



HAL
open science

L'économie morale de l'accompagnement médico-social : étude de deux dispositifs de lutte contre les addictions

André Christian Omgba-Noah

► To cite this version:

André Christian Omgba-Noah. L'économie morale de l'accompagnement médico-social : étude de deux dispositifs de lutte contre les addictions. Sociologie. Université Bourgogne Franche-Comté, 2023. Français. NNT : 2023UBFCC038 . tel-04494983v3

HAL Id: tel-04494983

<https://hal.science/tel-04494983v3>

Submitted on 12 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.

THESE DE DOCTORAT DE L'UNIVERSITÉ BOURGOGNE FRANCHE-COMTÉ

Préparé à l'Université de Franche-Comté,
École doctorale n°594, Sociétés, Espaces, Pratiques, Temps

Thèse en vue de l'obtention du titre de docteur en
SOCIOLOGIE

L'économie morale de l'accompagnement médico-social.

Étude de deux dispositifs de lutte contre les addictions

Présentée et soutenue publiquement par

André Christian OMGBA-NOAH

Le 7 décembre 2023

Sous la direction de M. Patrick LEGROS



Membres du jury

Stéphane CALLENS, professeur, Université d'Artois (*rapporteur*)

Gisèle DAMBUYANT, MCF-HDR, Université de Paris 13 (*rapporteuse*)

Gilles FERREOL, professeur émérite, Université de Franche-Comté (*examineur*)

Armel HUET, professeur émérite, Université de Rennes 2 (*président*)

Patrick LEGROS, MCF-HDR, Université de Tours, laboratoire C3S de l'UFC (*directeur*)

Année universitaire 2022-2023



Thèse en vue de l'obtention du titre de docteur en
SOCIOLOGIE

L'économie morale de l'accompagnement médico-social.

Étude de deux dispositifs de lutte contre les addictions

Présentée et soutenue publiquement par

André Christian OMGBA-NOAH

Le 7 décembre 2023

Sous la direction de M. Patrick LEGROS



Membres du jury

Stéphane CALLENS, professeur, Université d'Artois (*rapporteur*)

Gisèle DAMBUYANT, MCF-HDR, Université de Paris 13 (*rapporteuse*)

Gilles FERREOL, professeur émérite, Université de Franche-Comté (*examineur*)

Armel HUET, professeur émérite, Université de Rennes 2 (*président*)

Patrick LEGROS, MCF-HDR, Université de Tours, laboratoire C3S de l'UFC (*directeur*)

Année universitaire 2022-2023

À mes enfants, à qui je veux par ce travail transmettre le goût de l'*épistémè*...

À Alice Castori et à mon frère Doubahi partis trop tôt.

À “mes morts“ qui vivent éternellement dans mon cœur, Peupah André, Malik, Béco, Diane, Mario, Tata Simone, Meumah, Peupah, Peupah Mendulù, Meumah Édoa, Meumah Elisabeth...

« We should incorporate the idea that emotions encompass the research process – so we can use all our feelings as tools for analysis »¹.

(Kleinman et Copp, 1993. p. 52)

¹ *« Nous devrions assimiler l'idée que le processus de recherche est imprégné par des émotions – de la sorte, nous pouvons utiliser toutes nos émotions comme outils pour l'analyse. ».*

REMERCIEMENTS

Je voudrai *ab imo pectore* dire merci à tous ceux qui de près ou de loin, ont suscité, nourri, entretenu et soutenu cette permanente quête vers la recherche académique. En premier lieu ma mère, qui m'a très tôt nourri au lait de l'érudition et de l'appétence à la chose scientifique. Ma famille, mon père et de façon particulière ma tante Mme *Micheline Liagre*, mes enseignants, mon directeur de thèse Mr *Patrick Legros* à qui je dois d'être là, le Pr *Gilles Ferreol* pour son indéfectible soutien, mon ami *Bruno Miglioretti* avec qui j'ai été en « binôme » dans mon travail de terrain au CSAPA 37 au sein de l'équipe mobile *Aller-Vers* et qui aura été plus qu'un véritable soutien dans ce travail, un ami.

À tout le personnel du CSAPA 37, les professionnels du médico-social intervenant dans le dispositif *Aller-Vers* de tout le département d'Indre-Et-Loire (37) qui ont accepté de me recevoir dans le cadre d'un entretien pour ce travail. Je leur dois leur patience et leur inconditionnelle disponibilité. Je pense aussi aux professionnels de Créteil, et aux différents « *Tapajeurs* » et « *Tapajeuses* » qui m'ont accueilli dans le cadre de l'évaluation du dispositif TAPAJ. Je n'oublie pas Mr *Jean Hugues Morales* (Délégué National TAPAJ France) pour sa disponibilité.

Comment ne pas, *in fine*, témoigner ici toute ma gratitude et ma reconnaissance à mes enfants, qui malgré leur jeune âge, ont accepté de me voir moins disponible pour eux du fait de ce travail, ou encore, leur incroyable « force » à comprendre les situations de précarité que cet état de fait avait exacerbées. C'est peut-être beaucoup plus à eux que je dois, ce courage qui m'aura permis, par-dessus les tumultueuses circonstances de la vie, de finir cette recherche que j'ai pris plaisir à conduire.

SOMMAIRE

REMERCIEMENTS.....	7
INTRODUCTION GÉNÉRALE	10
Structuration de la thèse.....	21
PARTIE I : LA FABRIQUE DES DISPOSITIFS.....	23
Chapitre 1 : TAPAJ et la réinsertion des jeunes.	25
Chapitre 2 : Désertification médicale en Indre-Et-Loire : la réponse de l'équipe mobile Aller-Vers.....	54
Chapitre 3 : Construction politique d'un vocabulaire du social.....	76
Chapitre 4 : Constitution du corpus.....	93
PARTIE II : UNE ÉCONOMIE MORALE DE L'ACCOMPAGNEMENT MÉDICO-SOCIAL ?.....	113
Chapitre 1 : Une conception de la réussite sociale.....	115
Chapitre 2 : La place des valeurs dans la quête de sens.....	174
Chapitre 3 : Médico-social : pratiques et engagement.....	201
PARTIE III : L'ORGANISATION DU TRAVAIL DANS LE MÉDICO-SOCIAL ET LA DIMENSION AFFECTUELLE.....	224
Chapitre 1 : L'utilité des émotions dans le travail du care.....	228
Chapitre 2 : Affectualité et interculturalité : la philosophie africaine de l'Ubuntu.....	245
Chapitre 3 : La relation affectuelle professionnel/usager : un espace parrésiasique à aménager.....	264
CONCLUSION GÉNÉRALE	284
BIBLIOGRAPHIE	290
SIGLES ET ACRONYMES	307
ANNEXES	309
Résumé	316

INTRODUCTION GÉNÉRALE

« *“Accompagner”, marcher avec un compagnon, celui dont on partage le pain. Cette idée d’une égalité entre celui qui marche, qui avance, la personne handicapée, et celui qui l’accompagne, le professionnel, vient en rupture avec des pratiques antérieures où la relation soignante et éducative se caractérisait par l’exercice d’un pouvoir professionnel, dans sa supériorité, sur celui qui était jugé souvent comme incapable, le tout bien-sûr pour son bien* »². Cette définition de l’accompagnement traduit un lien qui est fondamental dans cette relation soignante et éducative, le lien entre l’accompagnateur et l’accompagné. Elle met en exergue les diverses permanences, mutations et continuités des pratiques dans le domaine médico-social. L’accompagnement, de façon globale est cette aide que la société apporte à ses membres les plus vulnérables et les plus fragilisés par la vie. C’est au nom du devoir de solidarité, d’abord au sein des familles et des groupes d’appartenance, que va naître ce besoin d’aider, de venir en soutien à l’autre. Du cadre familial, cette solidarité s’exportera et sera portée par une multitude d’organismes et d’institutions diverses, tant privés que publics, jusqu’aux trente glorieuses où Pierre Rosanvallon va montrer qu’on a « [...] *d’un déplacement de la solidarité directe de proximité à une solidarité presque entièrement socialisée par le biais de l’impôt et de la redistribution que celui-ci permet* »³. Il parle alors d’un État providence.

La solidarité, partie de la sphère familiale, deviendra dans les années soixante un devoir étatique. Tous les dispositifs d’action sociale sont le résultat de cette construction historique, et d’un besoin essentiel pour l’État social⁴ parfois taxé de paternaliste⁵, un besoin de veiller, de

² Chavaroche Philippe (2017), *Dictionnaire critique de l’accompagnement médico-social des personnes handicapées mentales*, Toulouse, Érès.

³ Rosanvallon Pierre (1981), *La crise de l’État-Providence*, Paris, Seuil ;

Rosanvallon Pierre (2015), *La Nouvelle Question sociale. Repenser l’État-Providence*, Paris, Seuil. Cité par Camberlein Philippe (2011), *Le dispositif de l’action sociale et médico-sociale en France*, Paris, Dunod.

⁴ Ramaux Christophe (2012), *L’État social. Pour sortir du chaos néolibéral*, Paris, Mille et une nuits.

⁵ Lima Léa (2015), *Pauvres jeunes, enquête au cœur de la politique sociale de la jeunesse*, Nîmes, Champs Social.

prendre soin et de lutter contre les phénomènes de précarité et d'exclusion sociale. La mise en agenda d'un problème social est souvent l'élément déclencheur d'une politique publique portée par l'État ou par d'autres partenaires institutionnels publics ou privés. Tous les problèmes affectant les individus à titre personnel et la société de manière générale, n'enclenchent pas toujours la même dynamique, le même engouement, et surtout un intérêt similaire. Il y a donc, dans la conception et dans la mise en œuvre d'une politique publique un ensemble d'institutions, de structures, d'organisations et d'acteurs indispensables pour la mise en place d'une politique publique ou d'une action sociale en direction d'une catégorie précise d'individus dont cette politique est la cible. Il y a aussi, parallèlement, une mise en visibilité par des mobilisations collectives et une médiatisation accentuée pour interpeller l'opinion publique et alerter l'autorité étatique.

De plus en plus, nos sociétés qualifiées d'hypermodernes⁶, ont réussi l'exploit de conquérir par la science et par l'intelligence artificielle (IA), des espaces physiques et virtuels qu'on pensait à une époque, inatteignables. L'Homme moderne⁷, ou postmoderne⁸, a réussi à repousser les limites dans tous les domaines : santé, espace, infrastructures, robotique. Le génie humain semble sans limites. Mais, paradoxalement, pendant que les sociétés modernes excellent dans ces prouesses scientifiques, techniques et technologiques, les individus ne se sont jamais sentis aussi vulnérables, aussi isolés socialement, aussi pauvres, aussi fragiles, aussi « liquides » pour emprunter une expression de Zygmunt Baumann qui écrit : « *la modernité est en train de passer de la phase "solide", dans laquelle les formes sociales (les structures qui limitent les choix individuels, les institutions qui veillent au maintien des traditions, les modes de comportement acceptables) ne peuvent plus – et ne sont plus censées – se maintenir durablement en l'état, parce qu'elles se décomposent en moins de temps qu'il ne leur en faut pour être forgées et se solidifier.* »⁹ Cet aspect expose l'idée d'un monde binaire qui, dans un même espace temporel et physique, divise les individus avec, d'un côté, ceux qui sont complètement intégrés socialement. Ceux-là, jugés aptes, peuvent jouir de la réalité positive de ce « bon » monde. De

⁶ Lipovetsky Gilles, Charles Sébastien (2004), *Les temps hypermodernes*, Paris, Grasset.

⁷ Sans vouloir débattre sur la thématique Modernité/Postmodernité/Hypermodernité, qui à elle seule mériterait tout un projet de recherche, l'évocation de ces notions dans notre travail s'attèle à faire référence à l'émergence de nouveaux liens sociaux, de la reconfiguration de la famille, d'une nouvelle question sociale autour du travail par exemple. L'affaiblissement des instances classiques de socialisation et l'émergence de la figure de l'individu dans « *Les plus les plus singuliers du social* » (Lahire, 2019) ou encore de « *l'homme pluriel* » (Lahire, 2017).

⁸ Maffesoli Michel (2002), *La transfiguration du politique. La tribalisation du monde postmoderne*, Paris, Table ronde.

⁹ Baumann Zygmunt (2007), *Le présent liquide, peurs sociales et obsessions sécuritaires*, Paris, Seuil.

l'autre versant de ce monde binaire se dessine en filigrane une architecture d'isolement, d'exclusion sociale¹⁰ et de précarité¹¹.

La précarité est une nouvelle forme de pauvreté qui s'insère insidieusement dans certaines catégories sociales qu'on pouvait légitimement exclure par ce phénomène. Elle qui se caractérise principalement « [...] par l'incertitude, l'affaiblissement des liens sociaux et un défaut de cohésion de la société »¹². Elle remet en question les différents statuts professionnels, elle dilue les catégories sociales et, surtout, elle fait apparaître « une société salariale »¹³ usée et lessivée par le travail, ce dernier dont on vantait les mérites et qui était et, reste le moteur central de l'intégration dans ces sociétés modernes. Comme le souligne Jean Baudrillard : « *Le social n'est pas un processus clair et univoque. Les sociétés modernes répondent-elles à un processus de socialisation ou de désocialisation progressive ? Tout dépend de l'acceptation du terme, or il n'en est aucune d'assurée, et toutes sont réversibles. Ainsi des institutions qui ont jalonné "les progrès du social" (urbanisation, concentration, production, travail, médecine, scolarisation, sécurité sociale, assurances, etc.) y compris le capital, qui fut sans doute le médium de socialisation le plus efficace de tous, on peut dire qu'elles produisent et détruisent le social dans le même mouvement.* »¹⁴

Le travail devient, par ses effets, par sa conception sociale, producteur de précarité, et la précarité à son tour, source de désaffiliation¹⁵, de disqualification¹⁶, d'isolement et d'exclusion sociale. Les deux dispositifs que nous allons étudier, puis analyser dans ce travail, sont une réponse des institutions étatiques, politiques et sociales à ce qui apparaît de plus en plus comme étant un des effets de la fracture sociale¹⁷. Ces dispositifs sont prioritairement une réponse politique à des situations, sanitaires, de pauvreté, de précarité et d'insertion des jeunes. Un point commun aux deux dispositifs : la santé. Le dispositif TAPAJ¹⁸, comme on le verra dans un chapitre consacré à sa description, est un dispositif dit de « réinsertion sociale » à destination

¹⁰ Karsz Saül (dir.), (2000), *L'exclusion, définir pour en finir*, Paris, Dunod (1^{ère} éd. : 2000).

¹¹ Cingolani Patrick (2005), *La précarité*, Paris, PUF.

¹² Bresson Maryse (2015), *Sociologie de la précarité*. Paris, Armand Colin.

¹³ Castel Robert (1995), *Les métamorphoses de la question sociale*, Paris, Gallimard.

