



HAL
open science

Tensions sur le care. Fracture dans notre rapport à l'autre et pathologisation du handicap

Cécile Duchein Courtine

► **To cite this version:**

Cécile Duchein Courtine. Tensions sur le care. Fracture dans notre rapport à l'autre et pathologisation du handicap. 2024. hal-04545029

HAL Id: hal-04545029

<https://hal.science/hal-04545029>

Preprint submitted on 13 Apr 2024

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.



Distributed under a Creative Commons Attribution - NonCommercial - NoDerivatives 4.0 International License

Tensions sur le *care*. Fracture dans notre rapport à l'autre et pathologisation du handicap.

Cécile Duchein Courtine, UMR 5281 CNRS CIRAD ART-Dev UPVD. Urbaniste.

Résumé :

Le sujet du soin et de l'accès au soin a largement été documenté d'un point de vue quantitatif et notamment sous l'aspect spatial des déserts médicaux. Dans cet article, qui s'inscrit dans la théorie *Crip*, je vais montrer comment cet inégal accès au soin dépend nonobstant du rapport entretenu avec l'autre que soi. Une relation définie par Goodley & al. (2019) et Campbell (2009 *in ib.*) comme une *ability*. Une conformité de l'être à l'attente de l'autre qui vient façonner les rapports sociaux et les exigences politiques comme économiques. Des dynamiques qui ont été modélisées dans un *nexus* de savoir-pouvoir (Foucault, 2015). Aussi, alors que les études sur le handicap se doivent d'être situées, interdisciplinaires, proches des réalités du quotidien et adaptées à la complexité contemporaine, entreprise ici par la méthodologie de la géographie critique (Lefebvre, 2000). Elles ont pour visée de donner les clés d'un futur. Cette recherche vient alors questionner la notion de centralité au travers des territoires de l'entre-soi et révèle leur caractère non figé ni dans le temps ni dans l'espace. Ainsi, ce travail se propose de dépasser une analyse systémique vers une approche processuelle du fait social par l'entrée des manières de penser.

Mots-clés : handicap, diversité, théorie *Crip*, territoire, soin, processus.

« *Je dis aime. Et je le sème. Sur ma planète.* » Andrée Chedid (1999)

Le sujet du soin et de l'accès au soin a largement été documenté notamment sous l'aspect spatial des déserts médicaux. Dans cet article, qui s'inscrit dans la théorie *Crip*, je vais montrer comment l'inégal accès au soin dépend du rapport entretenu avec cet autre que soi. Une relation définie par Goodley & al. (2019 p. 985-986) et Campbell (2009 *in ib.*) comme une *ability*. Une conformité de l'être, une perspective, qui façonne les rapports sociaux et, par-là, les exigences politiques comme économiques.

Entre 2019 et 2024, j'ai interviewé une trentaine de Personnes en situation de handicap (PSH) ; identifiées comme telles du fait d'une déficience normative physique et/ou psychique. Ce panel inclut différentes formes de handicap et des tranches d'âge variées qui vont de 7 à 40 ans. Avec, pour point commun, celui d'une population résidant en milieu ordinaire, hors Établissement médico-social (EMS), rural (Plaine du Roussillon, France). À cette fin, j'ai eu recours à une enquête portée par un questionnaire sur leurs mobilités, sur une semaine type, qui sera suivi d'un entretien semi-directif. Ce recueil de données sur l'espace perçu, au sens de Lefebvre (2000), montre non seulement qu'elle est l'étendue spatiale des déplacements mais encore les pratiques et routines du quotidien, les agendas, les lieux de sociabilité fréquentés. Aussi, au regard du sujet du soin, deux catégories de population se distinguent : (A) les personnes qui sont dans

une posture de demande de reconnaissance, d'identification sociale de leur handicap, qu'il soit visible ou invisible, et (B) celles qui bannissent cette revendication malgré leur pathologie manifeste. Il est alors intéressant de faire le constat géographique, sans pour autant affirmer qu'il s'agit d'un concours de circonstances ou d'une réalité avérée, que, dans la première catégorie, les PSH enquêtées résident en couronne de la ville-centre alors que, dans la seconde catégorie, elles affirment au contraire vouloir s'en écarter et jugent les centres urbains comme « malveillants » à leur égard.

