINS: VERS
UNE OPPORTUNITE DE CO-PRODUCTION SOIGNANT-SOIGNE**

**FROM REPRESENTATIONS OF THE OLDER PATIENTS TO CARE MANAGEMENT PRACTICES :
TOWARDS AN OPPORTUNITY OF CO-PRODUCTION BETWEEN CARE STAFF AND PATIENTS**

**CHANGER LE REGARD SUR LES VULNERABLES : CAS D'UN PROJET PARTICIPATIF DE BIEN
ETRE ALIMENTAIRE EN TUNISIE**

**CHANGING THE WAY WE LOOK VULNERABLE PEOPLE : THE CASE OF A PARTICIPATIVE
PROJECT OF FOOD WELL BEING IN TUNISIA**

Mots clef : vulnérabilités; gestion de la relation; représentations; pratiques.

Keywords: vulnerabilities; relationship management; representations; practices.

VULNERABILITES AU PRISME DES REPRESENTATIONS ET DES PRATIQUES DES ORGANISATIONS MARCHANDES ET NON MARCHANDES

Si dans le champ sociologique, les travaux relatifs au concept de vulnérabilité sont nombreux et rendent généralement compte d'une fragilisation économique (réduction des ressources, perte d'emploi) et sociale (délitement des liens sociaux) (Castel, 1991), les recherches dédiées à cette notion sont beaucoup moins développées dans la littérature marketing en dehors du périmètre de la consommation alimentaire où sa compréhension reste relative.

En marketing, la vulnérabilité s'entend comme « *un état d'impuissance qui émerge suite à un déséquilibre dans les interactions avec le marché ou suite à la consommation de messages marketing et de produits [...] La vulnérabilité réelle émerge suite à l'interaction entre des variables individuelles et des variables de l'environnement, qui complique l'atteinte des objectifs liés à la consommation, et où l'expérience a un impact sur la perception personnelle et sociale du soi* » (Baker et al., 2005 p. 134).

Cette conception admise au sein de la communauté marketing met ainsi en évidence d'un côté, l'importance des réponses des consommateurs à leurs propres expériences de vulnérabilité (les individus sont potentiellement capables de mobiliser des ressources même marginales pour reprendre le contrôle de leur consommation) et de l'autre, les réponses à la vulnérabilité qui doivent provenir du marché et des politiques publiques par la mise en place de dispositifs adaptés aux individus en situation de vulnérabilité (ex. : offres de produits ou services adaptés, législation pour la protection des consommateurs). Le marketing a ainsi un rôle de « développeur de compétences » des personnes vulnérables au service du renforcement de leur pouvoir d'agir (Gorge et al., 2015).

Cette définition souffre selon nous de deux limites. D'une part, elle tend à réunir sous un même vocable des réalités de vulnérabilité et des publics dits vulnérables foncièrement différents sur le plan des ressources qui leur font défaut (ou qui semblent l'être¹) : il peut s'agir d'un déficit de ressources financières (personnes en situation de précarité voire de grande pauvreté), d'un manque de ressources physiques (personnes âgées, handicapées), d'une carence de ressources cognitives, psychologiques ou linguistiques (personnes souffrant de maladies neurodégénératives, enfants, analphabètes) ou encore d'une fragilité motivationnelle et émotionnelle (deuil, rupture sentimentale) (Brenkert, 1998). Un même public peut d'ailleurs dans certaines situations cumuler ces déficiences de ressources de façon concomitante. Plutôt qu'une analyse de la vulnérabilité par une approche catégorielle (les pauvres, les personnes âgées, les handicapés), une meilleure prise en compte des situations de vulnérabilité rencontrées par les différents figures du bénéficiaire de service (clients, patients, usagers, citoyens) en interaction avec les organisations marchandes ou non-marchandes permettrait tout d'abord de mieux cerner les enjeux liés à la gestion, dans une logique inclusive, de la relation entre les organisations et ces publics fragiles. Elle faciliterait également l'identification, pour chacune d'entre elles, des leviers d'ajustement à ces situations les plus adaptés, dans le prolongement des travaux de Pavia et Mason (2014) qui proposent des dispositifs d'action assez généraux.

D'autre part, la définition de Baker et ses collègues nous semblent passer sous silence le rôle des acteurs marchands et non –marchands, au travers notamment de leurs indicateurs de performance économique ou sociétale, dans la fabrique de la catégorisation de la

¹ Cette distinction renvoie à celle opérée par Goffman (1974) entre individus « discrédités » désignant les porteurs d'un stigmat visible et « discréditables » qualifiant ceux dont le stigmat n'est pas visible mais qui leur est prêté en attendant qu'un contexte d'interaction sociale ne le révèle.

vulnérabilité. A notre connaissance, peu de travaux en marketing (parmi eux, ceux de Nau et al. 2016) explorent en profondeur cette perspective. Et si la vulnérabilité se construisait dans les interactions micro-sociales ? Partant de là, ne pourrait-on justement pas la réduire en travaillant sur les conditions des interactions ? Telles sont les hypothèses de départ des trois articles proposés dans cette session. Plus précisément, les trois recherches proposent de considérer le rôle de la dimension idéale et matérielle (Godelier, 1984) de la culture des organisations et des individus qui les composent dans cette construction collective de la vulnérabilité : les représentations, les modalités d'action, les règles et les procédures. Elles offrent trois terrains correspondant à trois situations de vulnérabilité vécues par trois figures du « bénéficiaire » : le client en situation de précarité qui interagit avec sa banque, le patient âgé hospitalisé dans un service de gériatrie aiguë, le citoyen en discussion avec l'agence du PAM en Tunisie.

La première communication part de l'idée que la Gestion de la Relation Client, en particulier dans le secteur bancaire, repose sur l'idée qu'il est intéressant d'investir dans la relation avec ses clients dès lors que ceux-ci apportent de la valeur à l'entreprise. Que devient-elle lorsque les clients n'ont pas de valeur financière pour la banque alors même que la loi l'oblige à accueillir tous les clients ? La recherche présentée a pour ambition de revisiter la notion de relation-client à l'aune de la gestion des clients précaires par la force de vente dans un secteur d'activité emblématique. Les pratiques relationnelles mises à jour donnent à voir des visions différentes de la prise en charge et de l'accueil de ces publics qui vont de l'application des règles de performance économique de la banque à des pratiques de dérogation à la règle visant à protéger le client, l'éduquer voire le redresser. Cet article ouvre des voies de questionnement des notions de déviance des vendeurs du point de vue des règles et procédures des établissements bancaires et d'éthique des vendeurs du point de vue sociétal.

La deuxième communication propose une lecture des pratiques de soins des patients âgés dans un service de gériatrie aiguë d'un groupe hospitalier d'Ile-de-France par les représentations des professionnels de santé logées dans leurs interactions quotidiennes avec les patients âgés. Elle met en évidence des « pseudo » formes co-production facilitées par la mise en œuvre de stratégies tentant d'inclure au minimum les patients âgés dans la construction de leurs parcours de soins, pratiques fortement liées à une prédominance de la représentation du patient âgé en termes de déficiences de ressources et de compétences.

Enfin la troisième communication traite de la conduite d'un projet participatif de bien être alimentaire en Tunisie conduit par le PAM (Programme Alimentaire Mondial) en lien avec des femmes du territoire. Elle confronte les représentations du projet participatif et de ces objectifs du point de vue des différentes parties prenantes et montre que l'approche « caritative » du PAM qui se veut inclusive reproduit une certaine forme de domination. L'article propose des pistes de recommandations pour transformer le regard sur la dite « vulnérabilité » en transformant les modalités d'échanges et de participation intégrant les compétences des femmes tunisiennes.

En conclusion, ces trois recherches ouvrent une discussion sur les conditions de la transformation des représentations des situations de vulnérabilité et de leur prise en charge à même de changer à leur tour les cadres et normes organisationnelles. Deux voies possibles semblent se dégager : d'une part, démasquer les pratiques déviantes innovantes souvent marginales des acteurs en contact au quotidien avec les publics concernés ; d'autre part, être davantage à l'écoute des acteurs dits « vulnérables » et de leurs savoirs d'usage. Ces propositions pourraient notamment être débattue dans le cadre de cette session spéciale.