¹⁴ Baudrillard Jean (1982), *À l'ombre des majorités silencieuses*, Paris, Denoël/Gonthier, p. 69.

¹⁵ *Ibid.*, Castel, 1995.

¹⁶ Paugam Serge (1991), *La disqualification sociale*, Paris, PUF.

¹⁷ Duvoux Nicolas (2009), *L'autonomie des assistés*, Paris, PUF.

¹⁸ Travail alternatif payé à la journée.

principalement des jeunes toxicos¹⁹ poly-dépendants, développant une assuétude particulière vis-à-vis de certaines drogues, et très éloignés de l'emploi. Leur réinsertion sociale cible plusieurs aspects, notamment un aspect thérapeutique, un aspect psychologique et un dernier aspect professionnel. Ce dispositif est une copie française d'un dispositif canadien mis en place par une association²⁰ à Québec et qui a été évaluée en France par le laboratoire C3S de l'Université Besançon-Franche-Comté sous la direction du Pr Gilles Ferréol²¹.

Le second dispositif, l'équipe mobile Aller-Vers du CSAPA 37, est aussi un dispositif dit de réinsertion sociale, même si, c'est avant tout un dispositif de réorientation en addictologie, avec la spécificité qu'il est porté par un CSAPA²² ou un CARUUD²³ dans un CHRU²⁴ et qu'il intègre une équipe mobile²⁵ qui a pour principales missions au niveau du département de l'Indre-Et-Loire, de faciliter la coordination en addictologie et de fluidifier l'orientation des patients vers les professionnels indiqués. Ce dispositif s'insère dans une nouvelle modalité d'accompagnement qui place l'individu au cœur de la relation professionnel/usager-patient, soignant/soigné. On parle aussi d'une démarche « hors-les murs ». Ce nouveau mantra du travail social brise toutes les barrières institutionnelles à même de ralentir, de cloisonner, de rendre inopérante la démarche de « l'Aller-Vers »... la mission principale de ce dispositif est de faire jaillir loin des institutions, loin du « poids » des murs, une relation où l'utilisateur²⁶ est au cœur de la démarche, où il est co-acteur de par son expertise expérientielle²⁷. L'Aller-Vers est une démarche qui donne, par des visites à domicile aux personnes les plus isolées spatialement et socialement, la possibilité d'être suivies en cinq rencontres à domicile, sur un travail ayant pour finalité une diminution par la réductions des risques (RdR), des consommations

¹⁹ Terme utilisé trivialement pour désigner des personnes ayant une assuétude aux produits addictifs tels que, le cannabis, la marijuana, la cocaïne et toutes sortes d'opiacés hautement addictifs.

²⁰ Spectre de rue.

²¹ Professeur de sociologie.

²² Centre de soins d'accompagnement et de prévention en addictologie.

²³ Centre d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques des usagers de drogues.

²⁴ Centre hospitalier régional universitaire.

²⁵ Un binôme constitué d'une éducatrice spécialisée, et d'un infirmier psychiatrique.

²⁶ L'emploi du terme usager au détriment de celui de malade ou même de patient, tend à définir le rapport entre le soignant et le soigné comme un rapport à l'intérieur d'une offre de services. Des individus dans un besoin spécifique, qui sollicitent une aide ponctuelle.

²⁷ On doit le terme d'expertise expérientielle à la sociologue et anthropologue Thomasina Borkman, elle va distinguer à l'intérieur de cette notion un savoir expérientiel et une expertise expérientielle. Dans le champ de la santé, l'idée qu'il existe des détenteurs du "savoir", de la connaissance absolue est continuellement battue en brèche. Chez les malades chroniques on admet de plus en plus qu'ils développent une connaissance, un savoir et une expertise au sujet de leur pathologie, à même de participer à la constitution d'une connaissance thérapeutique sur la maladie. L'expertise expérientielle est une part importante dans l'éducation thérapeutique du patient (ETP).

problématiques (drogue, tabac, substances addictives, etc.), mais aussi, grâce à un fort maillage territorial, une orientation vers les professionnels les plus adaptés et les plus indiqués à la situation médico-sociale de l'individu.

Talcott Parsons appréhende la santé comme étant le facteur principal de cohésion d'un système social²⁸. Pour lui, par exemple, avoir un grand nombre de personnes malades dans une société comparativement à un moindre pourcentage de personnes en bonne santé, aura des répercussions négatives sur la tenue des rôles sociaux. La sociologie de la santé va donc s'intéresser aux pratiques de soins, aux malades, aux usagers du système de santé, aux hôpitaux qu'Erving Goffman appelle « institution totale »²⁹, ainsi que toutes les entreprises de production des soins. La sociologie de la santé qui s'intéresse aux interactions entre la société, les individus et la santé, a longtemps été « ignorée » comparativement aux domaines classiques de la sociologie, comme la famille, la société ou encore l'éducation. Pendant longtemps les questions liées à la santé ont uniquement été analysées sous la focale clinico-organique, dans un registre *stricto-sensu* biologique et médical. En 1965, Barney Glazer et Anselm Strauss³⁰ vont s'intéresser à la mort à l'hôpital, au travail avec les mourants et aux interactions avec les proches. Ils contribueront à définir une mort sociale distincte d'une mort organique.

La santé est une construction sociale et culturelle dont la définition est aux frontières du normal et du pathologique³¹. Chaque société produit ses malades, à chaque époque l'individu est malade en fonction de la société dans laquelle il vit et selon les modalités que celle-ci fixe. L'expérience de la maladie et le rôle du personnage du malade sont socialement construits et surtout historiquement situés. Être malade est un statut social. La maladie, la santé et même la mort sont des constructions sociales comme le soulignent Claudine Herzlich et Philippe Adam : « *La réalité biologique est ainsi socialement modelée par la prise en charge dont elle est l'objet. Enfin, en diagnostiquant une maladie, le médecin ne fait pas que décrypter un état organique. En déclarant un individu " malade ", il porte un jugement qui dépasse son état corporel et qui, retentissant sur son identité, lui assigne une position dans la société.* »³²

²⁸ Talcott Parsons (1951), *The Social System*, New York, Free Press.

²⁹ Goffman Erving (1968), *Asiles, Études sur la condition sociale des malades mentaux*, Paris, Les Éditions de Minuit.

³⁰ Glaser Barney, Strauss Anselm (1965), *Awareness of dying*, London, Weidenfeld and Nicolson.

³¹ Cette analyse sur la sociologie de la santé est un prolongement du développement du sociologue Denis La Mache (sur sa chaîne YouTube), intitulée "Sociologie de la Santé", [https://www.youtube.com/watch?v=xnJWdIoq_2M]

³² Herzlich Claudine, Adam Philippe (2007), *Sociologie de la maladie et de la médecine*, Paris, Armand Colin, p. 8.

La santé devient donc un fait social qui va intéresser le sociologue. La dimension subjective de la maladie développée par Georges Canguilhem dans son ouvrage *Le normal et le pathologique*³³ témoigne de l'acuité et de la pertinence de l'expertise sociologique dans le champ de la santé.

Un dernier facteur convergent et témoignant de la justesse des outils sociologiques est à convoquer : les déterminants sociaux de la santé (DSS). Selon l'organisation mondiale de la santé (OMS), les déterminants sociaux de la santé sont les « *facteurs personnels, sociaux, économiques et environnementaux qui déterminent l'état de santé des individus ou des populations* »³⁴. Cette relation entre la santé et le déterminant social est une relation causale où le second va considérablement influencer sur le premier. Dans cette analyse, on se rend surtout compte que notre santé est dépendante de facteurs extérieurs au corps, au *bios*. Et, qu'*in fine*, les déterminants biologiques de la santé ne sont pas aussi décisifs que les déterminants sociaux de la santé. Le contrôle permanent, l'autocontrôle³⁵ et l'intrusion permanente et perpétuelle de la médecine dans la vie privée des individus (Covid-19), cette sorte de médicalisation³⁶ permanente, ont pour finalité une « sur responsabilité » de l'individu³⁷. La santé est devenue à l'aune de ce qui précède un droit, mais surtout, un devoir qui nous incombe à titre individuel et à titre collectif. Nous devenons par notre santé, les garants de la santé des autres. L'exemple de la vaccination contre le virus de la Covid-19, est la preuve que les sociétés modernes ont basculé dans une dynamique de biopouvoir³⁸, et dans une perspective à l'intérieur de laquelle l'enjeu collectif « sur responsabilise » l'individu, le rendant acteur non seulement de sa santé mais aussi, de celle des autres.

Les deux dispositifs étudiés dans ce travail, sont saisis comme un laboratoire permettant de déceler et d'analyser, dans la relation qui lie l'utilisateur/patient au professionnel, une économie

³³ Canguilhem Georges (2013), *Le normal et le pathologique*, Paris, PUF (1^{ère} éd : 1966).

³⁴ Alla François (2016), « 3. Les déterminants de la santé », in Bourdillon François (dir.), *Traité de santé publique*, Cachan, Lavoisier, p. 15.

³⁵ Élias Norbert (1973), *La civilisation des mœurs*, Paris, Calmann-Lévy (1^{ère} éd : 1939).

³⁶ Illich Ivan (1974), *Némésis médicale, l'expropriation de la santé*, London, Calder & Boyars.

³⁷ Massé Raymond, Saint-Arnaud Jocelyne (2003), *Éthique et santé publique : enjeux, valeurs, et normativité*, Québec, Presses Université Laval.

³⁸ La notion de biopouvoir est une notion évoquée par Michel Foucault dans un de ses cours au collège de France. Pour lui, le biopouvoir est une redéfinition du pouvoir dans son mode de saisie, pour l'appréhender là où il se donne, à savoir le corps, la vie, le *bios*. Ce concept de biopouvoir a été repris par Giorgio Agamben, Didier Fassin ou encore Peter Conrad.

morale, appréhendée ici, comme une « communauté de valeurs » ou encore, comme un sens commun et d'appréhension collective d'un problème, à l'œuvre chez ces accompagnants³⁹ du médico-social. L'enjeu ici serait d'observer, d'analyser, toujours sous la focale de cette relation affectuelle⁴⁰ entre le professionnel et le patient/usager, les schèmes de perception des individus en rapport avec certains aspects de leur trajectoire sociale ou biographique ; déterminer les influences spirituelles, normatives, sociales et même politiques ; recueillir et analyser par exemple la conception qu'ils ont et qu'ils se font de la notion de « réussite sociale », ou, encore de la conception qu'ils ont du travail ; définir en quoi ces notions sont influencées par une économie morale de l'accompagnement médico-social ; déceler la part d'imposition, de normativité sociale, mais aussi, la part de subjectivité et d'inter-individualité dans la dimension affective de leur agir *in situ*. Cette quête impose par ailleurs, de savoir si l'interaction qui relie ces professionnels de l'action médico-sociale à leurs usagers dans le cadre d'un accompagnement formel, contractuel et parfois même « injonctionnel », dans différents dispositifs notamment, dans le cas d'espèce TAPAJ et l'équipe mobile Aller-Vers... procède d'une approche individuelle⁴¹ influencée par une culture professionnelle de groupe ou de l'imposition d'un modèle⁴² ? Car, en réalité, ceci pose *de facto*, la question de l'implication et de l'engagement de l'accompagnant, de sa disposition et même de sa prédisposition à venir en aide de façon naturelle à celui qu'il accompagne, de faire preuve de sollicitude et d'être à l'écoute. Qu'est-ce qui va faire écho dans le cheminement du professionnel avec son patient/usager pour qu'il s'engage, s'investisse personnellement dans la trajectoire de cet individu, dans le cadre de cette relation affectuelle ? Faut-il chercher les ressorts de cette altruïté⁴³, cette vocation quasi sacerdotale dans les différentes histoires de vie et les différents parcours de ces professionnels, et dans une économie morale tacite ? Quel serait en définitive, les « affinités électives », entre les philosophies du *care*, et l'économie morale du médico-social dont il est question ici ?

³⁹ Mon travail d'enquête, dans la définition de sa problématique m'a amené à englober tous les professionnels qui exercent dans les deux dispositifs étudiés. Le terme « accompagnants » tout au long de ce travail, fera allusion aussi bien au médecin faisant appel à l'équipe mobile « Aller-Vers », qu'à l'éducatrice spécialisée de TAPAJ avec comme trait d'union, l'intervention dans les dispositifs étudiés.

⁴⁰ Expression utilisée par Max Weber.

⁴¹ Dans son accompagnement est-ce que le professionnel va faire attention à l'autre, à ce qu'il est, à ce qu'il veut, à ses aspirations ?

⁴² Intégration sociale par le travail, importance de la famille par exemple, formats normatifs de la réussite sociale. J'ai moi, accompagnant, une idée de ce que sa trajectoire sociale doit être, et je me dois de lui imposer cette vision.

⁴³ Kourilsky Philippe (2015), « Éloge de l'altruisme et de l'altruïté », *Raison présente*, vol. 194, n° 2, pp. 31-43.

Le concept d'économie morale est parfois très équivoque et contingent, il a eu ces dernières décennies un succès non dissimulé en sciences sociales, dès lors, il convient de le circonscrire et de définir les contours de l'usage qui en sera fait dans notre travail. Car, comme le souligne Mara Vitale, « *Le concept d'économie morale n'est pas nouveau dans le domaine des sciences sociales et s'est offert à plusieurs interprétations et utilisations très variées. Hyden (2007) l'a observé, l'économie morale est un objet de recherche complexe et contingent.* »⁴⁴ De façon préalable, Il convient de signifier que l'analyse que nous allons faire de ce concept, se situe dans le prolongement des travaux de Didier Fassin⁴⁵ qui y a consacré une part centrale et a construit un objet de recherche transdisciplinaire. Dans un article publié en 2009, il retrace, revisite son parcours, son histoire et propose une architecture définitionnelle à même de rendre compte de sa portée heuristique.

L'économie morale doit sa genèse et son irruption dans les sciences humaines et sociales, à l'historien britannique Edward Palmer Thompson qui dans un ouvrage paru en 1963⁴⁶ *The making of the English working class*, en fait l'évocation et, c'est dans son article de la revue *Past & Present* paru en 1971⁴⁷ qu'il en définira les contours. Il fait une analyse socio-historique sur les émeutes de la faim dans l'Angleterre du XIII^{ème} siècle. Dans cet article, il va définir l'économie morale comme étant : « [...] *Une vision traditionnelle des normes et des obligations sociales, des fonctions économiques appropriées occupées par diverses parties de la communauté ce qui pris ensemble, peut être considéré comme constituant l'économie morale des pauvres.* »⁴⁸ Partant d'un contexte de contestation et de révolte liées à la subsistance de la classe paysanne, il va introduire une dimension « morale » à l'activité économique comme le note Didier Fassin : « [...] *L'originalité de sa proposition consistait à introduire une dimension morale dans une lecture marxiste de l'histoire économique et sociale des milieux populaires.* »⁴⁹ Le concept, dès lors, va connaître un exceptionnel engouement scientifique notamment outre-Atlantique avec James C. Scott, dont les travaux porteront sur les économies morales des pays

⁴⁴ Mara Vitale (2009), « Économie morale, islam et pouvoir charismatique au Burkina Faso », *Afrique contemporaine*, 231, p. 232.