Dans cette recherche, il apparaît que plus l'on s'éloigne des centres urbains plus les mobilités sont nombreuses et kilométriquement plus étendues. De même, si dans la première catégorie, les PSH sont plutôt sédentaires, dans la seconde, le nomadisme¹ est récurrent. Un constat qui m'amène à réfléchir sur le rapport au soin des PSH et plus particulièrement sur les facteurs éventuels sur lesquels il se particularise, en comparant (A) une population qui cherche à s'ancrer dans un habitat fixe et (B) une population qui opte pour davantage de mobilité. Avec pour hypothèse de travail que dès lors que des catégories de différenciation sont énoncées, elles s'inscrivent dans le marbre d'un modèle sachant. Aussi, en écho aux travaux de Young (2006), est-ce que la différence, les politiques de la différence, objectivent la diversité ?

Soin et sédentarité du patient

Que ce soit pour Léo (12 ans, dyslexique), Louis (16 ans, troubles du comportement) ou Soraya (21 ans, paraplégique), leurs agenda respectifs sont bien remplis. Rythmés par des rendez-vous avec des professionnels de la santé. Chacun est inscrit dans des parcours de *cure* comme de *care* qui infèrent des ponctuations récurrentes dans leur quotidien. Une reconnaissance de leur handicap qui stigmatise la PSH autant qu'elle soulage, responsabilise et culpabilise la parentalité.

Tandis que Léo est suivi par une orthophoniste et prend des cours de soutien scolaire, sa maman, Clémence, me confie qu'elle n'admet pas que l'établissement privé où est scolarisé son fils l'ait prévenue qu'il refuserait son inscription au-delà de la 5^{ème} « alors que son quotient intellectuel est bien supérieur à celui de sa demi-sœur ». Vécu comme un déclassement social, la maman de Léo mise sur le sport, à raison de deux entraînements par semaine et de compétitions interrégionales, pour que son fils puisse malgré tout accéder à un « réseau », composé d'amitiés et de connaissances locales, anticipé par la famille comme une assurance sociale qui semble lui échapper du fait de son exclusion du circuit scolaire projeté pour lui. L'appréhension de la singularité de Léo par l'argument de ses difficultés s'est alors déplacée et est passée d'une attente en des termes d'excellence scolaire à une attente en des termes de réussite sportive. Ledit handicap de Léo a ainsi servi à redéfinir l'axe éducatif des parents sans remettre en question leurs priorités. Dans le cas de Louis, son intégration au sein d'une Unité éducative d'activités de jour (UEAJ), sous tutelle du ministère de la Justice, et son placement en Institut thérapeutique éducatif et pédagogique (ITEP) a été vécu par sa maman, Julia, comme un apaisement après avoir été déscolarisé pendant plus d'une