QUEL QUOTIDIEN AVEC LES CLIENTS EN SITUATION DE PAUVRETE ? LE CAS DES CONSEILLERS BANCAIRES

Introduction

Les consommateurs en situation de fragilité économique sont en nombre croissant dans les pays industrialisés. En France, si l'on s'en tient à une mesure objective de la pauvreté, 8,7 millions de personnes vivaient sous le seuil de pauvreté en 2014 (Insee, 2014)², soit plus d'un million de plus qu'en 2004. Les recherches en marketing se sont tardivement intéressées à cette forme de vulnérabilité (Blocker et al., 2013 ; Brenckert, 1998). Les premiers travaux réalisés interrogent les pratiques et expériences de consommation (Blocker et al., 2013 ; Gorge et Özçağlar-Toulouse, 2013 ; Martin et Hill, 2012), les ressources que les consommateurs vulnérables d'un point de vue économique développent (Gorge et Özçağlar-Toulouse, 2013), les politiques de prix que les entreprises adoptent à leur égard (Talukdar, 2008). Mais, alors même que les forces de vente jouent un rôle essentiel dans la gestion de la relation client, aucune recherche n'a, à notre connaissance, été conduite sur les forces de vente face aux clients en situation de pauvreté. L'ambition de notre recherche, de nature exploratoire, est d'ouvrir cette voie. Elle est plus spécifiquement focalisée sur les pratiques des vendeurs et s'appuie sur l'étude du cas des forces de vente bancaires. Les résultats mettent en évidence la diversité des pratiques des vendeurs face aux consommateurs en situation de pauvreté.

Littérature

Depuis les années 90, dans le cadre d'une intensification de la concurrence et d'une recherche de profitabilité accrue, les entreprises commerciales se sont engagées dans le pilotage de la valeur de leurs clients. Pour y parvenir, elles se sont appuyées sur les préceptes de la gestion de la relation client (Grönross, 1990 ; Gummesson, 1987), en particulier le principe selon lequel le traitement du client doit être fonction de sa valeur pour l'entreprise (Gupta et al., 2004 ; Haenlein et al., 2006). Il est ainsi recommandé aux entreprises d'investir dans leurs clients en fonction de la valeur de ces derniers.

Les consommateurs en situation de pauvreté ont un niveau de revenus et un potentiel d'achat faibles. Ils contribuent donc a priori peu à la performance des entreprises. Appliquer ce principe peut conduire les entreprises à leur consacrer un niveau de ressources peu élevé. Or, les forces de vente constituent un point d'appui essentiel du déploiement des approches relationnelles (Dampérat, 2006). Les vendeurs pourraient donc à ce titre être orientés par leurs entreprises vers des pratiques défavorables aux consommateurs en situation de pauvreté, par exemple en termes de disponibilité ou de niveau de service. Mais ils font également face aux attentes exprimées par leurs clients.

Par ailleurs, les faibles revenus des clients influent sur les relations de service qu'ils entretiennent avec leurs prestataires (Gadrey et al., 1997 ; Gilson, 2010), toute relation de service étant intrinsèquement une relation de pouvoir (Gadrey, 1994). Or les mécanismes à l'œuvre dans la relation commerciale entre client pauvre et vendeur ne révèlent pas seulement une asymétrie de l'information et un rapport de force en faveur du vendeur (Gadrey, 1994). Des difficultés existent, en miroir, pour les deux parties prenantes (Gilson, 2010 ; Lazarus, 2012). L'ensemble des éléments invite à s'interroger sur les pratiques des vendeurs face aux

² Le seuil de la pauvreté est défini en France comme équivalent à 60% du revenu médian.

consommateurs en situation de pauvreté, au-delà des politiques de gestion de la relation client qu'ils doivent implémenter.

Méthodologie

L'approche retenue est celle de l'étude d'un cas. Le choix du secteur bancaire se justifie par le fait que les banques de détail utilisent la segmentation en faveur des clients à plus forte valeur (Des Garets et al., 2009 ; Haenlein et al., 2007). Le secteur bancaire constitue de plus un cas exemplaire (Yin, 2003). Les banques sont tenues d'accueillir tous les consommateurs, y compris ceux qui ont des revenus très modestes. Une loi a en effet instauré le droit pour tous les français de pouvoir ouvrir un compte dans une banque (1998)³, la détention d'un compte bancaire étant devenue indispensable au risque d'exclusion sociale⁴. Mais ce droit n'est pas systématiquement respecté par les banques qui sont régulièrement condamnées. Le terrain qu'offrent les banques devrait donc permettre une observation répétée de notre objet d'étude. Enfin, les conseillers bancaires ont une vision globale des dépenses que leurs clients effectuent à partir de leur compte bancaire. Ils sont donc en mesure d'appréhender l'ensemble de leurs problèmes budgétaires.

Vingt entretiens semi-directifs ont été menés auprès de conseillers bancaires ou directeurs d'agence bancaire. Les entretiens ont été conduits dans une variété de contextes géographiques mais sont uniformes sur le plan socio-démographique (zones populaires). Les grandes enseignes bancaires sont représentées dans l'échantillon. 21 heures d'entretien ont été retranscrits intégralement donnant ainsi lieu à l'équivalent de 937 pages de *verbatim*. Ils ont été analysés par l'intermédiaire d'une analyse thématique dite formatée ou *a priori*.

Résultats

L'étude qualitative met en lumière six situations typiques auxquelles les conseillers sont tous confrontés dans leur relation avec leurs clients vulnérables. Ces six situations sont les suivantes : l'accueil des nouveaux clients vulnérables qui veulent ouvrir un compte ; la gestion des frais bancaires : frais de découvert d'une part, frais de rejet de prélèvement d'autre part ; la vente de produits additionnels et, enfin, la proposition de services périphériques comme la gestion de leur compte ou l'aide sociale. Face à ces situations qui ont émergé dans tous les entretiens, les conseillers déploient une variété de comportements, parfois très opposés les uns aux autres.

Situation typique 1 : les comportements vis à vis des nouveaux clients vulnérables. Face à une demande d'ouverture de compte par un prospect vulnérable, les conseillers ont trois pratiques. Une première pratique observée consiste en ne pas leur ouvrir de compte : « *On leur dit : et bien non. Compte tenu des fonctionnements de compte que vous avez on...ne peut pas, nous, ouvrir votre compte* » (Corinne). Un autre comportement consiste en ouvrir un compte mais en limitant les opérations : « *au final, je finis par leur ouvrir en les limitant comme pas possible, comme s'ils étaient mineurs* » (Jennifer). Enfin, un dernier comportement consiste en ouvrir le compte et équiper le client comme tout client : « *ce sont des clients qui vont avoir une carte... haut de gamme, une carte Visa Premier ou Gold de Mastercard* » (Karim).

³ « Toute personne physique résidant en France, dépourvue d'un compte de dépôt, a droit à l'ouverture d'un tel compte dans l'établissement de crédit de son choix ou auprès des services financiers de La Poste ou du Trésor public ».

⁴ Pour percevoir un revenu, des prestations sociales ou louer un logement, il est nécessaire aujourd'hui de détenir un compte bancaire. L'exclusion bancaire, c'est-à-dire le fait de rencontrer « des difficultés d'accès et/ou d'usage dans ses pratiques bancaires » peut ainsi conduire à l'exclusion sociale (Gloukoviezoff, 2004, p.12).

Situation typique 2 : la gestion des frais bancaires liée aux découverts. Le découvert et le dépassement de découvert sont des opérations de crédit à court terme et donc des services facturés par les banques. Les conseillers adoptent trois comportements face à leurs clients vulnérables : ils peuvent rembourser les frais avec ou sans conditions, ou ne pas le faire. Des conseillers n'extournent pas les frais et certains y voient un moyen de faire du chiffre d'affaires : « *On n'a pas le droit de les rembourser* » (Pierre) ; « *De par la tarification qu'on applique [...], financièrement, ce sont des bons clients pour nous* » (Sébastien). Des conseillers remettent les frais des clients pauvres sans condition : « *Quelqu'un qui a un compte... qui fonctionne très, très difficilement... qui a quasiment ... quasiment rien... enfin on va faire très attention de ne pas le plomber en frais* » (Aurélie). D'autres conseillers remboursent seulement aux clients pauvres méritants : « *On n'est pas prêt à perdre ces 400 euros de découvert pour quelqu'un qui s'est fait plaisir. Peut-être qu'on est prêt à les perdre pour quelqu'un qui a été raisonnable et qui est en grande difficulté* » (Cléa).