⁴⁵ Fassin Didier (2009), « Les économies morales revisitées », *Annales. Histoire, Sciences Sociales*, n° 64, pp.1237-1266.

⁴⁶ Thompson Edward Palmer (1980), *The Making of the English Working Class*, Harmondsworth, Penguin Books, pp. 68-222 (1^{ère} éd.: 1963).

⁴⁷ Thompson, Edward Palmer (1971), « The Moral Economy of the English Crowd In the Eighteenth Century », *Past & Present*, 50 (1), pp. 76-136.

⁴⁸ *Ibid.*, Thompson, 1971, p. 34.

⁴⁹ *Op. cit.*, Fassin, 2009, p. 1238.

d'Asie du Sud-Est. On se rend compte, comme le souligne Ana Luleva⁵⁰, que les anthropologues vont définir l'économie morale comme une alternative à l'économie de marché. Telle que l'économie de la société prémoderne. Elle peut être entendue comme coexistante parallèlement à l'économie de marché, partout où un aspect moral des activités économiques peut être trouvé⁵¹. Selon Didier Fassin, historiquement, il existe deux modèles radicalement distincts qui se succèdent : « *L'économie est une expression et un prolongement de la société : l'engagement de ses membres les uns par rapport aux autres à travers l'échange de biens et de prestations au sein de la famille et dans les réseaux de dépendance* »⁵², Il poursuit : « *le bouleversement qui survient au XVI^{ème} siècle n'est pas lié, selon lui, à l'existence des marchés, bien sûr ancienne, mais à la mainmise des marchés sur les sociétés humaines* », ... ». À partir de là, la raison libérale ébranle la raison traditionnelle, ou, « [...] *pour paraphraser Weber, l'éthique du capitalisme met à l'épreuve l'éthos des pauvres* »⁵³.

Dans l'historicité du concept qu'il retrace dans son article, il détache trois travaux, ceux d'Edward Thompson, ceux de James Scott qu'il va placer dans une perspective définitionnelle similaire. Mais, que ce soit pour Thompson ou encore pour Scott, le champ principal d'expression de cette *moral economy* sera la paysannerie et le contexte, celui de la contestation et des émeutes. Une situation en rapport avec les relations dominants/dominés, patronat/ouvriers, justice/injustice est aussi présent. La réalité des travaux de Thompson et ceux de Scott sur l'économie morale portent sur un rapport moral des activités économiques.

Les derniers travaux relevés par Didier Fassin sur la saisie conceptuelle de l'économie morale, sont ceux de Lorraine Daston qui va travailler sur l'économie morale de la connaissance. Son approche du concept d'économie morale l'éloigne de la définition de Thompson : « *Ce que je veux signifier par économie morale, c'est un réseau de valeurs saturées d'affects qui existent et fonctionnent en relation les unes avec les autres* »⁵⁴. On est loin en effet de la perspective d'Edward Thompson et de ses paysans anglais, « *le terme "moral" est porteur des résonances qu'il avait aux XVIII^{ème} et XIX^{ème} siècles : il se réfère à la fois au psychologique et au*

⁵⁰ Ana Luleva est une anthropologue/ethnologue bulgare, membre du *Ethnographic Museum Bulgarian Academy of Sciences*.

⁵¹Luleva Anna (2018), « Just Work? Bulgarian Female Labour Migration to Italy and the Moral Economy of Care. », *Ethnologia Balkanica*, Vol 21, pp. 233-251.

⁵² *Op. cit.*, Fassin, 2009. p. 1243.

⁵³ *Op. cit.*, Fassin, 2009. p. 1243.

⁵⁴ *Op. cit.*, Fassin, 2009. p. 1243.

“normatif” ; ici “économie“ a également une connotation délibérément ancienne : il ne concerne pas l'argent, les marchés, le travail, la production et la distribution des ressources matérielles, mais plutôt un système organisé qui déploie certaines régularités explicables mais pas toujours prédictibles »⁵⁵. La singularité et la particularité de la définition de cette économie morale ouvre de nouvelles perspectives, notamment avec l'introduction des notions de valeurs et d'affects. Cette approche de l'économie morale appréhendée à partir de l'ordre des valeurs et des affects, va permettre de saisir le sens et la portée heuristique du concept dans certains aspects de la science, en l'occurrence de la science de la connaissance : « *Ce qui justifie le concept, c'est évidemment sa valeur heuristique, la manière dont il permet d'articuler les analyses au carrefour de ces problèmes* »⁵⁶. L'économie morale n'est donc plus simplement rattachée à l'économie de marché et à ses corollaires, elle peut s'intégrer partout dans des relations sociales saturées de valeurs et d'affects.

Didier Fassin propose une définition de l'économie morale qui semble être en adéquation avec l'usage que nous souhaitons en faire dans notre travail. Il écrit « [...] *On considérera l'économie morale comme la production, la répartition, la circulation et l'utilisation des sentiments moraux, des émotions et des valeurs, des normes et des obligations dans l'espace social* »⁵⁷..., « *les économies morales représentent la production, la circulation et l'appropriation des valeurs et des affects dans un espace social. Elles se rapportent à une question de société qui est constituée à travers des jugements et des sentiments, qui définissent ainsi progressivement une sorte de sens commun et d'appréhension collective d'un problème* »⁵⁸. Didier Fassin, par cette définition, souligne l'impact de la conscience morale des individus construite par les jugements, les sentiments, les affects et les émotions et qui va produire une sorte de « [...] *sens commun, et d'appréhension collective d'un problème* ». C'est cette conscience morale qui est souvent en œuvre chez les individus bien plus que les logiques managériales. Le professionnel du médico-social dans son agir n'est pas mû que par une volonté rationnelle qui l'amène à appliquer les lois qui régissent son champ d'intervention. Il est aussi parfois pris et saisi par un univers moral constitué de sentiments, d'affects ou encore d'émotions.

⁵⁵ *Op. cit.*, Fassin, 2009. p. 1251.

⁵⁶ *Op. cit.*, Fassin, 2009. p. 1251.

⁵⁷ *Op. cit.*, Fassin, 2009. p. 1251.

⁵⁸ Dans un séminaire co-organisé par l'École des Hautes Études en Sciences Sociales (Paris) and Institute for Advanced Study (Princeton) à Paris, il précisera à nouveau sa pensée. [Citation à partir de 19'30 sec de la vidéo.]

Le travail de Didier Fassin, bien qu'actuel et surtout synthétique des définitions originelles du concept, omet tout de même la dimension morale collective et communautaire exprimée par Edward Palmer Thompson et James C. Scott. Il insiste sur la dimension morale individuelle et délaisse quelque peu « l'imaginaire collectif », « la communauté de destins »⁵⁹ qui peut intervenir dans l'analyse. Le sens que nous donnerons à l'économie morale dans notre travail, ajoutera, à celle de Didier Fassin, une sorte de culture ou de sous culture encadrant les actions de ces professionnels intervenant dans les deux dispositifs étudiés dans notre enquête.

La problématique de notre travail s'insère dans une réflexion plus générale sur l'agir des individus en situation de travail et se donne pour objectif, de déceler et d'analyser une économie morale de l'accompagnement médico-social du point de vue des professionnels intervenants dans le dispositif TAPAJ et l'équipe mobile Aller-Vers du CSAPA 37.

Structuration de la thèse

Notre dissertation doctorale va s'exposer en trois parties, chaque partie essayant de vérifier notre hypothèse qui est celle de la circulation dans l'espace de l'accompagnement médico-social, d'une économie morale, diffusée et entretenue par les professionnels du soin. Cette démarche va se situer dans le prolongement d'une problématique plus grande, celle de l'analyse de l'agir des individus dans le cadre de leur travail. Qu'est-ce qui les motivent, les portent et les engagent dans des dimensions affectuelles importantes dans la réalisation de leur métier ? Pour ce faire, notre contribution se donne pour ambition de comprendre l'agir professionnel en partant d'une perspective wébérienne, à partir de la typologie des actions humaines : « *le comportement affectif, qui se déploie sous l'emprise d'une émotion, d'une passion ou d'un sentiment ; l'activité traditionnelle qui obéit à la coutume ; l'activité rationnelle liée aux valeurs, au service d'une conviction indépendamment de la considération des conséquences ou des chances de succès ; enfin, l'activité rationnelle qui ne calcule pas les moyens les plus appropriés en vue de cette fin, prévoit les conséquences en visant le maximum d'efficacité.* »⁶⁰ C'est, pour Weber, cette typologie de l'action individuelle qui va influencer l'agir des individus.

⁵⁹ Hobsbawm Eric (1992), *Nations et nationalisme depuis 1780*, Paris, Gallimard (1^{ère} éd. : 2013).

⁶⁰ Baraquin Noëlla, Laffitte Jacqueline (2020), *Dictionnaire des philosophes*, Paris, Armand Colin, p. 394.

Notre démarche argumentative s'appuie sur cette analyse tridimensionnelle, avec une première partie qui sera liée à une rationalité par finalité de l'action, qui présentera de façon descriptive les deux dispositifs, mais qui s'attèlera surtout, à analyser les objectifs et les enjeux politiques de cette fabrique de dispositifs dits de réinsertion sociale.

La seconde partie de notre démarche, dans un prolongement de la théorie wébérienne de l'action individuelle, pensera l'agir des individus dans une conception de l'action rationnelle par valeurs qui interrogera la dynamique d'une économie morale de l'accompagnement médico-social, suggérée par une certaine conception de la réussite sociale et par une implication et un engagement des professionnels pour des valeurs. Ces dernières vont produire des pratiques et des postures qui circuleront et se transmettront dans cet espace du *care*.

La dernière partie de notre analyse se penchera sur l'agir professionnel des individus à partir d'un volet affectif de l'action, en mobilisant l'utilité des émotions dans la philosophie du *care*, et en faisant appel aux convergences et à la reliance qui existe entre la philosophie du *care* et la philosophie africaine de l'*Ubuntu*. Dans cette partie, dans un premier temps, il s'agira d'appréhender le lien qui est posé entre les émotions, les éthiques du *care* et la construction des économies morales dans le médico-social. Dans un deuxième temps, on se penchera sur la production du soin autour de l'éthique narrative qui met en avant la parole et les mots, dans leurs dimensions cathartiques et curatives. *In fine*, cette ultime partie de notre travail, proposera, à l'intérieur du cadre d'accompagnement qui met en relation le professionnel et l'accompagné, l'aménagement d'espaces parrésiasiques⁶¹ dans un objectif thérapeutique dual, d'un côté prodiguer le soin à l'usager/patient *Taking care of* (prendre soin de) et, d'un autre, faire en sorte que le professionnel lui aussi soit bénéficiaire de ce soin *Care receiving* (recevoir le soin). Car, c'est en cela, d'après Joan Tronto⁶², qu'on peut qualifier le *care* de « bon *care* ».

⁶¹ La parrhèsia chez Michel Foucault, fait intervenir des notions de liberté, de parole et de courage. Un parrésiasite est en quelque sorte un « diseur de vérité », le terme « espace parrésiasique » fait référence chez Foucault à des espaces fermés, protégés où on peut avoir une liberté de ton et de langage sans la pression de l'évaluation. Pour la philosophe Cynthia Fleury, les espaces parrésiasiques sont des lieux fermés où vont s'exercer des débats publics, comme une salle de classe où on a le droit de penser, où de s'essayer de penser

⁶² Politologue, féministe et professeure de sciences politiques, ses travaux portent sur une critique du *care*.

PARTIE I : LA FABRIQUE DES DISPOSITIFS

PARTIE I : LA FABRIQUE DES DISPOSITIFS

Chapitre 1 : TAPAJ et la réinsertion des jeunes

1. Histoire et genèse.
2. Conditionnalité de la solidarité publique envers les jeunes.

Chapitre 2 : Désertification médicale en Indre-Et-Loire : la réponse de l'équipe mobile Aller-Vers.

1. Contexte et naissance.
2. Un réseau de professionnels en Indre-Et-Loire.

Chapitre 3 : Construction politique d'un vocabulaire du social.

1. Des dispositifs de réintégration sociale
2. La problématique d'une réinsertion « forcée ».
3. La réintégration et l'intégration comme « reconnaissance sociale » dans le programme TAPAJ et l'équipe mobile Aller-Vers.

Chapitre 4 : Constitution du corpus.

1. Positionnement théorique.
2. Pourquoi cette focale sur la perception par les professionnels de la réussite sociale ?
3. Étapes et modalités de recueils des données.

Conclusion partielle

Chapitre 1 : TAPAJ et la réinsertion des jeunes.

« L'action sociale et médico-sociale est conduite dans le respect de l'égalité de tous les êtres humains avec l'objectif de répondre de façon adaptée aux besoins de chacun d'entre eux et en leur garantissant un accès équitable sur l'ensemble du territoire »⁶³. Le champ du médico-social s'est construit en France dans le sillage de l'action sociale en direction des personnes les plus vulnérables. C'est dans un souci de solidarité et de soutien en direction de ces personnes, parfois exclues socialement, isolées spatialement, territorialement et parfois, vivants dans une grande précarité, que la mise en place de ces dispositifs a été jugé nécessaire. Les deux dispositifs qui seront décrits dans cette partie sont des dispositifs médico-sociaux de par leurs objectifs, leurs cibles et les différents professionnels affectés dans ce secteur. Cependant, les deux dispositifs sont encore plus ancrés dans le secteur médical du fait que, ce sont des dispositifs d'accompagnement et de prévention en addictologie. Ils ciblent de façon précise la réduction des risques⁶⁴ chez les usagers de drogues.

⁶³ [Article L116-2] de la LOI n° 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale.

⁶⁴ Réduction des risques.

On notera néanmoins, des spécificités de territoires, et des missions différentes d'un dispositif à un autre. TAPAJ va avoir une prise nationale avec différentes antennes sur toute l'étendue du territoire français, quand l'équipe mobile Aller-Vers va se limiter à des territoires ruraux d'Indre-Et-Loire. Ces différences sont d'ailleurs complémentaires dans notre étude, TAPAJ avec un public cible beaucoup plus jeune, installé dans des territoires urbains, contrairement à l'équipe mobile qui va s'orienter principalement dans les zones rurales, avec un public plutôt majoritairement d'adultes, même s'il est possible, dans les deux dispositifs, de rencontrer quelques exceptions. De façon générale, ces deux dispositifs cherchent prioritairement à réintégrer socialement des individus, déliés⁶⁵, désintégrés, désaffiliés, disqualifiés par leur assuétude aux drogues, aux jeux ou encore au sexe⁶⁶. Cette addiction va faire rompre, parfois de façon partielle ou définitive, le lien social tissé par le travail⁶⁷.