¹ Défini comme un changement périodique de lieu de résidence

année. Non seulement, selon Julia, l'ITEP assure à Louis un apprentissage social à la vie de groupe et une formation de niveau secondaire mais les rencontres hebdomadaires à l'UEAJ sont « une bain de jouvence » qui servent de thérapie familiale. Désarmée par les accès de colère de son fils et consciente que cette violence émane de difficultés intra familiales, Julia semble soulagée par cette prise en charge d'un tiers institutionnel. Bien qu'elle considère la reconnaissance du handicap de Louis comme « tardive », notamment au regard de leurs parcours de vie et des encombrements éprouvés. Pour Soraya, paraplégique de naissance, sa propre identification comme être handicapée a « surgi » lorsqu'elle a perdu son Auxiliaire de vie sociale (AVS), au sortir du lycée. C'est à ce moment précis que, selon elle, les obstructions ont débuté puis se sont succédées et qu'elle a acquis une pleine conscience de sa pathologie. À l'image de l'orientation post bac effectuée par la Mission locale « contre sa volonté » en Certificat d'aptitude professionnelle (CAP) d' « employée administratif et d'accueil » et du refus de sa mère de la voir « partir » sur Montpellier pour y suivre des cours en Psychologie à l'université. D'autant qu'elle s'en souvient, sa vie est cadencée entre les rendez-vous chez le kinésithérapeute, l'école, ses sorties *shopping* avec sa sœur et la réservation des taxis médicaux pour se déplacer.

L'autre point commun entre Léo, Louis et Soraya est qu'ils résident tous les trois en première et seconde couronne de la ville-centre de Perpignan.

Toutefois, avant de présenter plus en détails d'autres cas de PSH étudiés, je souhaite revenir sur ce qui est envisagé comme un biais possible dans ce travail : celui d'opposer



Figure 1 : présentation du terrain d'enquête

des lieux sociogéographiques, un centre *vs* une marginalité périphérique, au risque de corrompre une entrée d'analyse par les espaces. Le terrain de cette recherche se situe au Sud-Sud de la France. Sur un département qualifié de rural par ses paysages et sa faible urbanisation. Composé d'une ville moyenne centre autour de laquelle l'urbain s'est développé de manière radiale, venant former

une première et une seconde couronne avant de laisser place, plus à l'Ouest, à des polarités secondaires plurielles (figure 1). J'ai ainsi souhaité compléter cette approche spatiale en questionnant les personnels de santé. Dans un panel qui va des médecins généralistes aux spécialistes, aidants, infirmières, sage-femmes, installés en libéral ou salariés d'un milieu hospitalier. Mon questionnement porte sur leurs propres pratiques professionnelles. Au travers d'une demande simple et ouverte : comment qualifient-ils leur relation avec leur patientèle ? Et leurs réponses sont unanimes : « les gens exagèrent ». De manière répandue, ces professionnels de la santé classent les personnes en demande de leurs services en trois catégories : les « laxistes » et les « hypocondriaques », comprenant ceux qui prennent rendez-vous mais ne s'y rendent pas, ceux qui n'ont aucune idée de leurs troubles médicaux, ceux qui ne se soignent pas et qui arrivent « trop tard » au vu de leur état de santé et, enfin, les personnes qui sont inscrites dans « des parcours » de soin ordonnés. Autant dire que cette dernière catégorie correspond à leurs patients modèles. Lorsque je les confronte au fait qu'il

faut parfois plusieurs mois pour obtenir un rendez-vous et, qu'en conséquence, entre le moment de la prise de rendez-vous, ce moment critique de concrétisation de la nécessité de consulter, et celui, effectif, du rendez-vous, le laps de temps passé ayant pu entraîner un changement d'état chez la personne en demande de soin, il m'est réfuté que « les gens » ne comprennent rien à la médecine. Ils sont « négligents » avec leur corps. Comme si, pour ces représentants du corps médical, la diversité n'existe qu'au travers de la différenciation de corps, sains *vs* malades, et de leur prise en charge responsable. À l'identique de comparatifs qui ont pu être émis à l'adresse du genre, de la sexualité, de l'ethnie ... du handicap.