Situation typique 3 : la gestion des frais bancaires liée aux prélèvements. Lorsqu'un client n'a pas les fonds nécessaires sur son compte et qu'un prélèvement est présenté, les conseillers adoptent différents comportements : soit ils laissent faire le système, le prélèvement est rejeté et le client paye des frais. Dans ce cas, le conseiller peut ou non appeler le client pour le prévenir du rejet. « *Ils attendent que, pour le moindre prélèvement, on les appelle à chaque fois. [...] au bout d'un moment on ne téléphone plus [...] on voit qu'il n'y a pas d'évolution dans le comportement* » (John). L'autre option est d'intervenir soit en augmentant le seuil de découvert autorisé soit en mettant le compte en opposition « *On ajuste et puis, c'est surtout qu'on ne les mette pas en... que le prélèvement ne soit pas rejeté parce que, pour eux, c'est une difficulté supplémentaire* » (Josiane). Certains conseillers peuvent aller encore plus loin en demandant aux créanciers de changer leurs dates de prélèvement : « *en appelant EDF et bien on s'arrange pour qu'ils mettent en place un échelonnement* » (Yann).

Situation typique 4 : la vente de produits et services additionnels. Dans le cas de la vente, les conseillers peuvent proposer aux clients en situation de pauvreté les mêmes produits qu'aux autres clients : « *Il n'y a pas de différenciation entre une clientèle haut de gamme et une clientèle plus en difficulté par rapport aux objectifs commerciaux* » (Sébastien) ; certains privilégient les produits de prévoyance et d'assurance qui sont plus accessibles : « *La prévoyance, des fois, pour eux... pour s'assurer sur 30 000 euros c'est 5 euros. 5 euros, ils peuvent les sortir* » (Saïda). Enfin, des conseillers ne proposent pas de produits, même les moins onéreux : « *cela ne sert à rien de leur mettre des produits d'assurance ou autres parce que cela va alourdir leur budget, alors que déjà on est dans une phase où il faudrait les aider* » (Karim).

Situation typique 5 : les propositions de services périphériques comme la gestion des frais. Face aux difficultés rencontrées par certains clients vulnérables pour gérer leur compte, les conseillers adoptent aussi bien des comportements d'ingérence que de non-assistance. Ainsi nombreux disent « *ce n'est pas notre rôle* » (France) de leur apprendre à gérer leur compte, voire de gérer leur compte à leur place, ou « *nous ne sommes pas l'assistante sociale* » (Saïda) mais beaucoup parmi eux le font quand même : « *c'est notre rôle pour éduquer le client...* » (Chrystel) ; « *on est quasiment des assistants sociaux...* » (Théo). L'éducation peut aussi passer par le prélèvement de frais, sur le mode du conditionnement opérant punitif (Skinner, 1953) : « *c'est marrant, mais voilà, les frais peuvent être pédagogiques* » (Sophie). Certains conseillers vont au-delà de l'éducation et gèrent les comptes à la place du client : « *il y a des clients qui nous demandent : écoutez, j'ai du mal à gérer mon budget, est-ce que vous pourriez m'aider à le faire ? Alors, on ne va pas dire non* » (Albin). Certains vont encore plus loin et gèrent les moyens de paiement : « *Votre carte*

bancaire, vous allez la rendre et puis... une fois que cela ira mieux, je vous la rendrai [...] j'ai un tiroir plein de cartes bancaires que j'ai confisquées » (Jennifer).

Situation typique 6 : les propositions de services périphériques comme l'aide sociale. Face à un client pauvre qui n'arrive plus à subvenir à ses besoins, les conseillers ont là encore une variété de comportements. Cela va du refus de mettre le client en contact avec les organismes compétents : « *Notre rôle ce n'est pas d'interpeler les différentes structures sociales* » (Sébastien), en passant par le conseiller facilitant : « *je leur conseille d'aller voir... l'assistante sociale ou quoi parce que je pense qu'ils ont besoin d'un accompagnement au jour le jour* » (Samia), jusqu'au conseiller qui appelle lui-même les structures sociales et s'implique « *on les aide dans d'autres domaines que la banque* » (Théo). Une autre façon d'aider les clients vulnérables est de leur faire des avances d'argent, au-delà du découvert autorisé voire de leur acheter ce dont ils ont besoin : « *Même si on est banquier et si on a des règles strictes de risque [...] vous ne pouvez pas laisser... des gens comme cela* » (Josiane) ; « *j'ai été retirer 10 euros. Je l'ai accompagné à la pharmacie, je lui acheté son pot de lait* » (Jennifer). D'autres respectent la règle bancaire et ne font pas d'avance : « *L'argent qu'ils n'ont pas... on ne peut pas l'inventer non plus* » (Pierre).

Chaque situation typique appelle un comportement différent selon les conseillers. Néanmoins, le choix du comportement à adopter n'est pas forcément facile. Les situations renvoient les conseillers à un questionnement sur leur métier et leur rôle face aux clients vulnérables. Ils font référence à leur fiche de poste, et comparent à ce qu'ils font en réalité avec ces clients. A la question « *quelles sont vos grandes missions ?* », Théo répond : « *Alors, les missions définies par mon poste, ou les missions que je réalise ?* ». De nombreux *verbatim* mettent en perspective leur rôle et leurs comportements réels. Ainsi Albin énonce une préoccupation partagée par tous : « *Ce n'est pas notre rôle. On n'est pas assistant social* », ou encore « *Je ne pense pas que c'est notre rôle. Parce que, aujourd'hui, concrètement... ce n'est pas dans ma fiche métier quoi [...] enfin si, cela peut être un peu notre rôle quand même* » (Chrystel).

Une opposition semble se dessiner : selon leurs dires, certains comportements à adopter seraient « humains » alors que d'autres seraient conformes aux règles de l'entreprise : « *il y a les normes règlementaires de l'entreprise qu'on se doit de respecter* » (Thibaut) ; « *Tout en respectant, quand même, la réglementation, la loi, on essaie, autant que faire se peut, de ne pas les enfoncer plus, si je puis dire... et de les aider comme on peut* » (Sophie) ; « *il y a une formalité à respecter mais après il est évident que l'aspect humain entre en ligne de compte* » (Albin) ; « *parfois, la vie fait qu'on est obligé ... on est obligé de ne pas respecter les règles* » (Alexia).

Conclusion

Cette recherche présente les limites propres à une étude de cas unique : il conviendrait de la dupliquer dans des secteurs différents. Elle révèle cependant la diversité des pratiques des forces de vente bancaires face aux consommateurs en situation de pauvreté. Elle invite à s'interroger sur les facteurs individuels ou situationnels susceptibles d'influer sur les comportements des vendeurs. Ceci constitue un premier axe de recherche. Leurs pratiques apparaissent par ailleurs dans certains cas, comme non conformes aux règles de l'entreprise ouvrant la voie à des recherches tant sur la déviance que sur l'éthique des vendeurs face aux consommateurs vulnérables d'un point de vue économique et d'un point de vue sociétal.

DES REPRESENTATIONS DES PATIENTS AGES AUX PRATIQUES DE GESTION DES SOINS: VERS UNE OPPORTUNITE DE CO-PRODUCTION SOIGNANT-SOIGNE

Introduction

Ramenée au contexte de la santé, la question de la relation de service renvoie à l'implication des deux parties prenantes - patient et soignant - et à la mobilisation potentielle de leurs ressources respectives pour nourrir et faire vivre cette relation de soins. Si cet engagement est acquis dans le cadre d'une relation dite « normale », cette question prend une autre tournure lorsqu'il s'agit d'une relation qui concerne des publics vulnérables. En effet, dans ce dernier cas, les deux parties prenantes semblent à première vue s'inscrire dans un rapport asymétrique au profit de l'organisation (ici l'établissement de santé) et de ses agents (personnel de soins) qui peuvent se prévaloir d'une légitimité dans l'administration des soins fondée sur leurs compétences. Cette asymétrie est amenée à se refléter dans les pratiques d'administration de soins qui vont se (re)configurer le long des expériences de service avec les patients.

Il est ainsi possible de lier les représentations du patient âgé vulnérable chez les soignants à une déclinaison de pratiques de soins qui aboutit à des instrumentalisation variées de la vulnérabilité soit pour accentuer la tutelle et le contrôle sur ce dernier, soit au contraire pour se délester de certaines tâches rentrant dans la relation de soins sur cette population (avec une palette de situations intermédiaires liées à la variété des contextes d'interaction avec les malades) dans une visée d'efficacité. A l'opposé de cette vision incapacitante, on peut entrevoir une autre perspective consistant à considérer la diversité des situations de vulnérabilité rencontrées par les patients âgés et à les définir comme des individus qui ne subissent pas la relation de soins car disposant de ressources et de latitudes pour faire entendre leur voix et défendre leurs intérêts. Cette perspective ouvrirait ainsi la voie à davantage de co-production des soins, à un « faire avec » les patients âgés dit vulnérables.