1. Histoire et genèse.

1.1. Spectre de rue.

C'est dans les années 2000 au Canada, plus précisément dans la ville de Montréal, que va naître le dispositif TAPAJ. Depuis cette date, il s'est implanté dans de nombreuses villes canadiennes mais aussi, s'est exporté dans des pays comme la France. L'association *Spectre de rue* qui a pour principales missions de « *Prévenir et réduire la propagation des infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS), du VIH/Sida et des diverses formes d'hépatites auprès des personnes marginalisées habitants, travaillant ou transitant sur le territoire du centre-ville de Montréal, aux prises avec des problèmes de toxicomanie, de prostitution, d'itinérance et de santé mentale. Sensibiliser et éduquer la population et le milieu aux réalités de ces personnes pour favoriser leur cohabitation. Soutenir les démarches de nos membres vers la socialisation et l'intégration sociale.* »⁶⁸, va mettre sur pied, dans les années 2000, une nouvelle approche

⁶⁵ La déliaison sociale est synonyme d'anomie, d'absence de normes, elle désigne la perte du lien social entre un individu et son milieu de vie, son milieu social. Comme le montre Félicité Nayrou (Nayrou, 2011), la déliaison sociale est un risque dévastateur tant pour l'individu que pour son groupe social. On appréhende aussi la notion sous la perspective de « risque de déliaison sociale », le lien social étant considéré comme fondateur du social.

⁶⁶ Dans de très rare pourcentage L'équipe mobile Aller-Vers, accueille aussi des individus souffrant d'addictions aux jeux ou encore au sexe.

⁶⁷ Le travail analysé ici sous sa forme « d'emploi ».

⁶⁸ Document de présentation du dispositif TAPAJ, disponible en PDF à l'adresse internet de l'association spectre de rue, <http://www.spectrederue.org>.

d'intervention centrée sur le « bas seuil »⁶⁹, une sorte de *step by step*, où les usagers sont appelés à gravir les étapes, « marche après marche » sans imposition d'une trajectoire, d'une étape ou d'une quelconque autre exigence. C'est dans ce contexte que va naître TAPAJ. Dans la ville de Montréal, l'association *Spectre de rue* va cadrer son action en spécifiant les contours de celle-ci.

TAPAJ : population cible⁷⁰

Les « Tapajeurs » sont âgés de 16 à 30 ans et en situation de grande précarité, par exemple :

- En état d'itinérance ou à risque de le devenir.
- Pratiquant les métiers de la rue (mendicité, *squeegee*⁷¹, prostitution, vente de stupéfiants, etc.).
- N'étant pas prêts à occuper un emploi stable ou à participer à un programme de réinsertion.
- Vivant une problématique de consommation.
- Vivant une problématique de santé mentale.

TAPAJ : les principaux défis au niveau social.

Les principaux défis à l'origine de TAPAJ étaient d'offrir aux jeunes une alternative aux métiers de la rue et de pallier l'absence de programme existant pour ce type de public aux besoins particuliers. Vu les différentes problématiques auxquelles ils font face, il leur est très difficile de garder un emploi stable ou même d'intégrer un programme conventionnel de réinsertion au travail. C'est pourquoi TAPAJ est un programme inclusif et flexible qui leur permet de travailler et d'être soutenus, peu importe à quel stade ils se trouvent dans leur cheminement. L'association *Spectre de rue* considérait que les expériences concrètes offertes à leurs

⁶⁹ Une précision est faite dans l'usage de cette notion par *spectre de rue*, ils précisent ceci, « La notion de « bas seuil » renvoie à ce que les Anglo-saxons appellent un « *step by step* », un parcours où l'on gravit des étapes « marche par marche ». Plus précisément, l'approche à bas seuil signifie que ces personnes peuvent accéder, sans exigence préalable hormis le respect des autres et du matériel, à un accueil, une écoute et un soutien pour la prévention, et ce, quelle que soit l'étape où ils se trouvent dans leur trajectoire de vie. » .

⁷⁰ Comme nous l'avons souligné plus haut, cette description de l'action TAPAJ par *Spectre de rue* est détaillée dans un document de présentation du dispositif à l'adresse. <http://www.spectrederue.org>. Toute cette description est celle de l'association *Spectre de rue*.

⁷¹ Le « *squeegeeing* » au Canada est une forme de mendicité qui consiste à nettoyer des pare-brises de véhicules, pendant l'arrêt au niveau des feux de signalisation. « *squeegee* » littéralement en anglais signifie « raclette ». Les « *squeegees* » sont une population de « punks » vivant de mendicité et sujette à des addictions de toutes sortes.

participants puissent être à même de les mettre en contact avec l'ensemble des aspects positifs du travail : la finalité d'un gain financier n'était pas le seul objectif, mais une manière saine et rapide de s'accomplir, de sortir du désœuvrement. À plus long terme, c'est également aussi un formidable outil d'intégration sociale ainsi que de connaissance de soi, de promotion aussi, de l'estime de soi. Enfin, TAPAJ, pour *spectre de rue*, c'est une occasion de mettre en avant le potentiel de ces personnes bénéficiaires du programme, au service de la communauté et de briser les préjugés des citoyens à leur égard, favorisant au final, une cohabitation plus harmonieuse.

L'association amène le participant à :

- Accentuer sa connaissance de soi ;
- Développer sa confiance et son estime personnelle ;
- Développer sa confiance et son estime des autres ;
- Développer ses habiletés personnelles et professionnelles ;
- Améliorer ses conditions de vie ;
- Se remettre en action en favorisant son insertion sociale.

De l'implémentation...

TAPAJ pense l'accompagnement, dans une vision globale, avec l'idée de travailler sur les qualités intrinsèques de la personne pour qu'elle en prenne conscience, ou pour qu'elle reprenne confiance en elle. Le développement de la confiance en soi, de l'estime de soi, des habiletés personnelles et professionnelles, va se matérialiser dans le dispositif par des volets qui à termes, auront pour objectifs d'amener le bénéficiaires dans une prise/reprise en main de sa vie.

Volet 1 – alternatif

Les jeunes qui participent à ce volet doivent téléphoner le matin afin de réserver une place dans l'un des « plateaux » de travail de l'après-midi. S'ils fréquentent un des organismes bénéficiant d'une entente avec TAPAJ, garantissant à leurs bénéficiaires un certain nombre de places dans les plateaux de l'association, ils peuvent s'inscrire aux tirages organisés par ces organismes, selon des modalités fixées par ceux-ci. Quatre plateaux par semaine durant l'été, des durées variant de 2h30 à 3h00. Les participants sont rémunérés une fois le travail terminé. Certains

plateaux ont lieu tout au long de l'année. À ce stade, l'intervention fait office de service complémentaire, selon les besoins particuliers des participants.

Volet 2 – accomplissement

C'est par l'entremise du volet alternatif que le repérage des jeunes pour le Volet *accomplissement* est effectué. À ce stade, les participants doivent s'impliquer tant sur le plan du travail que sur celui des objectifs personnels, fixés au préalable avec l'intervenant. Ils doivent le rencontrer une fois par mois, dans le cadre d'un suivi passant en revue leurs objectifs et l'évolution de leur contrat. Les contrats distribués dans le cadre du Volet 2 offrent des heures de travail ponctuelles (festivals, ventes trottoir, etc.) ou récurrentes (entretien extérieur, service à la clientèle, etc.). C'est ce que cette jeune bénéficiaire du dispositif exprime clairement, cette idée d'un accomplissement et d'une réalisation de sa personne et de la vision qu'elle a de sa vie après de début de l'accompagnement.

72

« Quand j'allais travailler, ça me donnait un peu plus d'espoir... et les intervenants étaient là pour m'aider à résoudre mes problèmes. Ça fait que j'ai fini par voir plus clair dans mon chemin de vie. »
- **Catherine, 29 ans** (Tapajeuse).

Plateaux de travail

L'équipe de TAPAJ approche des entreprises et organismes afin de leur proposer de devenir partenaires. Une entente est alors conclue pour l'embauche de participants, sur une base récurrente et/ou ponctuelle. Certains partenariats se poursuivent au fil des années et de nouveaux s'ajoutent constamment, permettant d'offrir aux participants une variété de plus en plus grande de plateaux de travail.

Le programme, dès sa mise en œuvre au Canada, a été soutenue par les autorités locales notamment les mairies de différentes villes.

⁷² Témoignage d'une « Tapajeuse » (source site internet de l'association *spectre de rue*).

La finalité...

C'est au deuxième volet du programme que les efforts déployés par l'équipe amènent à des changements encore plus tangibles. À travers des contrats de travail récurrent, les participants trouvent une autonomie qu'ils croyaient souvent hors d'atteinte : disposant désormais de revenus et à la lumière des objectifs qu'ils établissent lors de leurs rencontres de suivi, graduellement, ils posent des pas, ils reprennent leur vie en main, reprennent contact avec une administration avec laquelle ils n'étaient plus en lien, souscrivent à des bilans de santé, reprennent des habitudes de vie saines comme une alimentation quotidienne etc., des actes très anodins de la vie de tous les jours, qui, pour ces personnes, sont souvent inenvisageables de par leur état.

De juin à octobre 2013, 181 participants se sont impliqués dans différents travaux, tels que l'assainissement de ruelles, l'horticulture et la distribution de porte-à-porte, se répartissant entre eux près de 2000 heures de travail. Durant l'année, 42 participants ont pris part à des ententes conclues auprès de partenaires, pour la plupart dans le cadre d'activités ponctuelles (festivals, ventes trottoir, etc.) et sur ce lot, 19 ont pu bénéficier d'heures de travail récurrentes, semaine après semaine. Pour le bénéficiaire, le programme permet de se rendre compte de ses moyens, de sa force de résilience, de sa capacité à faire face et à assumer son addiction, sa dépendance en l'appréhendant, comme point de départ d'une nouvelle trajectoire. Les propos de ce « Tapajeur », sont illustratifs de cette finalité du dispositif, pour les bénéficiaires.

73

« TAPAJ, ça m'a permis de me rendre compte que, malgré ma toxicomanie, il y avait encore du monde qui pouvait croire en moi, qui voyait mon potentiel. Ça m'a beaucoup aidé. »

- Gabriel, 29 ans. (Tapajeur).

⁷³ *Op. cit., (Spectre de rue).*

L'histoire de TAPAJ est aussi avant tout celle d'une association canadienne, spécialisée dans la prévention et la réduction des ITSS⁷⁴, mais surtout, travaillant sur un public de personnes marginalisées, aux prises avec des problématiques de toxicomanie, de prostitution, de *squeegee*, d'itinérance et de santé mentale. Son action comme le précise *Spectre de rue*, vise principalement à « sensibiliser et éduquer la population et le milieu aux réalités de ces personnes pour favoriser leur cohabitation. Soutenir les démarches de nos membres vers la socialisation et l'intégration »⁷⁵. Une attention particulière est aussi mise en œuvre concomitamment au développement de la confiance et de l'estime de soi.

EXEMPLES DE CHANTIERS TAPAJ AU CANADA

- Brigade propreté de Centre-Sud : entretien de grandes artères de Centre-Sud
- Quartier des Spectacles : animation et surveillance d'installations ; orientation de la clientèle récréotouristique
- Quartier Latin et Plaza St-Hubert : surveillance d'accès, d'installations et entretiens de territoire lors d'événements
- Société de développement du boulevard St-Laurent : entretien de la grande artère
- SOVERDI (Société du Verdissement du Montréal Métropolitain) : entretien et plantation d'arbres
- Assainissement de ruelles
- OMHM (Office Municipal d'Habitation de Montréal) : entretien des terrains HLM (Habitation à loyer Modéré)
- Sentier urbain : travaux d'horticulture
- Projet TAPEL (projet porté par *Spectre de rue* consistant pour des personnes en réinsertion sociale, de déneiger les entrées des résidences de personnes âgées) : déneigement pour personne à mobilité réduite
- Déneigement de parcs
- Distributions d'avis pour l'arrondissement
- Travaux sur une ferme

⁷⁴ Infections transmissibles sexuellement et par le sang.

⁷⁵ *Op. cit.*, source site internet de l'association *Spectre de rue*.

Le schéma qui suit, est un résumé qui va illustrer l'action de TAPAJ et schématiser le « circuit » du bénéficiaire à l'intérieur du dispositif. Partant des raisons d'admission, aux objectifs atteints et à l'idée qu'il en garde.

Schéma 1 : Illustration de l'action de TAPAJ à Québec



Source : TAPAJ QUÉBEC

TAPAJ met en avant un accompagnement pluridimensionnel qui va, orienter les bénéficiaires dans une quête d'autonomie qui cherchera principalement à travailler tant sur le plan professionnel, avec les ressorts de l'insertion par le travail, que sur le plan de la pathologie addictive dont ils sont dépendants.

TAPAJ est par ces objectifs, au cœur de la lutte contre les addiction, l'errance des jeunes et la grande précarité.

1.2. Au cœur des addictions, de l'errance des Jeunes et de la grande précarité.

Les thématiques de l'addiction, de l'errance et de la grande précarité sont au centre des réflexions sociétales et, sont même cumulative dans certaines situations. Dans *Les Misérables*⁷⁶, Victor Hugo évoque « *les trois problèmes du siècle, la dégradation de l'homme par le prolétariat, la déchéance de la femme par la faim, l'atrophie de l'enfant par la nuit* ». Dans cet ouvrage, les cas de Cosette et Gavroche constituent de toute évidence des exemples parfaits montrant que l'errance des jeunes ne date pas d'aujourd'hui⁷⁷.

La problématique des jeunes en errance est un fait social et intéresse aussi bien les sociologues, les administrations et les travailleurs sociaux. Tous font état d'une croissance de l'errance des jeunes au cours des quinze dernières années⁷⁸. D'après François Chobeaux, « *les jeunes en errance active, revendiquée, sont apparus sur la scène publique française dans les années 1980* »⁷⁹. La dégradation du marché de l'emploi et la transformation de la société française, dans son aspect démographique et sociologique appellent à une constante mise en place de dispositifs de soutien et d'insertion vis-à-vis de cette couche de la société qui est souvent doublement pénalisée : pénalisée par toutes les transformations structurelles de l'économie (fragilité de l'emploi) ; pénalisée par « *les formats normatifs de la réussite sociale* »⁸⁰. Les politiques publiques à destination des jeunes en général, et des jeunes en sur-précarité, poly-dépendants aux substances addictives et en errance en particulier, n'ont pas encore saisi la mesure réelle de cette situation comme le souligne Emmanuel Jovelin et Anne-Françoise Dequière. Il faut une constante évaluation de l'efficacité desdits dispositifs. François Chobeaux précise cependant que « *la meilleure des préventions réside dans le développement pour tous des compétences psychosociales contribuant à l'estime de soi* »⁸¹. Même si, les différents dispositifs existant ou ayant existé, à l'instar des éducateurs de rue au titre de la prévention spécialisée, la médiation urbaine, la psychiatrie de rue, les accueils de jour, les multiples hébergements temporaires, les maisons d'enfants à caractère social (MECS), les instituts

⁷⁶ Hugo Victor (1862), *Les Misérables*, Paris, Albert Lacroix.