Lorsqu'à nouveau je les confronte à d'éventuels dysfonctionnements qu'ils peuvent percevoir dans notre société, ils/elles pointent du doigt les « profiteurs » : ceux qui ne travaillent pas et ceux qui accumulent « trop de richesses ». Tandis qu'ils/elles ont des charges, s'acquittent des impôts, des assurances, des prêts : de l'équité. Ils/elles font « tourner » l'économie. Ils/elles sont l'économie. Ces physiocrates, adeptes d'un État régulateur de l'ordre social, pensent avoir raison. Non seulement ils/elles ont fait de « longues années d'étude » pour asseoir, *i.e.* acheter et payer, leur statut dans la société : Ils/elles sont capables et performants. Mais il leur suffit de « regarder autour de soi pour comprendre comment marche le monde » et s'en convaincre. Ils/elles ne sont pas créatifs. Ils/elles témoignent d'un ordre moral et en administrent la preuve par l'évidence, celle de l'inexorabilité de l'environnement socio-politico-économique. Si bien que toute autre pensée est avérée comme a-normative avant même d'avoir pu exister, que la puissance de l'idée ne peut être et que seul le technique, la technicité, autorise le progrès.

Par ailleurs, installés dans leurs situations professionnelles, ils/elles considèrent que c'est à la patientèle de se déplacer. Pour eux, l'éloignement des pôles est un choix des « gens » qu'ils doivent assumer sous peine de leur « irresponsabilité ». La mobilité est ainsi transposée à la charge de l'autre. Dans cet entendement, le handicap s'envisage comme une situation de marginalité au regard de leur centre. Qu'il soit géographique ou cognitif.

Carolina (40 ans, déficiente intellectuelle) travaille en Établissement de service et aide par le travail (ÉSAT). Son handicap est issu d'un empoisonnement durant la grossesse. Un drame familial que les parents ont reporté sur l'ensemble de la famille. Dès son plus jeune âge, Déborah, la sœur aînée, a été éduquée dans la perspective du devoir de venir en aide à sa sœur. Plus particulièrement quand les parents ne seront plus. Bétina, la maman est infirmière. Leur père est médecin généraliste. Il y a quelques années, Carolina a décidé de venir rejoindre sa sœur dans les Pyrénées-Orientales. En suivant, quelques mois plus tard, les parents font eux aussi ce choix de déménager afin de retrouver une intimité géographique avec leurs filles. Carolina est très autonome : elle a son appartement, travaille, « gagne sa vie », a des relations sociales et amoureuses, pratique la natation en club. Pour autant, Bétina lui interdit de prendre les transports en commun de peur « des autres » et se rend chaque semaine chez sa fille, tel un rituel, pour aller « faire les courses ». Pour Léonore, 7 ans, son handicap a été décrété par les

Acteurs de la communauté éducative (ACE)². Sujette à de l'énurésie, les ACE ont pris la décision de l'exclure de l'accueil périscolaire sans précautions à l'égard de l'enfant ni des parents. Dans cet acte d'exclusion, la conséquence, de l'acte comme du handicap, est transférée sur la culpabilité et responsabilité de la parentalité sommée de soigner, de prendre soin, de leur enfant et de lui trouver un mode de garde alternatif.

Aussi, tandis que ce dit centre serait l'apanage d'une situation géographique vs sa marge, il n'est pas caractéristique d'une catégorie socio professionnelle en particulier.

Nomadisme et refus de la pathologisation

Rodrigue, 31 ans, est atteint de maladie dégénérative. Originaire de la Drôme, il habite dans une maison partagée avec douze colocataires située en deuxième couronne de Nantes. J'ai rencontré Rodrigue dans les Pyrénées-Orientales, alors en « mission » sur la côte méditerranéenne. Fils d'agriculteur, Rodrigue a quitté terres et famille au verdict de l'incurabilité de sa maladie pour faire l'expérience d'une vie en communauté. Le collectif, que j'ai baptisé des Corsaires, est très organisé. Il est à l'initiative de multiples structures, de type association Loi 1901, pour se venir en aide l'un à l'autre, donner des cours de code, de conduite, de réparation dont de moteurs de bateau. Ce qui les amène à se déplacer au gré des contrats. Les ressources du groupe proviennent, en principal, de la collecte d'objets défectueux, de leur réparation et revente sur internet. De même, la nourriture est glanée auprès des invendus des grandes surfaces. D'où la localisation tactique de la maison partagée : en mitoyenneté des grandes aires commerciales en périphérie des centres urbains, et suffisamment spacieuse pour loger les résidents y compris les bâtiments pour les cours, les travaux et le stockage. D'aucuns pourront alors vanter les mérites de l'innovation. Celle du surcyclage comme celle de l'entraide mises à profit dans le tiers lieu.