Entre ces deux visions contrastées, la réalité est probablement beaucoup plus nuancée. Ces réflexions liminaires nous amènent ainsi à formuler les deux questionnements suivants auxquels nous tenterons de répondre dans ce papier : *Comment et en fonction de quels référentiels et signaux renvoyés par le patient âgé « vulnérable », les soignants configurent-ils la prise en charge de ce dernier? Et dès lors, comment ces représentations se cristallisent-elles dans les pratiques de soins ?*

La vulnérabilité en marketing : éclairage théorique

Outre la recherche de Pavia et Mason (2014) qui vise à comprendre comment diverses déficiences d'ordre physique, cognitif et comportemental peuvent mener à la vulnérabilité, les travaux publiés à ce jour se sont essentiellement attelés à définir les contours de la vulnérabilité du consommateur. Pour Brenkert (1998), les individus vulnérables sont susceptibles d'être davantage brutalisés par les autres (individus, organisations, institutions) que les individus normaux. Ils sont ainsi potentiellement soumis à la nuisance des autres (individus ou organisations) et ont une faible latitude de contrôle sur ces facteurs de nuisance. De leur côté, Gondard-Delcroix et Rousseau (2004) définissent le concept de vulnérabilité comme « *la probabilité de voir son niveau de bien-être se dégrader à la suite d'un choc, la vulnérabilité rendant compte des pressions extérieures auxquelles les individus sont soumis* ». Enfin, Baker et al. (2005) considèrent que « *la vulnérabilité du consommateur est un état d'impuissance provenant soit d'un déséquilibre dans les interactions avec le marché ou avec la consommation des messages marketing et des produits* ». Ces définitions ont toutes en commun l'idée de domination et de soumission de l'individu vulnérable à des facteurs extérieurs défavorables capables d'altérer les conditions de vie, l'intégrité et le bien-être de ce dernier. Cependant, en attribuant singulièrement les raisons de la fragilité des individus à des

causes externes, ces définitions de la vulnérabilité rendent compte d'une posture passive du consommateur qui subit les affres de son environnement que nous proposons de questionner dans la mesure où elle occulte les capacités des individus, même jugés vulnérables, à trouver et combiner des ressources résiduelles pour contrer les incidents de parcours et reprendre peu ou prou le contrôle de leur sort.

Proche du champ de la santé, la définition de la vulnérabilité dans une perspective bio-éthique proposée par Kemp et al. (2000) conçoit « *les personnes vulnérables comme celles dont l'autonomie, la dignité et l'intégrité sont menacées* ». Cette définition, assez ouverte au demeurant, permet de considérer les patients âgés comme des individus confrontés à la vulnérabilité parce qu'ils cristallisent des maladies chroniques, des pluri-pathologies, un déclin fonctionnel et une déchéance du rôle social (Monod et Sautebin, 2009). Parmi les quatre facteurs de risque de vulnérabilité chez la personne âgée identifiés par ces auteurs, deux sont particulièrement éclairants dans le cadre de cette recherche portant sur des patients âgés hospitalisés en service de gériatrie aiguë : *la dépendance fonctionnelle*, qui exprime l'incapacité du patient âgé à réaliser des activités physiques ou mentales nécessaires à la vie quotidienne, ce qui le place dans une situation de dépendance vis-à-vis de tiers pour l'accomplissement de ces différentes tâches ; et *la perte d'autonomie*, qui consiste en l'incapacité de l'individu à faire des choix en toute autonomie. Privé de la faculté d'agir par lui-même, et perdant le contrôle sur son propre destin, celui-ci devient tributaire des décisions prises par les autres (soignants, ayants droit) à sa place, ce qui accentue de fait sa vulnérabilité. L'effet conjugué de ces deux types de dépendance accentue la tendance à percevoir ce dernier comme une personne vulnérable et porte les germes d'un risque d'atteinte au sentiment de dignité et d'intégrité de ces patients (Monod et Sautebin, 2009). Cependant, les représentations stéréotypées d'incapacité, de dépendance et de perte d'autonomie attribuées aux patients âgés, en plus d'être stigmatisantes pour ces derniers, sont injustement associées indistinctement à cette population (Monod et Sautebin, 2004) et doivent davantage être contextualisées et lues en fonction de la singularité de chaque expérience de service de soins.

L'approche de la vulnérabilité par le déficit perçu des ressources et compétences, donc par les représentations que se fait le soignant du degré de disponibilité de ces moyens chez le patient âgé et de la capacité ou non de ce dernier à en disposer semble appropriée pour explorer la question de la configuration de la relation de soins entre soignant et soigné, dans la mesure où ces représentations performent le réel et s'ancrent dans les pratiques de soins. Cette approche par les représentations permet ainsi de saisir la diversité des micro-pratiques de gestion de ces publics par les soignants, micro-pratiques plutôt cachées et tacites car enfouies dans les interactions quotidiennes avec les patients.

Méthodologie

Cette recherche exploratoire a été menée dans le cadre d'un projet plus large portant sur la gestion des transitions et des parcours de soins des patients âgés de 75 ans et plus entre leur domicile et les différents services d'un groupe hospitalier d'Ile de France. Une première collecte de données a été conduite de juin à octobre 2016 auprès des professionnels de santé d'un service de Gériatrie Aiguë de cet établissement. La participation à l'étude s'est opérée sur la base du volontariat après que les cadres infirmiers aient présenté le thème général de l'étude aux informants potentiels. Les résultats ci-après rendent compte des figures du patient âgé qui performent les pratiques de soins : 18 entretiens semi-directifs avec différents types de professionnels de santé (médecins, personnel infirmier et aide-soignant, diététicien et kinésithérapeute avec une ancienneté allant de moins d'un an à plus de 30 ans, menés sur le lieu de travail en service de jour comme de nuit, d'une durée moyenne d'une heure, puis enregistrés et intégralement retranscrits ont été analysés. La méthode choisie consiste en un

codage fondé sur des allers-retours entre les données recueillies et les interprétations successives des chercheurs nourries par leurs lectures (Miles et Huberman, 1994). Un double codage a été opéré entre les auteurs en vue de fiabiliser les résultats et ce processus de codage a donné lieu à l'émergence de plusieurs catégories de sens permettant d'identifier les principales représentations du patient âgé mobilisées par les professionnels de santé et les grandes catégories de pratiques qui en découlent.

Résultats

Les figures du patient âgé mobilisées dans les discours : une dualité des représentations par les déficiences et par les ressources/compétences. La polypathologie constitue une représentation consubstantiellement associée au patient âgé par les personnels soignants dans le sens où elle renvoie à l'instabilité et la variabilité de l'état des patients qui peut se dégrader très rapidement mais aussi à la difficulté d'évaluer les effets secondaires des traitements administrés. Au-delà de cette figure, les discours des informants donnent à voir les deux grandes catégories de représentations de la vulnérabilité qui ressortent de la littérature évoquée précédemment. D'un côté, une vision marquée par la dépendance fonctionnelle et la perte d'autonomie perçues, de l'autre, une représentation du patient âgé envisagé comme un individu capable dont les ressources et compétences sont mises en acte dans les interactions avec le personnel soignant. Nos résultats permettent d'affiner ces méta-catégories de sens et révèlent une multiplicité de figures non exclusives les unes des autres.

Les représentations par les déficiences.

Le patient dément. Associée à la dépendance fonctionnelle décrite par la bioéthique, la démence du patient revient régulièrement dans l'exposé des pratiques de soins des professionnels de santé. Cette démence réelle ou exagérée cristallise les projections de chacun dans la vieillesse. Elle est pour certains un miroir du futur et appelle ainsi à leur responsabilité sociale quand pour d'autres elle suscite la peur et le rejet. Cette démence dans sa version « douce » s'apparente à de l'angoisse et de la confusion accentuées par les lieux aseptisés de l'hôpital

Le patient dépendant. Le patient est également perçu comme dépendant par les informants qui adoptent le registre représentationnel de la déficience. Les professionnels de santé s'interrogent cependant : s'agit-il d'une dépendance effective liée à la polypathologie des patients âgés ou d'une dépendance consciencisée que les patients instrumentalisent pour qu'on leur prête davantage attention ?

Le patient enfant. Le patient âgé est très souvent comparé à un enfant dépourvu de jugement critique, qui éprouve parfois des difficultés à verbaliser sa douleur et qui est 'sous tutelle' de ses parents. La figure de la famille omniprésente dans le discours des informants contribue au renforcement de cette représentation. Prolongement du patient, la famille peut être l'alliée de l'équipe médicale, mais constitue aussi, voire souvent, un frein au pouvoir d'agir du patient.