⁷⁷ Chevalier Louis (1978), *Classes laborieuses et classes dangereuses*, Paris, Hachette.

⁷⁸ Jovelin Emmanuel, Dequière Anne-Françoise, (2014), « La jeunesse en errance dans l'histoire. Entre la potence, l'assistance et la pitié », *Pensée plurielle*, vol. 35, n° 1, pp. 9-20.

⁷⁹ Chobeaux François (2016), « Jeunes en errance états des lieux et modalités d'accompagnement », *La Santé en Action*, n° 46, pp. 4 -5.

⁸⁰ *Op. cit.*,

⁸¹ *Ibid.*,

thérapeutiques, éducatifs et pédagogiques (ITEP), les écoles régionales d'enseignement adapté (EREA) ou encore les instituts médicoéducatifs (IME), ont démontré que ces publics sont souvent ballotés d'un dispositif à l'autre et que ces jeunes se perdent souvent dans ces labyrinthes au sens propre comme au figuré, dans des dispositifs conçus prioritairement pour les accompagner en respectant ce qu'ils sont et ce qu'ils souhaitent. En France, observe Céline Rothé, « *la politique d'accompagnement à la formation et à l'emploi est essentiellement formalisée autour des compétences à acquérir pour s'insérer sur le marché de l'emploi. Elle met ainsi à l'écart les jeunes qui ne peuvent pas ou qui ne veulent pas recourir aux dispositifs d'aide et d'insertion* »⁸².

Le travail sur la réduction des risques est au centre de la philosophie de TAPAJ. Comme présenté plus haut, le travail de l'association *Spectre de rue* à Montréal, a pour mission la réduction des mésusages liés aux drogues et aux autres addictions. *Spectre de rue* « *comporte cinq volets : le centre de jour, le site fixe, le travail de proximité (travail de rue), le travail de milieu et TAPAJ. Ses employés interviennent selon l'approche de la réduction des méfaits. Cette dernière est axée sur la santé et vise à réduire les problèmes de santé et les méfaits sociaux associés à la consommation d'alcool et de drogues, sans nécessairement exiger que les personnes deviennent abstinentes. La réduction des méfaits est une démarche de santé collective visant, plutôt que l'élimination de l'usage des substances psychoactives (ou d'autres comportements à risque ou "addictifs"), à ce que les principaux intéressés puissent développer des moyens de réduire les conséquences négatives liées à leurs comportements et aux effets pervers des contrôles sur ces comportements, pour eux-mêmes, leur entourage et la société, aux plans sanitaire, économique et social* »⁸³. Dans sa déclinaison française, le dispositif TAPAJ est introduit et adapté en 2012 à Bordeaux par le Comité d'étude et d'information sur la drogue (CEID-Addictions). Il sera par la suite soutenu et financé par la MILDECA⁸⁴. Dans le rapport d'activité 2017 de TAPAJ, Nicolas Prisse⁸⁵ déclarait : « *TAPAJ est un dispositif unique, à partir d'une idée simple, proposer un travail rémunéré à des jeunes en errance sans ressources et usager de drogues découle une stratégie globale d'insertion incluant au-delà des ressources fournies par le travail, l'accès à un parcours de soins pour lutter contre les*

⁸² Rothé Céline (2018), « Accompagner les "jeunes en errance" ou adapter les normes de l'insertion », *Formation emploi*, vol. 143, n° 3, pp.161-182.

⁸³ Document de présentation du dispositif TAPAJ, sur le site internet de l'association *spectre de rue*.

⁸⁴ Mission interministérielle de lutte contre les drogues et les conduites addictives.

⁸⁵ Président de la MILDECA.

addictions [...] une innovation en matière d'accès à l'emploi des publics les plus marginalisés, un dispositif de prévention de l'entrée dans le trafic et la radicalité ainsi qu'un outil de réduction des risques et des dommages concernant les consommations de substances psychoactives »⁸⁶. Dans cette déclinaison française, l'un des indicateurs les plus importants est le soutien de l'État par le truchement de la mission interministérielle de lutte contre les drogues et les conduites addictives (MILDECA). L'aspect médical, de santé publique, relatif à la lutte contre les drogues et les addictions, est un élément fondateur de TAPAJ France. L'appropriation hexagonale⁸⁷ de TAPAJ, portée par le CEID-Addictions de Bordeaux qui l'introduit en 2012 en France, même si, c'est clairement en 2007 que l'idée de cette perspective est lancée, et se réalise véritablement en 2012, avec « *un engagement de longue date de la municipalité et surtout une forte implication du tissu socio-économique local. Longue tradition universitaire dans le champ de l'addiction, de la psychiatrie et, plus récemment, de la neurobiologie ou de la neuroendocrinologie...* »⁸⁸.

Ce volet santé et réduction des risques pour ces usagers des drogues, se combine avec celui de la lutte contre la grande précarité et l'errance des jeunes. C'est une réponse spécifique à ces personnes, à ces jeunes majoritairement en errance, une sorte d'alternative légale à la manche. Comme le souligne la recherche évaluative TAPAJ, la formule de « *“réaccrochage” n'est pas nouvelle, la formule retenue revêt un caractère inédit dans le paysage socio-sanitaire et dans celui de l'urgence sociale ...* »⁸⁹, mais, c'est l'engagement et l'implication des pouvoirs publics dès les phases d'expérimentation et d'implémentation. TAPAJ, comme le soulignera le président de la MILDECA dans le rapport d'activités TAPAJ France⁹⁰ : « *est un instrument de cohésion sociale, de tranquillité et de sécurité publique, une innovation en matière d'accès à l'emploi des plus marginalisés, [...] de prévention de l'entrée dans le trafic et la radicalité, [...] l'État doit accompagner les personnes les plus fragiles cumulant différents facteurs de vulnérabilité et promouvoir pour cela les démarches les plus novatrices* ». Avec la pandémie de la Covid-19, ces publics fragilisés l'ont été encore plus : augmentation des consommations problématiques (alcool, drogues, tabac, etc.) et des addictions, solitude, dégradation de la santé mentale, précarisation, etc. Si l'action TAPAJ était déjà pertinente bien au-delà de la nouveauté

⁸⁶ TAPAJ France (2017), *Rapport d'activités*, p. 6.

⁸⁷ Recherche évaluative du programme TAPAJ, convention MILDECA-C3S.

⁸⁸ *Ibid.*, p. 15.

⁸⁹ *Ibid.*, p. 16.

⁹⁰ *Ibid.*, p. 5.

qu'elle représentait du fait de sa prise dans les secteurs médico-sociaux de l'addictologie et de l'urgence sociale, la crise sanitaire est venue encore un peu plus démontrer que la lutte contre les addictions, la grande précarité et l'errance des jeunes, par des dispositifs comme TAPAJ, est un impératif social. En définitive, l'intégration de ce dispositif dans la stratégie nationale de prévention et de lutte contre la pauvreté vient confirmer l'approche globale et transversale développée par TAPAJ ciblant « [...]le secteur médico-social de l'addictologie, les structures de l'économie sociale et solidaire et un employeur public ou une entreprise privée. L'engagement des collectivités locales est essentiel à côté du rôle de l'État et des partenaires économiques... »⁹¹

2. Conditionnalités de la solidarité publique envers la jeunesse.

2.1. *Le step by step* ⁹².

L'approche de TAPAJ est une approche principalement de RdR (réduction des risques), axée sur la santé et visant à réduire les méfaits pluriels de la consommation d'alcool, des drogues, etc. Ces méfaits d'ordre social, économique, sanitaire, sont corrélés principalement à la santé mentale. Le mantra de la philosophie de la réduction de risques est essentiellement orienté vers la diminution des consommations problématiques. En santé publique, dans l'histoire du traitement des addictions, la société a longtemps été dans un paradigme d'abstinence considérant que seul le sevrage complet de la substance addictive était la panacée dans le traitement de ces addictions.

Le « *triangle d'or* », formalisé par Alain Ehrenberg⁹³, traduit cette volonté dans les années quatre-vingt-dix, de travailler sur la motivation et la volonté de l'individu pour éradiquer le mal. Mais, ce sont toujours des mesures prises par des personnes extérieures à l'individu concerné. L'adhésion à un tel protocole est toujours difficile et peut expliquer un certain nombre d'échecs à ce sujet. Longtemps écartelés justement autour de ces trois piliers du *triangle d'or* d'Ehrenberg, à savoir l'abstinence, l'éradication et le traitement, les approches cliniques sont

⁹¹ Présentation du dispositif TAPAJ sur le site de la MILDECA (<https://www.drogues.gouv.fr/tapaj-un-dispositif-franco-quebecois-qui-modifie-favorablement-le-parcours-des-jeunes-marginalises>)

⁹² Littéralement « étape après étape », « pas à pas » ou encore « marche après marche ».

⁹³ Ehrenberg Alain (1995), *L'individu incertain*, Paris, Calmann-Lévy.

aujourd'hui plus enclines à nuancer le propos, notamment face au paradigme de l'abstinence. La démarche de coercition visant en finalité l'abstinence complète des individus est ici révoquée. TAPAJ est un dispositif dit de « bas-seuil », cette notion renvoyant à l'inconditionnalité de l'accueil et de l'admission à TAPAJ. Les conditions d'accès sont inexistantes, mais repose surtout sur la pédagogie *step by step*, qui schématise un parcours que le bénéficiaire va gravir « marche après marche » avec le *by doing, in working*⁹⁴.

La démarche *step by step* marque une originalité comparativement à différents dispositifs existant dans lesquels il est imposé à l'individu un examen sur le respect des conditionnalités d'accès dans ledit dispositif. La singularité de TAPAJ est donc de partir avec les individus au niveau où ils se situent dans leur trajectoire sociale, dans leur parcours biographique. La démarche du *step by step* assure aux bénéficiaires, majoritairement jeunes, le respect de leurs aspirations les plus profondes qui leurs sont parfois niées, sous le fallacieux prétexte qu'ils devraient se conformer à une trajectoire idéale, socialement convenue et tenue comme modèle⁹⁵. TAPAJ s'écarte de tous ces dispositifs d'incitation au travail pour une activation des droits, comme va le souligner Léa Lima : « *l'exclusion des jeunes du droit au minima sociaux. Le choix qui consiste à privilégier les mesures de formation et de mise au travail des jeunes par rapport à la sécurisation du revenu, s'est affirmé au fil des années* »⁹⁶. La démarche *step by step* va privilégier la quête de confiance entre le jeune et l'accompagnant. Yann Le Bossé⁹⁷ écrit, en parlant de cette logique, du « *faire avec* » : « *c'est comme quand vous essayez de traverser une rivière agitée et qu'il y a quelqu'un qui vous aide. Il ne vous demande pas où vous allez, il ne se mêle pas de l'endroit où vous voulez vous rendre. Il fait juste en sorte que cet obstacle que vous avez devant vous soit dépassé [...]. C'est tout à fait la posture dans laquelle on se situe. Mais il faudrait rajouter, pour être plus précis, que [cette personne] va également s'arranger pour que les conditions environnementales soient [réunies], que les berges soient entretenues* »⁹⁸.

⁹⁴ Démarche utilisée par TAPAJ au Canada, qui consiste à apprendre par la pratique.

⁹⁵ Lima Léa (2015), *Pauvres jeunes. Enquête au cœur de la politique sociale de la jeunesse*, Nîmes, Champ Social.

⁹⁶ *Ibid.*, p. 35.

⁹⁷ Yann Le Bossé est professeur titulaire au département des fondements et pratiques en éducation de l'université Laval à Québec. Il y dirige le laboratoire de recherche sur le développement du pouvoir d'agir des personnes et des collectivités. Depuis dix-sept ans, ses travaux sont exclusivement consacrés à l'approfondissement de l'ensemble des questions théoriques, empiriques et pratiques reliées au phénomène de « *l'empowerment* ».

⁹⁸ Le Bossé Yann (2017), « Rencontre avec André Chauvet autour de la question du développement du pouvoir d'agir », in Chauvet André, (dir.), *L'art d'accompagner*, Saint-Mandrier sur mer, Kelvoa, pp. 17-25.

Il y a dans cette déontologie du travail d'accompagnement, une volonté naturelle de prendre par la main, non pas dans l'intention de diriger ou d'orienter vers une autre trajectoire, mais, simplement pour aider à franchir un obstacle en créant les conditions et les possibilités, pour que cette aide puisse s'arrimer à la trajectoire et à l'objectif fixé par l'individu lui-même, sans désir de l'accompagnant d'imposer un trajet ou un cheminement. Et surtout, dans le cas de TAPAJ, que cela se fasse sans préjugés, dans le respect des aspirations du bénéficiaire, dans la volonté de suivre l'évolution, les progrès des bénéficiaires « pas à pas », chacun à son rythme, jugeant aussi par moment la nécessité de s'arrêter, de prendre du recul et de repartir quand bon lui semble. L'encart qui suit, a été extrait d'une fiche de suivi d'un bénéficiaire du programme, le professionnel consigne des éléments de progrès, et d'évolution de l'individu mais, il fait aussi mention d'un accompagnement qui se donne pour objectif de rendre l'individu en totale autonomie sur des aspects essentiels de sa vie.

99

SUIVI CJC :

« TAPAJ lui permet de sortir de chez lui, il sort peu, car il souffre de phobie sociale et d'une grande inhibition. Il travaille sur la régulation de ses consommations et la gestion de ses émotions. Il travaille aussi sur une valorisation de ses compétences professionnelles, sociales et sur une valorisation de son estime de soi. Accompagnement dans ses démarches administratives. Accession à un logement seul, accompagnement vers l'autonomie. »

L'approche « pas à pas » innove par sa dimension non coercitive visant à s'insérer dans la temporalité du bénéficiaire *intuitu personae*, celle qu'il définit comme pertinente et non celle qu'on définit pour lui.

⁹⁹ Fiche de suivi bilan de l'association *Drogues et société* (TAPAJ à Créteil). Le professionnel tient dans le cadre de TAPAJ, des notes pour chaque Tapajeur et, on peut observer qu'il met en avant le travail qui est, prioritairement fait par l'individu lui-même, dans une philosophie du "step by step" dans le cadre de la consultation jeune consommateur (CJC).