Ce qui a retenu mon attention, et notre discussion, porte sur la façon dont le quotidien s'est ordonné au sein du groupe, à la mesure de la distribution des espaces au sein de la demeure collective entre les pièces privatives (chambres, salles de bain) et les pièces communes (cuisine, salons). Autrement dit, comment a été socio spatialement conçue la gouvernance d'un système délibératif. Selon Rodrigue, cela demande à « prendre du temps, discuter, communiquer et comprendre les attentes de chacun ». Toute décision organisationnelle (qui fait quoi) ou stratégique (quoi faire) est prise en commun. Pour les travaux domestiques comme pour les activités, dont ils tirent un revenu, chacun fait « ce qu'il peut à la hauteur de ses élans, moyens, capacités, ressources » : Rodrigue, qui ne peut pas porter de charges lourdes, en est exempté. En réciprocité, il enseigne ses savoir-faire aux autres.

Les Indiens, eux, que j'ai surnommé ainsi en raison de leurs coiffures parées de plumes et de perles, marques de leur identité, vivent dans des camions-maisons, caravanes ou fourgonnettes aménagées. Travailleur.ses agricoles, ils/elles parcourent l'Europe au gré

² Terme qui rassemble ceux qui dans l'école ou en relation avec elle participent de la mission d'accompagnement de l'élève (enseignants, aidants, éducateurs, animateurs, agents municipaux, employés ou bénévoles d'associations partenaires etc.).

des saisons et des opportunités. Je les ai rencontrés dans la plaine du Roussillon -le groupe était alors constitué d'une vingtaine de personnes- et suivis durant quatre années (2018-2023). Ce qui m'a permis d'observer leur évolution.

80% des Indiens ont subi des violences dans leur jeune âge. Chacun porte les stigmates de leur vie passée : troubles du comportement, addictions, infirmités. Tous sont indigents, au sens de Castel (1994), par adoption. À l'exemple de Nino qui rejoint le groupe et y réalise son *coming out*. Le collectif, c'est ce qui "rassure, soigne et protège". Avec l'avancée en âge, des personnes et des véhicules, la fatigue physique, morale, l'arrivée des enfants, une demande de sédentarisation s'est fait ressentir. Une partie du groupe s'est alors mis en quête de terrains nus, à acheter ou à louer, où poser le logis à proximité les uns des autres. Équipés de panneaux solaires, de cuves de récupération des eaux de pluie, de toilettes sèches etc., les camions-maisons sont autonomes. Ces points d'ancrage sont alors conçus à l'identique de ceux vers lesquels ils se sont rendus durant leurs itinérances, habités par de plus anciens qu'eux. Mais la sédentarisation ne s'est pas passée sans difficulté. Si, dans un premier temps, Nanou, Max, Lola et leurs enfants ont su développer toute une panoplie d'activités et de services à la personne qui vont de la réparation d'objets, travaux d'entretien, jardinage à l'animation musicale - deux d'entre eux sont DJ et participent contre rémunération aux fêtes locales. Le collectif a fini par se fracturer au bout de quelques mois. Nanou a rejoint un autre collectif dans le Bordelais. Installé en région viticole, le Groupement d'employeurs agricole et rural (GEAR) composé de onze domaines leur fournit du travail tout au long de l'année. La petite communauté composée de huit personnes qui s'est reconstituée sur place a trouvé un terrain où se poser contre travaux de défrichage et entretien du bois. Lola, Max et leurs enfants se sont donc retrouvés seuls et ont créé deux structures artisanales en auto-entrepreneuriat. L'une dans la fabrique de savons vendus sur les marchés et l'autre dans la petite réparation en tous genres. Ils ont fait une demande de scolarisation à domicile, qui leur a été accordée. La famille a repris la route. Une mobilité plutôt amère pour le couple alors confronté à son propre isolement et à celui de leurs enfants. Une itinérance qui ressemble alors plus à une errance qu'à un projet de vie. Ainsi, même si les Indiens affectionnent la proximité du collectif, notamment pour son caractère défensif et protecteur, les communautés constituées se délitent régulièrement puis se reforment, différemment, polymorphes, au gré des « histoires » et des *leaderships* générés. De ce point de vue, à la différence des Corsaires, les Indiens n'ont pas trouvé un modèle d'organisation de leur communauté qui soit stable.