Le patient souillé. Minoritaire et présente dans le discours des aides-soignants, personnel le plus proche des « corps » des patients. Le corps du patient âgé est marqué par le déclin, la dégénérescence, la souillure non contrôlée dont le personnel soignant doit effacer les traces honteuses.

Le patient du passé. Cette dernière représentation plus minoritaire apparaît principalement dans le discours des soignants plus jeunes, cette figure révèle la séparation de deux mondes : celui du présent, de la modernité avec ses codes et son langage et celui des patients âgés dont les expressions langagières, notamment, et le rapport à l'autre est jugé dépassé et désuet.

Tableau 1 : les figures du patient déficient sur le plan des ressources

Figures du patient	Verbatim significatifs
Le patient dément	« Une personne âgée, des fois, si elle refuse ce n'est pas parce qu'elle a envie de refuser, c'est parce qu'elle ne comprend pas trop. Parce que beaucoup sont assis avec beaucoup de démence...ce n'est pas parce qu'ils ont envie de refuser » (IDE EK) « Ils sont plus fragiles. Ils sont plus vulnérables. Donc du coup...et puis...et puis, vous savez, un jeune qui arrive à l'hôpital, il est hospitalisé. On sort une personne âgée de chez elle, elle perd ses repères. Elle n'est plus chez elle. Elle n'a plus ses repères. Le...l'hôpital les...rend les gens confus, désorientés » (IDE BL)
Le patient dépendant	« Oui, parce que vous allez avoir des gens qui vont vous dire : « je ne peux pas faire ». Alors ça, vous vous dites : « ok ». Il faut connaître votre patient parce qu'il y a des gens ils vont être...ils vont avoir tendance à dire : « ah non, non, je ne fais pas parce que je suis à l'hôpital. C'est à vous de faire quoi ». (CI SF)
Le patient enfant	« On ne peut pas...je ne sais pas si c'est le terme approprié pour dire infantiliser quelqu'un. C'est-à-dire, oui...c'est-à-dire que, parfois, ils...ils chantaient des comptines à leur père, par exemple, comme si c'était un enfant en fait. Et...moi cela m'a un peu choquée parce que je me dis : « certes on vieillit mais...nos enfants ils ne sont pas obligés de faire comme si on est des enfants en fait, parce qu'on n'est plus des enfants. On est des adultes ». Donc...ça, cela m'a choquée. » (AS CB)
Le patient souillé	« Il m'est arrivé quelque chose mais cela date. Cela...cela m'a marqué. La personne qui travaillait avec moi est partie à la retraite. C'est une dame qui était dans la chambre 48 et...elle avait vraiment fait ses besoins, mais il y en avait partout. On ne pouvait pas la laisser. C'est une dame qui était vraiment fatiguée. Mais on pouvait...elle en avait partout dans le dos. Le lit même était rempli : cela débordait. Et on se dit : « mais... », avec ce monsieur - mon collègue s'appelait [collègue] il n'est plus dans ce...il est à la retraite au pays - on s'est dit : « (...) on va le faire. On ne va pas la laisser comme cela. Non, ce n'est pas possible » (AS GM nuit).
Le patient du passé	« Oui, la lampe torche oui. Sinon...je ne veux pas...et puis ils sont là : « ah, vous avez besoin de lumière ? Ah et bien vous des yeux de chat ! » (<i>Rires</i>) ça c'est...vraiment c'est caractéristique de la personne âgée qui sort des expressions...(<i>Rires</i>) Ils ont tout le temps des expressions comme cela en fait » (IDE GC nuit)

Les représentations par les ressources et compétences.

Le patient-aîné. Cette figure fait écho à la figure du patient du passé : loin d'ériger des frontières entre un monde présent et un monde ancien, un ensemble de répondants envisagent au contraire le patient âgé comme « l'aîné », celui qui transmet son expérience, son vécu riche d'enseignements pour les générations actuelles.

Le patient-citoyen. Il est question ici de droits associés aux patients âgés : droit à savoir la vérité sur sa maladie, droit du patient à refuser les traitements, droit du patient à être informé sur son parcours de soins.

Le patient-résistant/déviant. Loin de la figure du patient âgé vulnérable, les récits des informants évoquent les nombreux conflits de « traduction » qui émaillent la relation de soins. Les patients âgés refusent ou résistent aux soins, voire adoptent des comportements déviants.

Le patient-personne. Dans le prolongement du patient-aîné, un certain nombre de répondants considèrent les patients âgés avant tout comme des personnes, des individus avec lesquels il est possible d'entretenir une relation d'égal à égal, de converser, d'échanger, de rire.

Tableau 2 : les figures du patient-acteur doté de ressources

Figures du patient	Verbatim significatifs
Le patient-aîné	« Oui parce que, par exemple, parfois ils sont...ils sont marrants, ils ont toujours des petites anecdotes qui font que cela nous fait avoir le sourire et...du coup, des fois, on cogite sur...des fois, ils ont le recul sur certaines choses. Et puis...du coup on dit : « tiens mais...c'est peut-être très intéressant quand même... » Voilà » (AS CB)
Le patient-citoyen	« C'est-à-dire que...il faut dire ce que le patient est en droit d'entendre, hein. C'est...le patient il a le droit de ne pas savoir ; c'est-à-dire que si le patient ne veut pas savoir ce qu'il a comme maladie, il faut qu'on respecte sa volonté. Il faut qu'on essaie de savoir pourquoi il ne veut pas le savoir. Mais...en tout cas, il...il faut qu'on lui dise ce qu'on a trouvé et après...lui dire est-ce qu'il souhaite qu'on informe sa famille. C'est vraiment le patient qui est...détenteur de sa...de sa maladie» (Médecin senior SK).
Le patient-résistant/déviant	« Ne pas pouvoir accéder à des demandes qui me sont faites ? Et bien si oui...s'il y a un patient qui me demande, par exemple, de sortir en pleine nuit (<i>rires</i>), je ne vais pas pouvoir lui répondre. Je vous assure qu'il y en a hein qui veulent partir » (AS AB nuit)
Le patient-personne	« C'est quelqu'un qui profite...quelles que soit...les circonstances... ..quelle que soit la maladie...et bien elle a toujours le sourire, elle a la pêche. Et on...ça c'est...ça c'est important. C'est... Ah oui ! Bien vieillir c'est...c'est cela... On a des douleurs mais bon on va faire avec et on va penser à autre chose. On va rigoler. J'ai...j'ai des patients qui aiment rigoler même si...elles ont mal et voilà » (AS JM)

Des représentations des patients âgés aux pratiques de soins : vers une opportunité de co-production soignant-soigné. La multiplicité des figures du patient s'incarne dans une forme de continuum des pratiques allant de l'infantilisation, en passant par le *care*, jusqu'à des formes embryonnaires de co-production de soins.

L'infantilisation. Cette pratique est souvent le fait de professionnels de santé ayant une vision incapacitante du patient âgé. Le patient âgé est une personne âgé qu'il convient d'éduquer voire de redresser. L'administration des soins est codifiée selon les protocoles en vigueur en gériatrie à destination d'un patient presque chosifié.

Le care. Philosophie de pratiques de soins bien établie dans le milieu médical et hospitalier, le *care* caractérise une approche du patient âgé imprégnée de bienveillance consistant à répondre à tous ses besoins. On peut se demander si paradoxalement, cette approche ne tend pas à maintenir le patient dans son état de vulnérabilité.

La pseudo co-production. Un dernier ensemble de pratiques, regroupées sous le vocable de pseudo co-production, se dessine. Elles visent à prendre en compte les intérêts du patient et ses attentes quitte à ce que ce soit imprégné par les figures passives du patients âgé qui laissent une place étroite à la capacité/volonté de ce dernier à proposer, participer, voire contester les soins.

Tout part de l'idée qu'il faut, dans une logique inclusive, faire participer le patient aux soins mais avec des dispositifs actionnables par les soignants. Trois types de stratégies contribuent à réifier cette pseudo co-production de soins en conciliant la prise en compte des attentes et l'impossibilité pour les patients soignés de parfois faire entendre leur voix : 1. Résister à la famille ou se faire aider par la famille, 2. Utiliser et reconnaître les objets du patient permettant d'accéder à son identité et d'entrer en communication avec lui, 3. Mettre en place une approche globale nécessitant un travail de questionnement approfondi et formalisé.