2.2. Les sept piliers.

La mise en place et l'implémentation de TAPAJ seront faites autour de plusieurs documents et notamment, à travers un « carnet de bord des structures porteuses » qui listait dans une sorte de parcours en termes de philosophie d'accompagnement. Ce terme des « sept piliers » est repris aussi dans la recherche évaluative du programme TAPAJ de novembre 2019.

1. L'Aller-Vers

« Le champ de la précarité a été le laboratoire d'une innovation sociale majeure : des dispositifs pour "aller vers" les plus exclus du système de soins et d'assistance ont été pensés à la fin des années 1990. L'aller vers est devenu au fil des ans un concept et s'est largement diffusé dans de nombreuses organisations, au-delà des équipes pionnières ... »¹⁰⁰ C'est une des modalités d'accompagnement innovante dans le dispositif TAPAJ, même si, comme la montre Jean-Paul Arveiller et Alain Mercuel dans leur ouvrage *Santé mentale et précarité, Aller-Vers et rétablir*¹⁰¹. Cette philosophie dans la prise en charge n'est pas aussi novatrice qu'elle le laisse penser. Ils citent à cet effet les travaux d'Alexandre Vexliard¹⁰². Elle est liée à la PEC¹⁰³ des personnes à la rue.

La réflexion autour de cette démarche s'attelait à envisager des pratiques qui s'affranchissent des habitudes classiques de la prise en charge, pour s'adapter à la population cible, en facilitant l'accès et la continuité des soins aux personnes en grande précarité en passant par une extériorisation de cette prise en charge. Les auteurs mettent aussi en avant dans ce contexte, la pertinence des dispositifs et des actions décloisonnantes et pluridisciplinaires. Car comme le souligne Henri Ey¹⁰⁴ dans l'introduction de l'ouvrage de Vexliard : « le problème du clochard n'est pas psychiatrique dans son essence et il serait proprement dérisoire de penser que les clochards sont tous des malades, des névrosés, des psychopathes [...] et s'il y a parmi eux quelques malades ce royaume marginal de la société est peuplé avant tout simplement

¹⁰⁰ Chambon Nicolas (2018), « Édito », *Rhizome*, vol. 68, n° 2, pp. 1-2.

¹⁰¹ Arveiller Jean-Paul, Mercuel Alain, (2012), *Santé mentale et précarité. Aller vers et rétablir*, Paris, Lavoisier.

¹⁰² Vexliard André (1998), *Le clochard*, Paris, Éditions Desclée de Brouwer (1^{ère} éd. : 1957). Texte présenté par Laurent Mucchielli. Préface de Xavier Emmanuelli.

¹⁰³ Prise en charge.

¹⁰⁴ Henri Marie Jean-Louis Ey est un neurologue, psychiatre et philosophe français.

d'hommes malheureux ou plus exactement d'hommes qui ont perdu le sens du bonheur et du malheur »¹⁰⁵. Cette démarche vise prioritairement à gagner la confiance des jeunes par une approche centrée sur « l'écoute attentive », en faisant attention à ce qui est dit, à l'environnement dans lequel ces choses sont exprimées. C'est une intervention « sur site », car la démarche de l'Aller-Vers casse tous les codes déontologiques de l'accompagnement en extériorisant la PEC pour qu'elle s'adapte aux aspérités de l'utilisateur dans un espace qui est le sien. Cette approche aboutit au final, à une perspective de co-construction dans laquelle les aspirations les plus profondes des accompagnés s'expriment et s'incarnent dans la démarche de prise en charge. Dans la philosophie de l'Aller-Vers il s'agit de « *tenir et maintenir un lien de confiance* »¹⁰⁶. Et ce maintien de la confiance passe par la mobilité des professionnels, les médiations et les coopérations.

2. La réduction des risques (RdR).

La santé est l'un des objectifs fondateurs de TAPAJ. Le projet TAPAJ s'est construit avec une réflexion autour de la lutte contre les drogues et autres substances addictives. Il s'agissait de définir un champ d'action pour suivre et accompagner cette population constituée majoritairement de marginaux et surtout à la rue. Le paradigme de la réduction des risques apparaît dans les années quatre-vingts avec la pandémie du Sida et les politiques qui visaient exclusivement « *à dissuader l'usage [des drogues, des produits addictifs, de l'alcool] et ne proposait de l'aide que pour l'abstinence. Politique pragmatique et humaniste, la RdR s'inscrit dans la logique du "prendre soin", privilégie la protection de leur santé par les usagers eux-mêmes et leur apporte des outils concrets pour faire évoluer des comportements à risque (informations, conseils, matériels de consommation stérile, médicaments de substitution...)* »¹⁰⁷ Cette politique est consacrée par la première conférence internationale sur la réduction des risques des drogues en 1990 à Liverpool, mais la France sera l'un des derniers pays à l'officialiser¹⁰⁸ du fait aussi d'un contexte avec « *des craintes que l'État ne devienne complice des dealers* (Wievorka, 1996) »¹⁰⁹. En France, le dispositif TAPAJ est porté par un CSAPA ou/et

¹⁰⁵ *Op. cit.*, Vexliard, 1998.

¹⁰⁶ *Op. cit.*, « Édito », *Rbizome*.

¹⁰⁷ Beauchet Anthony, Morel Alain (2015), « 47. Réduction des risques », in Morel Alain (dir.), *Addictologie. En 49 notions*. Paris, Dunod, p. 532.

¹⁰⁸ Loi de santé publique de 2004.

¹⁰⁹ *Ibid.*,

un CAARUD en association avec différents partenaires. TAPAJ est donc un outil de RdR qui va associer plusieurs principes comme celui de la proximité, du non-jugement et surtout de la mise en avant de savoirs expérientiels¹¹⁰. « *TAPAJ est avant tout un outil de RdR sociale ayant pour finalité d'amener plus précocement vers le soin des jeunes n'ayant souvent pas conscience des risques associés à leurs consommations. Fondée sur une posture de non jugement, cette RDR s'applique en premier lieu directement sur le plateau de travail, lors des entretiens de côte à côte* »¹¹¹.

3. L'entretien côte à côte.

L'idée entretenue par cette notion est celle du « faire avec », dans des conditions d'exercice *in situ*, qui permettent la construction d'un lien de confiance à travers des discussions pendant le travail. « *En phase 1, les plateaux de travail sont réalisés par une équipe de 7 jeunes et un(e) éducateur(trice) qui effectue toujours avec eux l'ensemble des tâches* »¹¹². Ce format, dans sa configuration, permet aussi d'adoucir le poids de la relation hiérarchique entre le Tapajeur et son encadreur et d'envisager des discussions et des confidences qui ne pourraient pas naturellement se faire dans le cadre d'un entretien formel.

4. Un bas seuil d'exigence.

Le bas seuil d'exigence consiste à baisser les conditions d'entrée dans le programme, le rendant accessible de façon presque inconditionnelle à tous. Le public de TAPAJ est souvent un public qui n'est pas éligible à ce qui peut être appelé comme des dispositifs de droit commun. Avoir un degré d'exigence élevé irait à l'encontre des objectifs recherchés, ceux d'avoir « *une démarche souple et interactive* » comme le souligne la recherche évaluative du programme TAPAJ.

¹¹⁰ Yann Le Bossé écrit à propos du savoir expérientiel « *ce sont des enseignements tirés de situations vécues par ceux qui les rapportent ... leur pertinence est strictement délimitée à la personne elle-même et à la situation dans laquelle elle se trouve.* » (Le Bossé, 2016, p. 23)

¹¹¹ Présentation des « 7 essentiels du programme » sur le site internet tapaj.org.

¹¹² *Ibid.*,

113

- Pas de prérequis à l'entrée dans le programme
- Une inscription très rapide
- Des conditions administratives très peu contraignantes
- Aucune exigence d'engagement dans le temps en phase 1
- Des plateaux de travail sans qualification particulière

5. Une prise en charge globale à seuils adaptés.

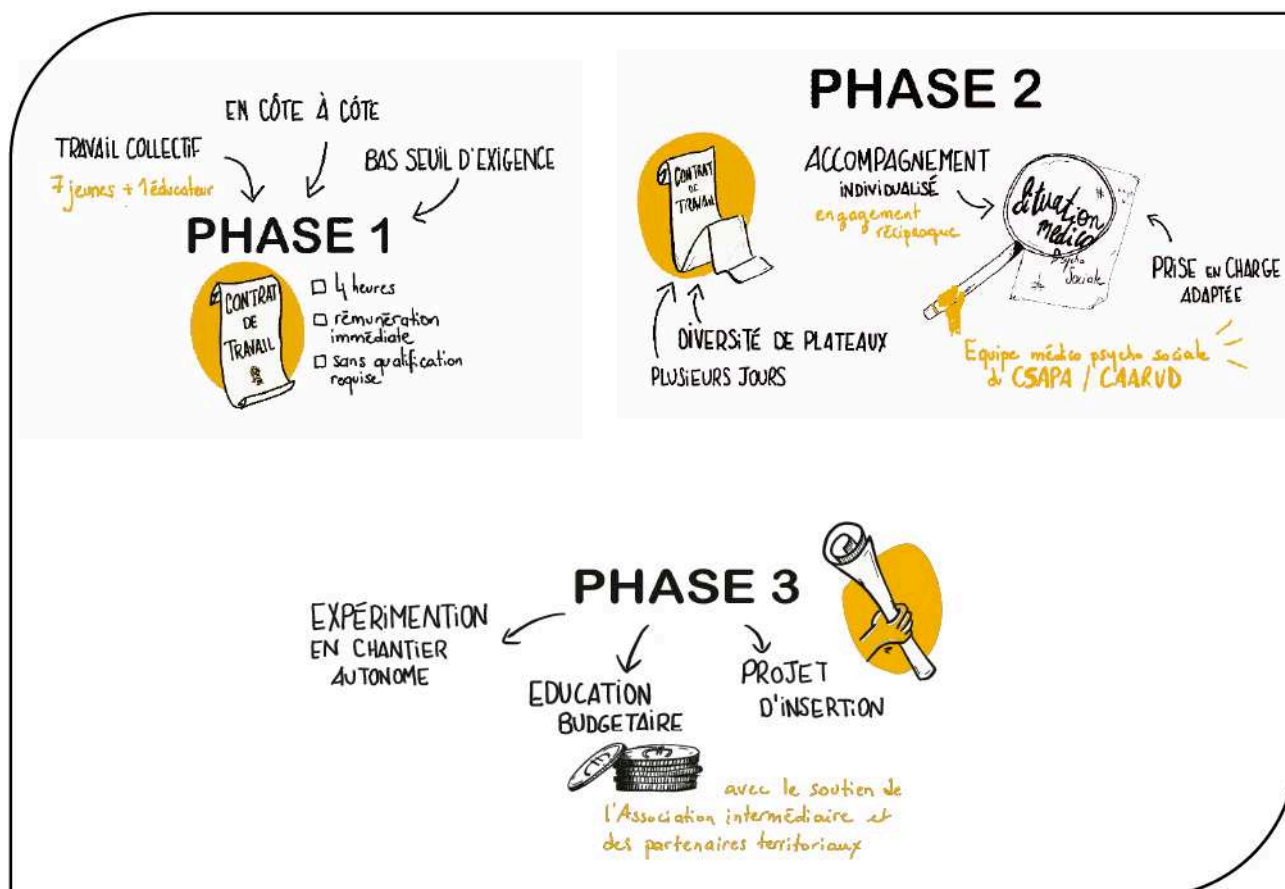
La prise en charge de TAPAJ, vise prioritairement une réappropriation des parcours de vie. Cette approche processuelle et graduelle s'organise autour des phases avec au total trois phases. Ces phases sont ainsi illustrées par l'équipe de TAPAJ¹¹⁴. La figure qui suit résume les étapes de cette prise en charge. Une première phase introductive qui va permettre au bénéficiaire de s'adapter à la philosophie d'accompagnement avec un travail collectif autour d'un éducateur, des entretiens côte à côte, et un bas seuil d'exigence. Cette phase laissera place à une deuxième phase qui verra l'implication de l'équipe médico-psycho-sociale, des accompagnements individualisés, avec une focale plus accentuée sur la situation médicale du bénéficiaire. Cette prise en charge globale s'achèvera par une phase 3 qui va acter le processus d'autonomisation de l'individu la reprise en main de sa vie, par un projet d'insertion ou encore par maîtrise de son budget.

¹¹³ *Op. cit.*,

¹¹⁴ www.tapaj.org

Schéma 2 :

Les Phases de la prise en charge globale de TAPAJ.



Source : Tapaj.org

6. Développement du pouvoir d'agir.

La notion de travail dans le programme TAPAJ revêt un caractère central dans la « revalorisation personnelle », mais surtout, pour le développement d'un savoir-faire et d'un savoir-être professionnel qui participe à la naissance d'une estime de soi qui a souvent disparue après des années d'itinérance, d'errance, de manche et de marginalité. Les Tapajeurs sont souvent principalement, des personnes (jeunes majoritairement) très éloignés du monde du travail. Leur situation ne leur permet pas d'être introduits dans le cycle du travail et de l'emploi classique. En passant par ce type d'emploi qui s'adapte à leur temporalité, à leurs besoins du moment (disponibilité de la paie immédiatement à la fin de la journée de travail), le dispositif

les fidélise dans leur quête d'équilibre social. Le travail va donc mobiliser et valoriser leurs capacités¹¹⁵ et la possibilité d'agir sur ce qu'ils estiment important dans leur trajectoire.