Le point commun entre les Corsaires et les Indiens est leur appréhension vis-à-vis de l'urbain. Les uns comme les autres empruntent des voies secondaires, routes nationales ou départementales, pour se déplacer. Jugées plus sûres, parce que limitées dans la vitesse de circulation et moins encombrées. Ils/elles ne franchissent jamais le Rubicon des métropoles et préfèrent les contourner. À moins d'y être convoqué.es, par la Justice le cas échéant. Dans leurs pratiques nomades, les Indiens ont développé un rapport au *cure* singulier. Quand nécessaire, ils/elles se rendent aux services des urgences des centres hospitaliers installés en périphérie des centres urbains. Pour le corps médical et consorts, ils/elles appartiennent à la catégorie des « négligents ».

Enfin, je souhaite vous parler de Tanguy et de Thibault. Tanguy (32 ans, mélancolique) est ouvrier agricole. Une profession qui lui a permis de sillonner l'Europe à l'instar des Indiens. En 2021, Tanguy met un terme à sa vie de nomade et accepte un emploi en Contrat à durée indéterminée (CDI) en plaine du Roussillon. Il s'installe dans un *casot*³ qu'il aménage en autonomie. Quelques mois plus tard, Tanguy tombe malade : il est atteint d'un syndrome de burn-out, de surcharge mentale et de mal-être. J'ai retrouvé Tanguy, en 2023, à l'occasion d'un repas célébrant la fin des vendanges. Après plusieurs mois d'arrêt maladie, Tanguy met un terme à son CDI et déclare vouloir rejoindre les Forces armées révolutionnaires de Colombie (FARC) afin de « donner du sens à sa vie ». Ce même jour, je fais la connaissance de Thibault (38 ans, autiste, employé de bureau) que je rencontre sur les bords d'une rivière où il vient d'installer un campement provisoire avec son « ami » Éric. Thibault est originaire de Paris. Il m'explique qu'« un jour », il est descendu de chez lui pour aller s'asseoir sur « son » banc et que celui-ci était déjà occupé. Il y a « trop de monde, trop de monde ! » Il a pris son vélo et a quitté la capitale. Sans autre but que celui de fuir. Dans les deux cas évoqués, leur pathologie a bien été identifiée par le corps médical mais tandis qu'ils vivent en dehors d'un établissement de soin ou EMS, témoignant de l'inclusion de PSH au sein d'un milieu dit ordinaire, leur défaut d'accompagnement, de *care*, est caractéristique d'une faillite, d'un manquement, dans l'action publique de prévention du risque de mise en danger de l'intégrité de soi. Peut-on à proprement parler de « laxisme » de la part de Tanguy et de Thibault ? Doit-on considérer la fuite, la dérobade, le vagabondage (Castel, 1994) comme une forme sociale ?

Ainsi, tandis que la marginalité serait le caractère d'une situation géographique *vs* un centre, elle n'est pas, non plus, particulière à une catégorie socio professionnelle.