Tableau 3 : le continuum des pratiques de soins

Pratiques de soins	Verbatim significatifs
Infantilisation	« Pour moi, un patient c'est un patient. Après, c'est vrai que les patients...les personnes âgées je...c'est vrai que je vais peut-être plus « infantiliser » mais sans être...méchante [...] c'est comme les enfants. Je reviens au truc infantile mais, des fois, on a l'impression qu'ils testent quand c'est une nouvelle tête. Ils ont une attitude différente. Souvent, quand on recadre tout de suite, qu'on met les points sur les i, en disant : « je suis une adulte, je suis là pour vous soigner certes mais pas pour vous servir », après cela se passe bien». (IDE EL)
Care	« Alors, vieillissement : dépendance...c'est la première chose hein. Dépendance, autonomie voilà. Quel est leur degré d'autonomie. Quel est leur degré de dépendance. Dans quoi on peut les aider...et puis, ce sont des gens qui sont...malentendants. Ce sont des gens qui ne voient pas bien. Ce sont des gens qu'il faut aider dans tous leurs besoins, au final. Voilà » (IDE BL)
Pseudo Co-production	<p>1. Résister à la famille/se faire aider par la famille. « Des fois, on court dans tous les sens mais...il est arrivé, par exemple...de garde l'après-midi, que le soir à 18 heures quand je demande à un patient : « est-ce que vous voulez un potage » - parce qu'on propose toujours des potages - et bien ce n'est pas le patient qui répond. C'est la famille. Là, je reprends gentiment la personne en lui disant : « excusez-moi, vous n'êtes pas Monsieur Untel » (IDE EK)</p> <p>2. Utiliser les objets des patients. « Si, par exemple, votre patient a besoin d'une paire de lunettes pour la lecture, il faut que je sache que je vais retrouver la paire de lunettes dans la chambre, parce que s'il n'a pas sa paire de lunettes, cela veut dire qu'il ne va pas pouvoir, forcément, lire les documents que je vais lui remettre » (CI SF).</p> <p>3. Mettre en place une approche globale nécessitant un travail de questionnement approfondi. « Donc...je vais demander un petit peu...comment il vit. Est-ce que l'appartement est adapté ? Est-ce qu'il y a un ascenseur ? Est-ce qu'il a des aides ? Est-ce qu'il sort de chez lui ? Comment il marche ? Je ne vais pas poser cette question quand je vais voir...un petit jeune de 30 ans, aux urgences parce que...voilà. Comment cela se passe ? Qui gère ses papiers et tout ? Donc je pense que je vais passer un peu plus de temps sur cela ». (Interne Médecin, A)</p>

Discussion conclusive

Ces résultats nous amènent à engager une discussion autour de plusieurs implications. On peut imaginer tout d'abord que la mise en place de dispositifs de gestion des patients âgés vulnérables nécessite un travail sur les représentations des personnels soignants s'appuyant sur les « capacités restantes » des patients (Gzil, 2012) plutôt que sur les déficiences, de façon à amener les patients eux-mêmes à sortir de la posture de déprise (Caradec, 2008) dans laquelle ils s'enferment parfois en arrivant à l'hôpital. D'autres implications seraient d'ordre préventif pour éviter une déshumanisation des soins et une compromission de la relation thérapeutique (Monod et Sautebin, 2009) notamment lorsque les soignants, jugeant que les patients manquent de discernement, s'abstiennent de les informer et de les associer aux dispositifs de soins. Un sentiment de maltraitance pourrait s'installer et ce de manière peut être encore plus amplifiée dans le cas de patients âgés étrangers qui, ne maîtrisant pas la langue ou en raison de croyances différentes, pourraient ressentir l'administration de soins dispensés sans concertation, ni prise en compte de leur différence, comme une violence, certes non intentionnelle, mais exercée à leur endroit. En matière de co-production des soins, la participation des patients paraît embryonnaire en raison notamment de la domination des figures "passives" du client et à une conception encore minoritaire des patients comme dotés de ressources, essentiellement présente dans le discours des médecins qui sont

paradoxalement les plus éloignés des corps des soignés au quotidien. Dans la même veine, la mise en place d'une « approche globale du patient » constitue un des dispositifs permettant d'inclure davantage les patients âgés dans la définition de leur parcours de soins. Ce dispositif passe notamment par un travail de questionnement approfondi et formalisé sur le contexte de vie du patient s'appuyant tant sur des éléments verbaux et explicites que sur des comportements non verbaux. On pourrait ainsi envisager d'introduire dans la formation des professionnels soignants un module sur la compréhension des sujets basé sur les méthodes qualitatives en sciences comportementales venant compléter les approches plus psychologiques. Enfin, le rôle des familles est très présent dans les discours des soignants soit comme facilitateur des soins soit comme source de tension autour et au nom du patient : des dispositifs de prise en charge, d'informations, d'« éducation thérapeutique » pourraient être davantage développés dans une perspective d'implication dans la co-production des soins. Cette recherche exploratoire ouvre la voie à d'autres investigations : d'une part, à l'analyse approfondie des profils et des trajectoires des professionnels de santé pour mieux comprendre comment se distribuent dans l'organisation les figures du patient âgé identifiées logées dans les différentes pratiques de soins mises en évidence ; d'autre part, à l'exploration des lieux de vie comme facteur d'influence des relations de service entre patients et professionnels de santé et comme catalyseur de la participation à la co-production des soins.

CHANGER LE REGARD SUR LES VULNERABLES : CAS D'UN PROJET PARTICIPATIF DE BIEN ETRE ALIMENTAIRE EN TUNISIE

CHANGING THE WAY WE LOOK VULNERABLE PEOPLE : THE CASE OF A PARTICIPATIVE PROJECT OF FOOD WELL BEING IN TUNISIA

Introduction

En 2004, dans le cadre du numéro spécial sur le Développement durable de la revue Recherche et Applications en Marketing, Eric Arnould appelait de ses vœux l'engagement des chercheurs en marketing sur les questions de développement dans les pays non industrialisés en privilégiant une approche socioculturelle permettant de saisir les particularités des populations concernées et proposer des dispositifs plus adaptés aux contextes.

Le travail présenté ici s'inscrit dans cette perspective. Plus précisément, la recherche vise à discuter les apports théoriques d'une étude réalisée pour le bureau du Programme Alimentaire Mondial (PAM) en Tunisie (2015-2016) pour saisir le phénomène de vulnérabilité et penser la participation des personnes dites vulnérables à un programme de développement. La réflexion s'organise en deux temps. Dans un premier point, l'étude de cas qui a été menée sera présentée, puis dans une approche inductive les principaux apports en termes de définition de la pauvreté et de dispositifs pour faire participer les personnes dites pauvres seront discutés.

Le cas étudié – Projet de filière de bien être alimentaire en Tunisie par le biais des cantines scolaires

Le projet et le positionnement du chercheur sur le terrain. Le projet mené en Tunisie est porté par l'agence tunisienne du PAM. Pour rappel le PAM est une agence des Nations Unies dont les missions sont de répondre aux situations d'urgence alimentaire pour les plus démunis mais aussi de promouvoir des programmes pour améliorer la sécurité alimentaire à plus long terme en utilisant « la nourriture comme vecteur pour créer des biens productifs, transmettre les connaissances et redynamiser les commerces » (site <http://fr.wfp.org/notre-travail>, 6 décembre 2016). Ce projet s'inscrit dans la stratégie de pérennisation de l'alimentation scolaire en Tunisie. L'intention principale est « d'améliorer la qualité et la viabilité du programme d'alimentation scolaire à travers la réalisation des objectifs spécifiques. » (document : « Stratégie de pérennisation de l'alimentation scolaire en Tunisie » 2015, page 8).

Six objectifs ont été précisés renvoyant aux missions éducatives et de santé publique de l'école mais aussi à l'inscription de chaque projet de cantine scolaire dans son territoire : opportunités de développement économique pour les femmes rurales ; repas nutritifs équilibrés ; gouvernance renforcée du programme ; participation de la communauté ; éducation nutritionnelle à travers les jardins potagers ; liens avec la production agricole.

Dans ce cadre, l'étude menée visait à explorer les voies de la participation citoyenne des communautés locales à un projet d'intérêt collectif.

Méthodologie retenue et principaux résultats de l'étude

L'étude dite exploratoire est basée sur deux catégories de données :

- des données secondaires documentaires ;
- des données primaires recueillies auprès des différentes parties prenantes du projet des cantines scolaires sous la forme d'entretiens.