Bernard Vallerie et Yann Le Bossé vont définir l'approche centrée sur le développement du pouvoir en l'articulant autour de la notion du changement et du rôle de l'intervenant :

*« L'approche centrée sur le développement du pouvoir d'agir des personnes et des collectivités articule ces deux grandes conceptions du changement. Elle conduit à s'intéresser à l'ensemble des conditions individuelles et structurelles qui confinent les personnes en difficulté dans une situation d'impuissance. Il s'agit alors de prendre simultanément en considération l'influence des forces sociales et des caractéristiques individuelles dans l'analyse de toute réalité sociale : l'exercice effectif d'un pouvoir d'action dépend, en effet, à la fois des opportunités offertes par l'environnement (cadre législatif, contexte politique, ressources, etc.) et des capacités des personnes à exercer ce pouvoir (compétences, désir d'agir, perception des opportunités d'action, etc.). S'il se réfère à cette conception, l'intervenant, assumant prioritairement la fonction d'agent de changement, cherche à contribuer concrètement à ce que les personnes mènent à bien un projet qui compte pour elles, à recréer un mouvement là où il y a un blocage, à élargir le monde des possibles des personnes qui perçoivent leur situation comme une impasse »*¹¹⁶. Dans le développement du pouvoir d'agir, on note principalement que le rôle de l'intervenant n'est pas celui d'un prescripteur ou encore d'un censeur, mais celui d'un agent du changement, d'un passeur, *« délaissant la posture du sauveur, du policier ou du militant, [ils] endossent plutôt la position d'un passeur dont l'objectif est [...] de contribuer à faciliter le franchissement d'un passage délicat »*¹¹⁷. Le développement du pouvoir d'agir est donc principalement ce blanc-seing que la société offre à l'individu par ses capacités, par cet *empowerment* de ne plus être soumis aux *« formats normatifs de la réussite sociale »*¹¹⁸. *« Une société moderne pourrait s'honorer des [modalités] bienveillant [es], préventifs [ives] [et qui*

¹¹⁵ Le concept de « capacité » développé par l'économiste, philosophe indien et prix Nobel d'économie (1998) Amartya Sen « désigne la possibilité pour les individus de faire des choix parmi les biens qu'ils jugent estimables et de les atteindre effectivement. Les « capacités » sont, pour ces auteurs, les enjeux véritables de la justice sociale et du bonheur humain. » (Nicolas Joumet). Amartya Sen lie ce concept dans la continuité de John Rawls (*Théorie de la justice*). Le concept de « capacité » va connaître d'autres développements avec la philosophe américaine Martha Nussbaum. La notion de liberté est au cœur de la thèse d'Amartya Sen, car pour lui, ce ne sont pas les ressources en termes de dotations qui vont justifier les inégalités. C'est la capacité effective des individus à les convertir en libertés réelles qui va être central dans l'appréciation de ces inégalités.

¹¹⁶ Bernard Valérie, Le Bossé Yann (2006), « Le développement du pouvoir d'agir des personnes et des collectivités : de son expérimentation à son enseignement », *Les Sciences de l'éducation - Pour l'Ère nouvelle*, vol. 39, n° 3, p. 89.

¹¹⁷ Le Bossé Yann (2016), *Soutenir sans prescrire*, Québec, Ardis, p. 40.

¹¹⁸ *Op. cit.*, Lima, 2015.

soient] à l'écoute [afin] de [...] combattre le renoncement et de donner à chacun la possibilité de conduire sa vie et d'aller vers ce qui, à ses yeux, compte le plus »¹¹⁹. En définitive, « La notion de " pouvoir d'agir " désigne la possibilité de mener à terme un changement souhaité et défini par la personne concernée et ne doit pas être confondue avec l'exercice d'un pouvoir " sur autrui ". »¹²⁰

7. Les techniques psychosociales de l'engagement.

« L'un des principaux objectifs de TAPAJ est de trouver de nouveaux leviers afin d'intégrer les dimensions de santé, santé mentale et addictions dans la prise en charge de personnes n'en exprimant pas la demande mais ayant d'importants besoins. La psychologie sociale a démontré l'écart conséquent entre "savoir et changer", voire entre "intention de changement et comportement réel" »¹²¹. L'entretien motivationnel, comme le souligne le rapport évaluatif du programme TAPAJ¹²² est « l'une des techniques psychosociales de l'engagement [...] apparu au début des années 1990 et qui s'est peu à peu diffusé hors du champ des addictions. » Et parmi les aspects qui s'articulent autour de cet *entretien motivationnel* on peut citer « quatre composants » qui y sont associés :

- *Le partenariat : entre l'éducateur et l'utilisateur*
- *L'acceptation*
- *La compassion*
- *L'évocation*

Le travail de l'éducateur étant ici, de motiver, de susciter un environnement propice à la prise de confiance par l'écoute attentive, l'empathie et par la mise en avant des différents efforts fournis par le Tapajeur, il s'agit ici, pour l'éducateur de négocier, sans prescrire ni contraindre, la mise sur pied d'un plan de changement.

¹¹⁹ *Op. cit.*, Chauvet, 2017, p. 84.

¹²⁰ *Op. cit.*,

¹²¹ *Op. cit.*, Rapport évaluatif TAPAJ.

¹²² *Op. cit.*, Rapport évaluatif TAPAJ. p. 31.

2.3. Covid et TAPAJ.

Dans une étude très récente dirigée par Karine Bertrand¹²³ de l'Université de Sherbrooke au Canada sur le titre : « *Projet GID-COVID : Genre et intervention en dépendance en contexte de pandémie auprès de personnes en situation de précarité sociale. Synthèse préliminaire des connaissances : réponse rapide.* »¹²⁴ et dont l'un des objectifs était d' « identifier les effets de la pandémie de COVID-19 pour les personnes aux prises avec une consommation problématique de SPA¹²⁵ et en contexte de précarité sociale sur leur santé globale et leurs besoins de services ainsi que sur l'offre de services en dépendance »¹²⁶, les conclusions de l'équipe de Mme Bertrand démontrent que¹²⁷ :

- ✓ *La pandémie COVID-19, de même que dans une perspective historique les épidémies, affectent gravement et de manière disproportionnée les personnes marginalisées aux prises avec des conditions chroniques de santé mentale et physique et différents facteurs de vulnérabilité sociale comme l'itinérance.*
- ✓ *Les personnes en situation de précarité sociale confrontées à une consommation problématique de substances psychoactives (SPA) souffrent également en large proportion de conditions de santé physique chroniques associées (ex. : VIH, asthme, conditions pulmonaires) et font face à des risques accrus relativement au fait d'être infecté à la COVID-19 et en ce qui a trait aux impacts de cette infection sur leur santé.*
- ✓ *Malgré l'importance de communiquer clairement les consignes sanitaires pour protéger ces personnes particulièrement vulnérables aux conséquences d'une infection à la COVID-19, ces mesures sanitaires peuvent être difficilement applicables compte tenu des conditions de vie de ces personnes et leur application risque de contribuer à l'augmentation de leur détresse psychologique et à leur éloignement des ressources de réduction des méfaits.*

¹²³ Docteure en psychologie, Mme Bertrand est professeure titulaire aux programmes d'études et de recherche en toxicomanie de l'Université de Sherbrooke depuis 2006. Elle a aussi travaillé comme chercheuse dans le dispositif TAPAJ.

¹²⁴ *Projet GID-COVID : Genre et intervention en dépendance en contexte de pandémie auprès de personnes en situation de précarité sociale. Synthèse préliminaire des connaissances : réponse rapide*, 2020. Rapport rédigé par K. Bertrand et al. Québec : Université de Sherbrooke ; 2020. 48 p.

¹²⁵ Substance psychoactive.

¹²⁶ *Ibid.*, p. 4.

¹²⁷ *Ibid.*, p. 11.

- ✓ *Les ruptures de services en dépendance sont particulièrement préoccupantes pour les personnes ayant un trouble de l'utilisation d'opioïdes relativement au risque de provoquer une hausse des surdoses*
- ✓ *Les ruptures de services ou diminution d'accès des services en dépendance et des ressources reliées (santé mentale, logement, ressources communautaires soutenant les conditions de vie des personnes) peuvent accentuer l'isolement social et la détresse de ces personnes et augmenter le risque de passage à l'acte suicidaire*
- ✓ *La transformation du marché illégal de drogues (diminution de l'accès à certaines SPA, hausse de prix, augmentation des drogues diluées/coupées pouvant contenir des produits dangereux) peut entraîner des risques accrus, tels les risques associés au sevrage, les conséquences pour la santé liées à la consommation de produits plus dangereux et les surdoses.*
- ✓ *Les ruptures et la diminution d'accès aux services de réduction des méfaits et de traitement de la dépendance découlant de la COVID-19 ont pu mener certaines personnes qui font usage de drogues à se sentir délaissées par le système, alors que leurs besoins de soutien sont accrus et que le contexte de crise peut augmenter la prise de risque associée à leur usage de SPA.*

Ces conclusions viennent souligner le néfaste impact que la pandémie de la Covid-19, aura eu sur les personnes marginales, addictives aux drogues et aux SPA. Le programme TAPAJ étant constitué en majorité de cette population, même s'il faudra une étude plus précise sur les effets de la pandémie sur l'état de santé réel des Tapajeurs durant ces périodes de confinement et d'enfermement. Les bénéficiaires du programme étant majoritairement des personnes en assuétude aux addictions de toutes sorte, et aux SPA, on peut tout de même, envisager d'affirmer qu'ils ont vécu des moments de stress, de surconsommation, de rechute etc., moments qui ont sans doute aggravé leur santé physique, mais surtout, déstabiliser leur équilibre psychique et mental. Cette étude, comme beaucoup d'autres, notamment dans le cas de la France avec la revue *Tendances* de l'OFDT¹²⁸, va noter une nette progression des consommations chez les personnes souffrantes préalablement de trouble des consommations (alcooliques, tabagiques ou aux SPA). Les différents tableaux et graphiques qui suivent rendent

¹²⁸ « Les addictions en France au temps du confinement », *Tendances* n°139, OFDT, Septembre 2020. Les figures (1, 2, 3) et les tableaux (1, 2) sont issus de ce Numéro.

compte de l'impact de la Covid-19, des différents confinements, non seulement, dans les consommations problématiques (cannabis notamment), mais aussi, de l'évolution des recettes liées à l'alcool et au tabac pendant la même période.

Tableau 1. *Évolution de la fréquence d'usage de cannabis durant le confinement parmi les usagers actuels (en %).*

Fréquence d'usage <u>pendant</u> le confinement						
		Quotidien	Hebdomadaire	Mensuel	Occasionnel (moins d'une fois par mois)	Non consommateur
Fréquence d'usage <u>avait</u> le confinement	Quotidien (au moins une fois par jour)	82	9	3	1	6
	Hebdomadaire (toutes les semaines mais pas tous les jours)	27	50	9	2	12
	Mensuel (au moins une fois par mois mais pas toutes les semaines)	8	22	21	6	43
	Occasionnel (moins d'une fois par mois)	4	3	7	7	80

Source : Cannabis online, OFDT

NB : en rouge, la fréquence a augmenté durant le confinement ; en jaune, elle est restée identique ; en vert, elle a diminué ; en gris, la part des usagers qui n'ont pas consommé. La somme des pourcentages peut dépasser 100 du fait des arrondis à l'unité la plus proche.

Note de lecture : 82 % des usagers quotidiens de cannabis sont restés usagers quotidiens pendant le confinement, alors que 9 % sont passés à un usage hebdomadaire.

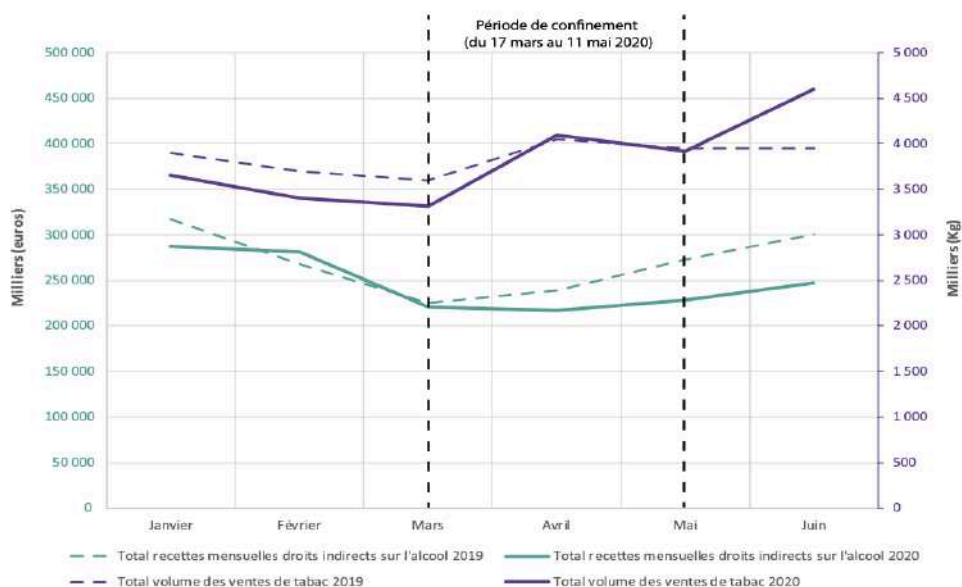
Tableau 2. *Évolution des comportements d'usage de cannabis durant le confinement.*

	Avant	Pendant
Nombre moyen de joints fumés les jours de consommation	2,0	2,7
Part des acheteurs	78 %	67 %
Part des fumeurs exclusifs d'herbe de cannabis	62 %	57 %
Part des consommations solitaires	6 %	39 %
Part des consommations avant midi	12 %	19 %

Note : la population de référence englobe les usagers (avant n = 2 778 et durant le confinement n = 2 009)

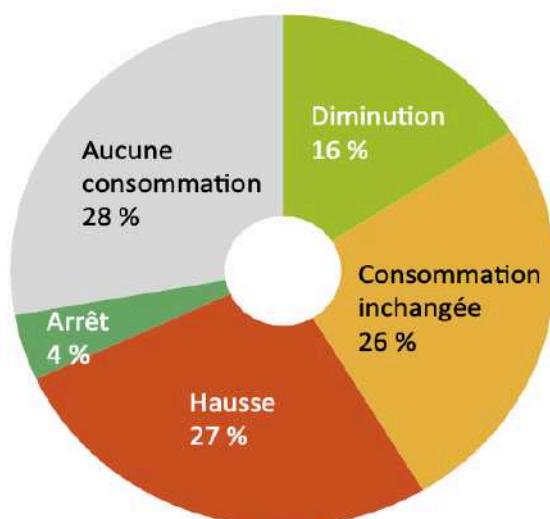
Source : Cannabis online, OFDT

Graphique 1. Évolution des recettes mensuelles liées au tabac et à l'alcool (droits indirects) au premier semestre 2020 (en euros)



Source : DGDDI, Ministère délégué aux comptes publics auprès du Ministre de l'économie, des finances et de la relance (exploitation OFDT)

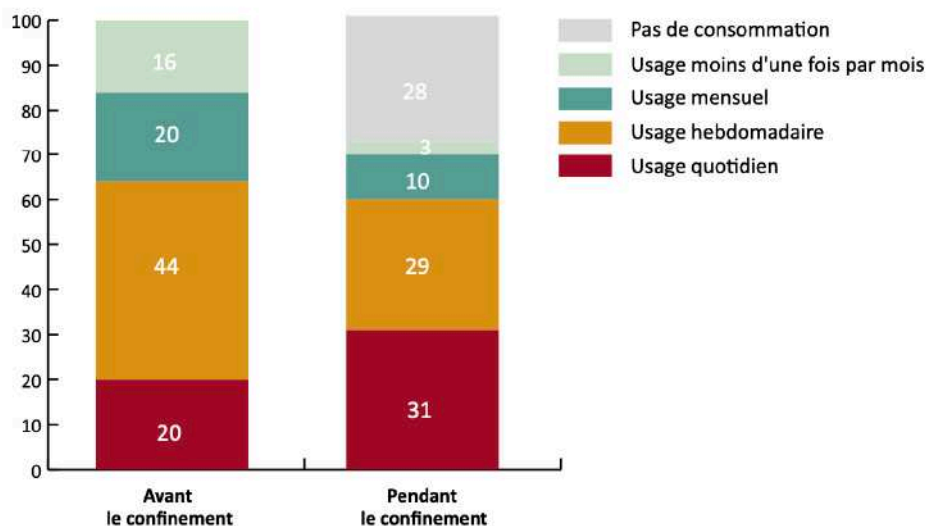
Graphique 2 Évolution des usages de cannabis durant le confinement parmi les usagers actuels.