Ce que montre ce travail est, d'une part, (i) qu'il paraît incongru de parler d'un centre au singulier, alors qu'il existe une pluralité de centralités vécues alternatives au modèle social, économique et politique réputé dominant, telles celles perçues par les Corsaires, les Indiens, Léonore, Thibault, Tanguy pour exemples, et, d'autre part, à considérer ces centres au regard de leurs manières de penser l'autre, (ii) que ceux-ci conçoivent des territoires de l'entre-soi.

La biopolitique et les territoires de l'entre-soi : des fractures dans le rapport à l'autre

L'étude de la vulnérabilité des PSH par la géographie critique et la méthode d'analyse des espaces conçu, vécu et perçu est riche d'enseignements. Elle m'a permis de figurer un *nexus* de savoir-pouvoir (Foucault, 2015) significatif des dynamiques de régulations à l'œuvre au sein de ces territoires (Duchain Courtine, 2023), emboîtés et polymorphes, qu'ils soient institutionnels ou de proximité.

Ce schéma (figure 2) repose sur trois vecteurs : les acteurs, qu'ils soient individuels ou collectifs, la façon de penser et les procédures qui participent de la mise en action de la pensée. D'un côté, les acteurs valorisent la véridiction (e) de leurs concepts. Concepts

³ Nom local donné à une cabane en pierre qui sert traditionnellement à mettre à l'abri les outils agricoles à proximité des lieux de culture.

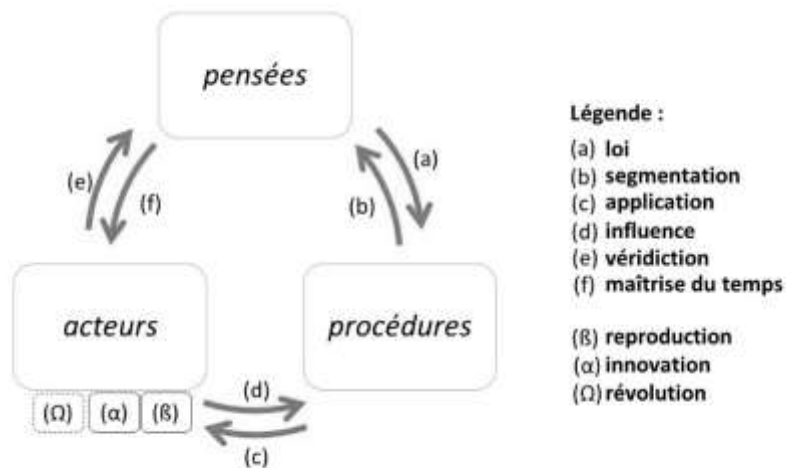


Figure 2 : figuration des dynamiques de régulation des territoires

qui en retour façonnent la maîtrise du temps (f) du perfectionnement dans la façon de penser des acteurs. De l'autre, les pensées édictent la loi (a), support aux procédures (c) de leur mise en application qui s'adressent aux acteurs. En retour, les acteurs vont venir interpréter ces instructions (d) et cette critique va convertir les pensées (b). Alors que le savoir est caractéristique du processus (a, c, e) le pouvoir s'exprime au travers de (d, b, f).

Parmi les acteurs, deux catégories se distinguent : les reproducteurs (β) et les innovants (α). Toutefois, l'innovation fait partie intégrante du canevas puisque l'être humain ne sait reproduire que ce qu'il connaît et que l'innovation, à l'exemple des pratiques des Corsaires, n'a d'effectivité que lorsqu'elle est intégrée dans un système plus global : il n'y a pas de surcyclage et de revente d'objets réparés sans circuit de distribution. Si bien que le territoire est un produit de lui-même et que la révolution des paradigmes ne s'entrevoit que comme une cible abstraite (Ω).