Tableau 1 : parties prenantes rencontrées

<i>Acteurs porteurs du projet</i>
• Equipe du Programme alimentaire mondial en charge du projet
• Chargé de l'étude de faisabilité
• Présidente et pilote du projet pour l'association Femmes Cantines Scolaires (FCS)
• Cadre technique du Ministère de l'agriculture (accompagne les projets de développement)
<i>Acteurs locaux :</i>
• Directeur des écoles primaires pour le commissariat à l'éducation sur le gouvernorat
• 3 membres de son équipe (chargés de planification, de communication, chauffeur)
• Directeur de l'école de la commune d'implantation de la cantine centrale
• Salariés précaires de l'école E (3)
• Femmes rurales habitant près de l'école E (8)
• Elèves de l'école E. (15)
• Gardien et instituteurs de l'école E
• Directeur d'une école J ayant expérimenté le même type de projet
• Gardien et cuisinière de l'école de J
• Chargé de Vulgarisation (techniques agricoles) au CRDA à Z
• Chef du « Centre de Vulgarisation Technique » CVT agricole
• Groupe de femmes rurales ayant déjà participé à des associations agricoles

Les résultats

L'analyse de contenu des entretiens a permis de faire ressortir différentes représentations et attentes à l'égard du projet constitutives d'autant de leviers pour faire participer les différentes parties prenantes pour atteindre les objectifs fixés. Les résultats présentés dans cet article se concentrent sur les représentations de femmes rurales considérées a priori comme « vulnérables » car ayant un faible niveau d'études (primaire au mieux), sans emploi rémunéré, dépendantes de leur conjoint ou famille et celles des femmes impliquées dans l'association qui a été sélectionnée par le PAM pour accompagner le projet, ces dernières ayant exercé des responsabilités, ayant un niveau d'éducation et de vie élevés et habitant la capitale.

Représentations du projet par les femmes dites « vulnérables ». C'est principalement l'opportunité d'une activité économique liée la cantine (via l'exploitation d'une terre par un groupement de femmes, un potager collectif, un potager/élevage privés ou via le travail salarié au sein de la cantine) qui motive les femmes dans ce projet. Ensuite, ce projet est légitime dans la mesure où il vise le bien-être des enfants notamment s'ils peuvent être servis en repas chauds. Enfin, l'idée de participer à un potager éducatif collectif leur plaît à condition que le lieu soit protégé du vol et de manière implicite qu'elles puissent tirer un avantage du travail fourni à titre individuel. La possibilité de participer à la définition des recettes de cuisine de l'école est considéré comme un vecteur de valorisation de leur savoir-faire et peut devenir un moyen de les impliquer dans le projet social de la cantine. Le livre de recettes peut devenir un

objet de participation. Concernant le projet de création d'un groupement de femmes rurales et sa faisabilité, il ressort deux éléments clés : 1. des femmes ont reçu des formations dans différents domaines de l'agriculture mais n'ont pu les mettre en pratique faute de financements ; 2. les femmes sont motivées par le projet tant sur le plan économique que sur le plan de sa valeur d'utilité sociale pour les enfants (faire à manger pour des enfants).

En synthèse, deux types de représentations sont associés au projet : d'une part, le projet est une opportunité pour créer une activité rémunérée ; d'autre part, le projet apparaît bénéfique pour les enfants et la communauté.

Tableau 2 : représentations du projet par les femmes dites « vulnérables ».

Des opportunités pour la communauté	
Un projet pour créer une activité rémunérée	Un projet bénéfique pour les enfants et la communauté
<ul style="list-style-type: none"> - une activité dans le domaine de la production agricole (culture et élevage) - une activité dans le domaine de la transformation des produits/plats cuisinés - une activité en termes de services /travail salarié dans la cantine 	<ul style="list-style-type: none"> - améliorer le bien-être par des repas chauds - un lieu de repas comme à la maison (plats courants) - un lieu de convivialité pour les mamans : une aide bénévole est possible sur le plan des recettes de cuisine - lié à un potager collectif, il peut devenir un projet des mamans

Représentations des femmes dites « non vulnérables ». Les femmes porteuses du projet associatif (appartenant à l'association Femmes pour les Cantines Scolaires - FCS) sont très sensibles au rôle moteur de l'école dans le renforcement de la société tunisienne. Du fait de leurs expériences antérieures au niveau associatif et professionnel, elles sont convaincues de l'importance du projet pour renforcer le rôle de l'école. Deux représentations des leviers d'action sont exprimées. La première approche est de considérer l'association comme un acteur en soutien logistique du projet pour lever des fonds et/ou trouver des partenaires pour fournir une banque « alimentaire ». La cantine est dans ce cas un lieu assurant une mission sociale destinée à des personnes vulnérables.

La seconde démarche est d'envisager l'association comme un pilote et animateur du projet entrepreneurial visant à l'inclusion des femmes rurales afin qu'elles gagnent en autonomie et jouent un rôle social important dans le processus de scolarisation des enfants. Ici, la cantine joue un rôle catalyseur de développement local. Cette dernière vision correspond à celle de la responsable du ministère de l'agriculture en charge du développement de l'entrepreneuriat des femmes rurales. Elle y voit un projet d'initiatives locales émancipatrices pour les femmes et les enfants.

Tableau 3 : représentations des femmes dites « vulnérables »

Un levier d'engagement citoyen	
Vision « caritative »	Vision « entrepreneuriale »
<ul style="list-style-type: none"> - un lieu de distribution de « bons repas » - un enjeu de mécénat pour les grandes entreprises - accompagner des populations vulnérables (les femmes rurales) 	<ul style="list-style-type: none"> - un projet de développement local - un projet inclusif des femmes rurales - un projet de renforcement des capacités des femmes rurales - une valorisation du rôle de l'école

Synthèse des représentations de l'ensemble des parties prenantes au projet. Le travail d'analyse des représentations a été mené sur l'ensemble du matériau collecté et nous pouvons identifier en synthèse deux grandes approches du projet de cantines scolaires :

Tableau 4 : synthèse des représentations de l'ensemble des parties prenantes du projet

Vision Top Down	Vision communautaire
Une vision – la CS une contrainte supplémentaire	Une vision éducative – redonner du sens éducatif et culturel à l'école
Un projet à visée performative Objectif : « performance de l'institution »	Un projet à visée transformative Objectif : développement des ressources et compétences des acteurs
Culture « caritative »	Culture « entrepreneuriale »
Organisation : verticale « central vers local »	Organisation : horizontale « interaction central-local »

Nous allons donc à présent discuter des apports théoriques de ces résultats au concept de vulnérabilité notamment dans le cadre d'un projet de développement.

Discussion : apports des résultats à la compréhension du phénomène de vulnérabilité

Une vulnérabilité construite culturellement. A la lecture des résultats, il ressort que les acteurs a priori considérés vulnérables opposent une connaissance et une capacité d'agir qui mettent à mal l'image d'une population démunie. En effet, si les ressources matérielles ou les accès aux biens communs sont faibles ou limitées eu égard aux indicateurs de pauvreté ou développement humain, les femmes interrogées expriment une volonté claire de saisir des opportunités et de s'engager dans des projets collectifs. Comment lire sur un plan théorique ces résultats ?

L'approche culturelle développée par Mary Douglas (2007) est particulièrement intéressante en ce sens qu'elle propose de saisir la personne « pauvre » en dehors des indicateurs de développement humain ou de pauvreté mais dans ses interactions sociales et culturelles et dans l'expression de ses choix. Elle définit la culture au-delà des frontières et des limites comme le « *souffle moral et intellectuel d'une forme particulière d'organisation...un ensemble sociopsychique fait d'interactions dynamiques et en constante évolution. La culture d'une communauté d'individus est, à chaque moment de son histoire, engagée dans une production collective de sens* » (Douglas, 2007, p. 484). Dès lors, considérer que les pays en développement ne réussissent pas à sortir de la pauvreté pour des raisons culturelles -à savoir dans la lecture de Douglass North (1990) à évoluer de la culture traditionnelle vers une société moderne-, n'a pas de sens car ce serait considérer la culture sous un angle bipolaire : une culture progressiste moderne vs une culture traditionnelle.

Mary Douglas propose de considérer que ce qui fait « *obstacle au développement ce n'est pas tant la culture traditionnelle que la manière dont le développement est organisé* ». Elle souligne les risques d'un développement peu pensé en relation avec la culture. Cette dernière est considérée comme issue d'un système d'interactions sociales : « *la vie sociale peut être définie comme un système d'échange (marché ou don) entre individus et entre groupes* » (Mauss, 1997). En conséquence de quoi la notion de vulnérable, le sens attribué à la pauvreté se construisent dans les débats et discussions au sein d'un groupe social. Ainsi, ce qui rend vulnérable ce n'est pas de l'être a priori mais c'est d'être exclu de la possibilité de débattre soit parce que les personnes ne sont pas conviées, soit parce qu'elles n'ont pas l'information, soit parce que les dispositifs ne leur permettent pas de s'exprimer en confiance. Dès lors, « *la pauvreté est l'état dans lequel un individu n'est pas autorisé à pénétrer dans le système d'échanges* » (Douglas, 2007, p. 513).