Si, le plus souvent, les territoires sont présentés au prisme des acteurs ou de leurs actes, leur analyse sous l'angle de leurs pensées semble toutefois pertinente. Alors que les physocrates défendent un modèle socio-éco-politique fondé sur la différenciation, la hiérarchie, la compétence, le mérite, la responsabilité, l'éducation, la famille, la parenté, l'*abusus* de la propriété et la soumission. Les communautés étudiées vivifient d'autres formes sociales de coopération au travers de l'entraide, la réciprocité, la délibération, l'usage partagé du *fructus*, de la connaissance et des savoir-faire.

Néanmoins, si la biopolitique, entendue comme la gouvernementalité du fait global, apparaît comme permissive, au sens où elle autorise le développement de territoires pluriels identifiés ici par les façons de penser. La contrepartie à cette reconnaissance des alternatives contribue pareillement à la facilitation de l'exclusion des personnes du modèle *mainstream*, aux exemples de Léo, Soraya, Léonore mais aussi de celui de Max et Lola vis à vis de leur propre groupe. Ainsi, alors que cet objet de recherche réveille pour l'urbaniste que je suis des sujets entre autres sur l'habitat, l'habiter, la densité et la préservation des espaces non urbanisés, sans oublier celui de la mobilité, la question de la cohabitation de ces territoires se pose. En particulier, lorsqu'ils s'enrichissent de frontières, physiques ou symboliques, et qu'ils deviennent un enjeu de géopolitique ; des centres de profit, des lieux identitaires ou les deux à la fois.

Aussi, il y a donc une limite, un danger, à poursuivre des politiques de la différence. En dépit du fait qu'elles auront permises l'intégration de minorités de genre, de sexualité, d'ethnie et de handicap, elles matérialisent un effet pervers de production d'espaces de différenciation entendue comme une *ability*, une conformité aux idéaux et concepts, qui ont pour excentricité de ne pas considérer l'égalité de statut comme une propriété intrinsèque aux êtres vivants comme aux espaces. Si bien que ces politiques fabriquent des oppositions au détriment d'une sérénité, d'une paix, que la justice transformative, diplomate, tente de réinstaurer en considérant comme victime chacune des parties engagées dans un conflit. Néanmoins, force est de constater le pouvoir structurant de ces doléances. À l'avenant, si c'est bien le paradigme des pensées, *i.e.* celui du privilège de certaines personnes, de certains espaces, au détriment d'autres, qu'il faut maintenir à viser. Il semble désormais nécessaire de l'interpeller sur la mutualité bénéfique, la symbiose, de/dans la diversité. Autrement dit, sur la nature du rapport de soi à l'autre et de l'autre à soi dans la protection, *i.e.* prendre soin et remédier, de sa plénitude.

Bibliographie :

Castel Robert, « La dynamique des processus de marginalisation : de la vulnérabilité à la désaffiliation », *Cahiers de recherche sociologique*, n° 22, 1994, p.11-27.

Duchain Courtine Cécile, « La vulnérabilité territoriale des personnes en situation de handicap résidant en milieu ordinaire » in **Blanchard** Hervé (dir.) *Économie sociale et Territoires. XLII^e Journées de l'Association d'Économie Sociale*, Grenoble, Campus Ouvert, 2023, p. 67-85

Foucault Michel, *Qu'est-ce que la critique ?* suivi de *La culture de soi*, Paris, Vrin, 2015.

Goodley Dan, **Lawthom** Rebecca, **Liddiard** Kirsty & **Runswick-Cole** Katherine, « Provocations for Critical Disability Studies », *Disability & Society*, vol. 34, n° 6, 2019, p. 972-997

Lefebvre Henri, *La production de l'espace* (4^e éd.), Paris, Anthropos, 2000.

Young Iris Marion, « Structural Injustice and the Politics of Difference » in **Laden** Anthony Simon & **Owen** David (éd.), *Debates on Multiculturalism*, Cambridge, Cambridge U P, 2006, p. 79-116.