Une vulnérabilité qui se déconstruit par les démarches participatives. Comme le défend Armatya Sen (1999), la pauvreté est souvent liée à l'absence de liberté : rejet, exclusion, isolement. Sa thèse est donc de prôner la liberté de choix comme facteur d'enrichissement. Ainsi, la démarche participative permet-elle de déconstruire le regard sur la vulnérabilité en mettant les personnes en situation d'agir et de choisir. Cette idée est illustrée dans les résultats de l'étude présentée ci-dessus. En effet, la participation aux échanges a permis aux femmes rurales dites pauvres ou vulnérables de qualifier ce qu'elles souhaitent faire dans le projet : entreprendre collectivement et/ou participer à un projet communautaire pour les enfants. A l'inverse les femmes « non vulnérables » issues de l'association pilote projetaient sur elles une vision caritative visant à limiter leurs capacités d'agir en leur proposant une « banque alimentaire » pour leur apporter les ressources qui leur manqueraient, les renvoyant ainsi à un état de pauvreté et une position d'acté et non d'actant. Plus largement, deux visions du projet s'opposent à l'issue de l'étude : un projet construit de manière centralisée versus un projet construit par l'ensemble des acteurs du territoire.

Enfin, il ressort aussi de l'étude que la qualité des échanges réalisés avec les femmes rurales (mise en confiance, écoute, valorisation de leurs savoirs) a facilité l'expression de leurs choix. Ce résultat est en résonance avec les travaux de Nussbaum et Sen (1993) qui démontrent l'influence de la qualité de l'environnement des échanges (liée aux possibilités d'interactions) sur les opportunités de développement.

Implications et conclusion

Plusieurs recommandations découlent de cette étude. Il s'agit de mettre en place : les conditions de la coopération et de la concertation des acteurs locaux pour révéler leur intérêt collectif ; les conditions de la coopération et de la concertation des acteurs locaux pour révéler leur intérêt collectif ; les procédures qui faciliteront les échanges entre toutes les parties, pour faire émerger et/ou préciser des problématiques communes, pour construire par étapes un consensus et formaliser des propositions. Afin de produire collectivement et progressivement le sens de l'action et des méthodes de l'action collective, il apparaît nécessaire de développer des savoirs, des savoir-faire et des savoir-être et d'encourager et faciliter l'échange d'expériences et créer ainsi les conditions de l'innovation sociale. Enfin, la formation est au cœur de la réussite de ce projet pour permettre aux acteurs locaux d'y participer pleinement.

Ces préconisations ont amené le bureau du PAM à Tunis à organiser la participation citoyenne sur la base du dispositif recommandé pour augmenter la qualité et la quantité des interactions avec les parties prenantes locales dans une visée d'un projet d'économie inclusive et participative. Une responsable de la participation a été recrutée (jeune diplômée en agronomie issue de la région concernée) qui met actuellement en œuvre les démarches participatives pour inclure les femmes rurales dans le projet.

Références

Arnould EJ (2004) Les perspectives culturelles de la recherche en marketing en faveur du développement durable dans les pays en développement. *Recherche et Applications en Marketing*, 29 (3) : 99-103.

Baker SM, Gentry JW et Rittenburg TL (2005) Building Understanding of the Domain of Consumer Vulnerability. *Journal of Macromarketing*, 25 (2): 128-139.

Blocker CP, Ruth JA, Sridharan S, Beckwith C, Ekici A, Goudie-Hutton M et Varman R (2013) Understanding poverty and promoting poverty alleviation through transformative consumer research. *Journal of business research*, 66 (8) : 1195-1202.

Brenkert GG (1998) Marketing and the vulnerable. *Business Ethics Quarterly*, Ruffin Series, 1: 7-20.

Caradec V (2008) Vieillir au grand âge. *Recherches en soins infirmiers*, 94 : 28-41.

Castel R (1991) De l'indigence à l'exclusion, la désaffiliation. Donzelot J. et al., *Face à l'exclusion, le modèle français*. Paris : Éditions Esprit, Paris, pp.137-168.

Dampérat M (2006) Vers un renforcement de la proximité des relations client. *Revue française de gestion*, 3 (162) : 115-125.

Des Garets V, Paquerot M et Sueur I (2009) L'approche relationnelle dans les banques, mythe ou réalité ? *Revue Française de Gestion*, 1 (191) : 123-138.

Douglas M (2007), Pour ne plus entendre parler de la « culture traditionnelle ». *Revue du MAUSS*, 1 (29) : 479-516.

Gadrey J (1994) Les relations de service dans le secteur marchand, in De Bandt J., Gadrey J. *Relations de services, marchés de services*. Paris : CNRS Éditions, pp. 23-41.

Gadrey J, Ghillebaert E et Gallouj F (1997) Analyser et évaluer les prestations de cohésion sociale « hors cadre » des services publics, Le cas des relations de guichet à La Poste. *Politiques et Management public, Institut de management public* 15 (4) : 119-144.

Gilson A (2010) Les conseillers financiers de La Banque Postale : entre les besoins du client et les intérêts de l'employeur. *SociologieS*.

Godelier M (1984) *L'idéal et le matériel, Pensée, économies, sociétés*, Fayard.

Gorge H et Özçağlar-Toulouse N (2013) Expériences de consommation des individus pauvres en France: apports du Bas de la Pyramide et de la Transformative Consumer Research. *Décisions Marketing*, 72 : 139-156.

Grönroos C (1990) Relationship approach to marketing in service contexts: The marketing and organizational behavior interface. *Journal of Business Research* 20 (1): 3-11.

Gummesson E (1987) The new marketing, developing long-term interactive relationship. *Long Range Planning*, 20 (4): 10-20

Gupta S, Lehmann DR et Stuart JA (2004) Evaluer les clients. *Recherche et Applications en Marketing* 19 (2) : 1-19.

Gzil F et Hirsh (2012) *Alzheimer, éthique et société*. Poche Espace Ethique, Erès.

Haenlein M, Kaplan A M et Schoder D (2006) Valuing the real option of abandoning unprofitable customers when calculating customer lifetime value. *Journal of Marketing*, 70 (3): 5-20

Haenlein M, Kaplan AM et Beeser AJ (2007) Customer Lifetime Value in a retail banking context. *European Management Journal* 25 (3): 221-234.

Holbrook M (1999) *Consumer value. A framework for analysis and research*, Routledge, London.

Lazarus J. (2012) *L'épreuve de l'argent*, Paris : Calmann-Lévy.

Martin KD et Hill RP (2012) Life satisfaction, self-determination, and consumption adequacy at the bottom of the pyramid. *Journal of Consumer Research*, 38 (6) : 1155-1168.

Mauss M [1950] (1997) Essai sur le don. Forme et raison de l'échange dans les sociétés primitives, in Mauss M., *Sociologie et anthropologie*, PUF, Paris.

Monod S et Sautebin A (2009) Vieillir et devenir vulnérable. *Revue Médicale Suisse*, 5 : 2353-57.

Moschis GP, Mosteller J et Kwai-Fatt C (2011) Research Frontiers on Older Consumers' Vulnerability. *The Journal of Consumer Affairs*, 45 (3) : 467-49.

Nau JP, Derbaix C et Thévenot G (2016) Place de l'offre dans la construction d'une identité stigmatisée: le cas des personnes en situation de handicap moteur. *Recherche et Applications en Marketing*, 31 : 50-69.

North DC (1981) *Structure and Change in Economic History*, Norton, New York.

North DC (1990) *Institutions, Institutional Change and Economic Performance*, Cambridge University Press, Cambridge.

Nussbaum M et Sen A K (sous la dir. de) (1993) *The Quality of Life*, Clarendon Press, Oxford.

Sen A K (1999) *Development as Freedom*, Knopf, New York.

Pavia TM. et Mason MJ (2014) Vulnerability and Physical, Cognitive, and Behavioral Impairment. Model Extensions and Open Questions. *Journal of Macromarketing*, 34(4): 471-485.

Reuben DB, Shekelle PG et Wenger NS (2003) Quality of care for the elderly at the dawn of the third millennium. *Journal of the American Geriatrics Society*, 51(7): S346-S350.

Talukdar D (2008) Cost of being poor: retail price and consumer price search differences across inner-city and suburban neighborhoods. *Journal of Consumer Research*, 35(3): 457-471.

Yin RK (2003) *Case study research: design and methods*. Thousand Oaks, CA: Sage Publications Inc.