Note : la population de référence est ici l'ensemble des usagers de cannabis actuels ayant répondu à l'enquête (n = 2 778). La somme des pourcentages peut dépasser 100 du fait des arrondis à l'unité la plus proche.

Source : Cannabis online, OFDT

Graphique 3 Évolution de la structure des fréquences d'usage de cannabis durant le confinement (en %)



Source : Cannabis online, OFDT

Note : La somme des pourcentages peut dépasser 100 du fait des arrondis à l'unité la plus proche.

Ces différents graphiques [1, 2, 3] et tableaux [1, 2] issus du numéro *Tendances* OFDT¹²⁹ de septembre 2020, sont une illustration des effets néfastes de la pandémie sur les personnes dépendantes et addictives aux drogues, aux SPA, à l'alcool, etc. Il faudra, néanmoins, pour être beaucoup plus rigoureux, avoir des études précises sur l'impact des confinements, mais aussi, de la Covid-19 sur cette population de Tapajeurs qui est souvent sujette, du fait de ces addictions, à des pathologies graves et chroniques.

2.4. Les enjeux politiques de la pérennisation.

Olivier Noblecourt¹³⁰, parlant de TAPAJ, écrivait : « À nous, État, de vous aider à toucher de nouveaux publics et de nouveaux territoires au cours des prochaines années et à affronter de nouvelles problématiques, sans porter atteinte à ce projet dont vous êtes les garants. À vous désormais de faire grandir encore davantage ces lutins Tapajeurs sur le territoire. Et à nous

¹²⁹ Observatoire français des drogues et des tendances addictives.

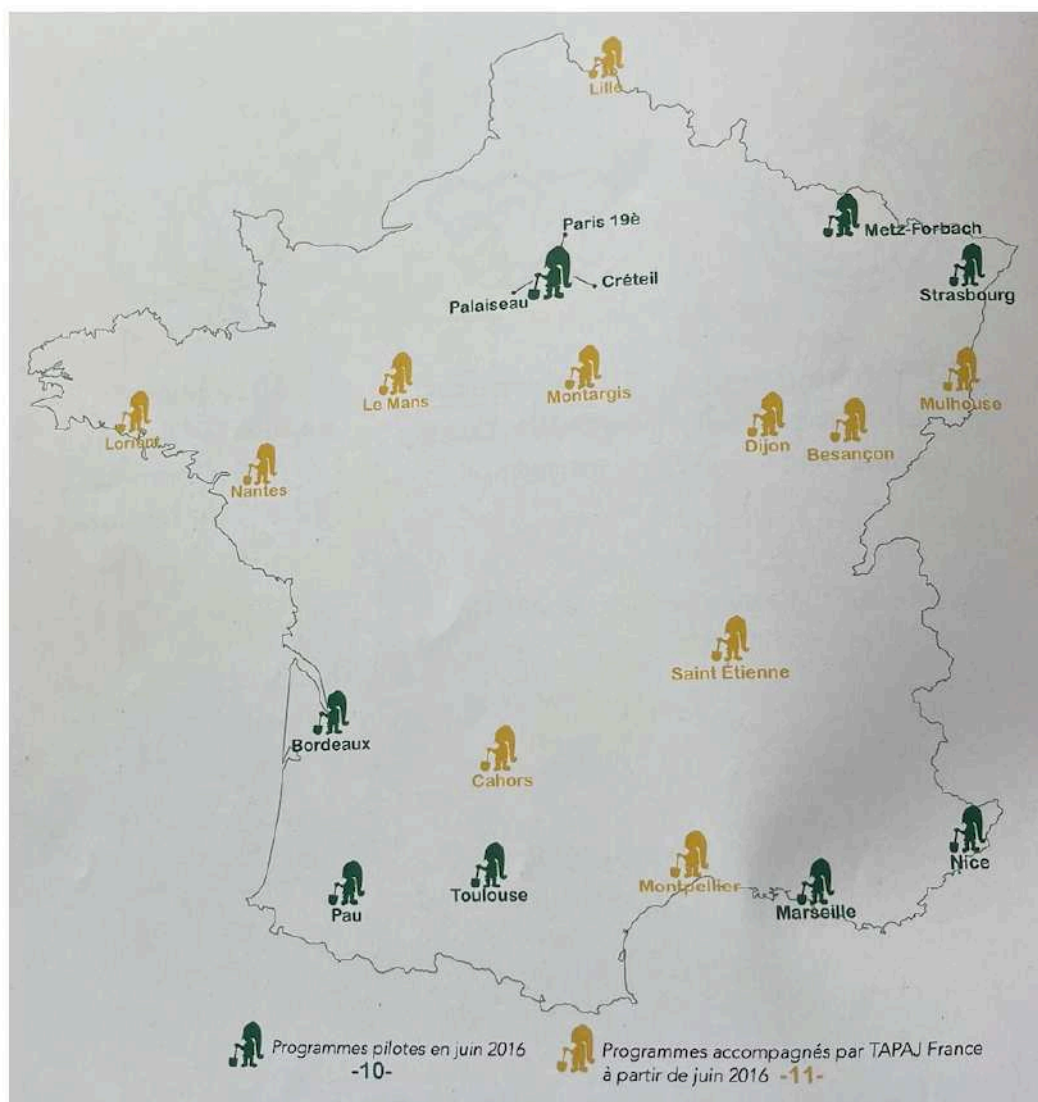
¹³⁰ Délégué Interministériel à la Prévention et à la Lutte contre la Pauvreté (2018).

tous, collectivement, de construire sur les territoires de nouvelles solutions d'accompagnement pour nos concitoyens les plus vulnérables »¹³¹. La pérennisation du programme TAPAJ en France est passée par le soutien et l'engagement de l'État *via* le truchement de la MILDECA et de la délégation interministérielle à la prévention et à la lutte contre la pauvreté. Cet engagement de l'État, comme l'expliquait Nicolas Prisse, est un engagement de longue durée : « *C'est parce que l'État doit accompagner les personnes les plus fragiles qui cumulent différents facteurs de vulnérabilités et promouvoir pour cela les démarches les plus innovantes que la MILDECA s'est engagée depuis plusieurs années en faveur du déploiement de TAPAJ par le secteur médicosocial de l'addictologie [...] Nous poursuivrons cet engagement dans le cadre du prochain plan national de mobilisation contre les addictions* »¹³². Un dernier élément en rapport avec la pérennisation de TAPAJ France qui fêtait en octobre 2022, ses dix ans d'existence, est lié au déploiement de TAPAJ sur l'ensemble du territoire français. Le premier schéma (1) est celui de 2017 et le schéma (2) celui de septembre 2022. Ces deux schémas illustrent le maillage du territoire national, et traduisent aussi, la pertinence et l'efficacité de ce dispositif.

¹³¹ *Op. cit.*, Noblecourt, 2018, p.5.

¹³² *Op. cit.*, Prisse, 2017, p. 5.

Schéma 3 :¹³³ Déploiement du programme TAPAJ en France (2016)

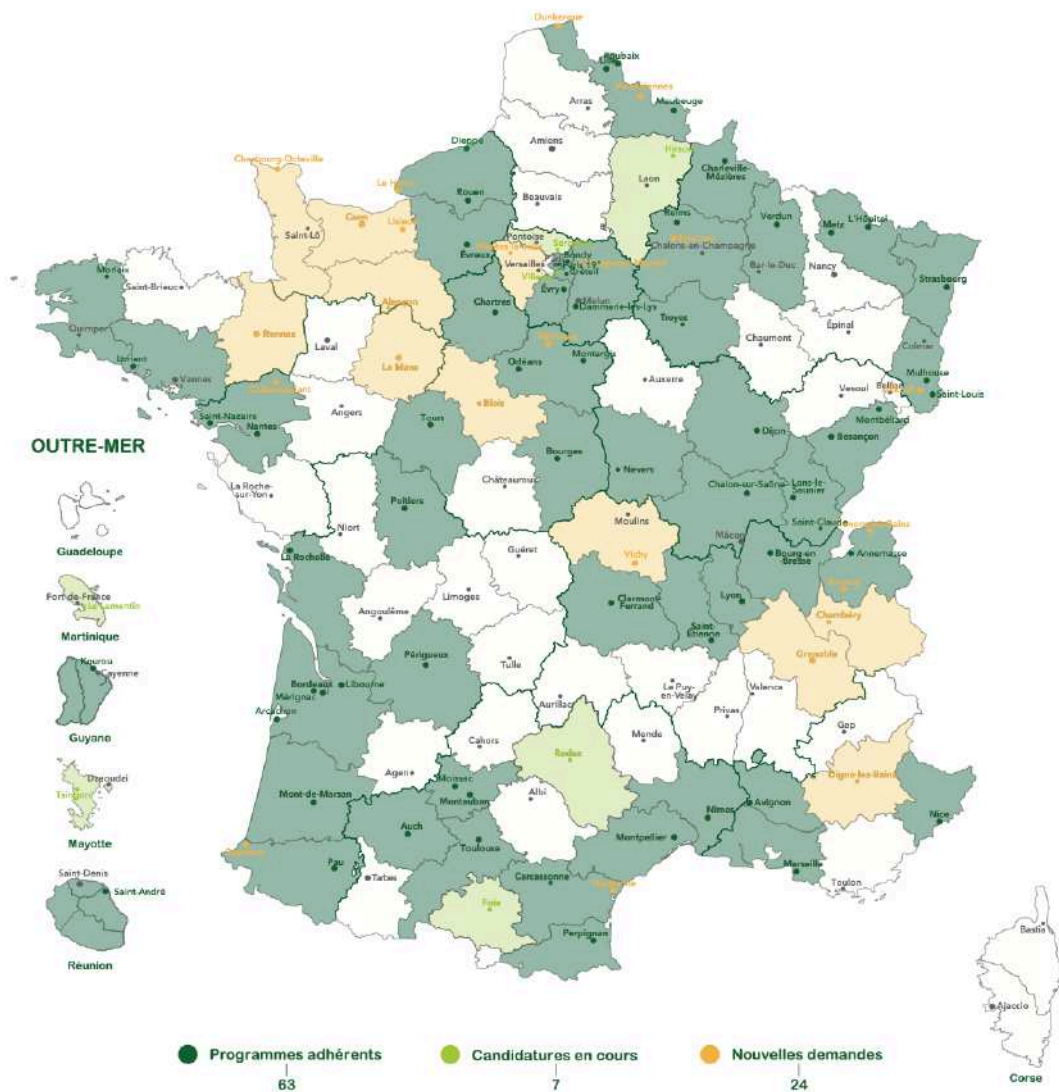


EN 2016

10 PROGRAMMES PILOTES
+ 11 VILLES CANDIDATES

¹³³ *Op. cit.*,

Schéma 4 : Déploiement du Programme TAPAJ en France métropolitaine et Outre-Mer (2022)



EN SEPTEMBRE 2022

63 PROGRAMMES ADHÉRENTS
7 CANDIDATURES EN COURS
24 NOUVELLES DEMANDES

Chapitre 2 : Désertification médicale en Indre-Et-Loire : la réponse de l'équipe mobile Aller-Vers.

1. Contexte et naissance.

Pour Jean-Paul Arveiller et Alain Mercuel¹³⁴, c'est la circulaire de mars 1960¹³⁵ mettant en place la politique de secteur, et celle de mars 1990¹³⁶ qui ont été à la fondation de la majorité des dispositifs du secteur psychiatrique en France. La philosophie de cette loi tournait entre autres, autour de l'humanisation de l'offre des soins, sur « *la polyvalence des équipes pluridisciplinaires et leur vocation à répondre à toute demande du corps social concernant la souffrance psychique des personnes qui le compose* »¹³⁷. C'est ce cadre qui organisait le secteur psychiatrique et qui posera les jalons d'un nouveau paradigme dans l'accompagnement des personnes, avec l'idée de ne plus faire de l'institution hospitalière dans sa perception austère et

¹³⁴ *Op. cit.*,

¹³⁵ Circulaire du 15 Mars 1960, relative au programme d'organisation et d'équipement des départements en matière de lutte contre les maladies mentales.

¹³⁶ Circulaire du 14 mars 1990, relative aux orientations de la politique de la santé mentale.

¹³⁷ *Ibid.*, pp. 8-9.

totale¹³⁸, un lieu inconditionnel et incontournable de rencontre entre le soignant et le soigné. L'Aller-Vers, pour être précis, n'est pas un dispositif dans le sens technique du terme, comme pourrait l'être par exemple TAPAJ, l'Aller-Vers est une approche nouvelle en termes d'accompagnement, une nouvelle modalité dans le parcours de l'utilisateur. C'est surtout, une dynamique qui tente de diminuer les inégalités sociales d'accès aux soins. Cette nouvelle philosophie a été pensée pour ces publics parfois difficiles à accompagner au niveau de leur santé, c'est d'ailleurs pour cette raison que depuis les années 1990 les équipes mobiles psychiatrie et précarité (EMPP) se sont concentrées sur les précaires et les grands-exclus. L'idée de l'Aller-Vers tourne aussi, autour de l'établissement d'un diagnostic pertinent pour l'utilisateur, diagnostic qui prendrait en compte son contexte social, son environnement réel et les possibles partenaires du médico-social à même d'intervenir dans son accompagnement. Car, « *le médecin pourrait bien avoir deux têtes comme le suggère Michel Serres : l'une d'intelligence scientifique soucieuse de compétence, focalisée sur un problème technique à résoudre [...] et l'autre préoccupée de sollicitude et de responsabilité, [...] attentive à la situation singulière du patient* »¹³⁹.

La naissance et la mise en place de l'équipe mobile Aller-Vers au CSAPA Port-Bretagne à Tours ne s'écartent pas vraiment des ambitions et des objectifs fixés par les circulaires de 1960 et celle de 1990, et celle du 23 novembre 2005, relative à la prise en charge en santé mentale des personnes en grande précarité et en exclusion. La naissance de l'équipe mobile Aller-Vers participait à cette volonté de décloisonnement des pratiques, mais surtout, du rapprochement de l'institution hospitalière des zones rurales et des usagers en proie à des difficultés de transport et de déplacements.

¹³⁸ On doit à Erving Goffman la notion d'institution totale dans son ouvrage *Asiles* qui est une étude sur la condition sociale des malades mentaux et autres reclus. Il va analyser l'institution totale comme un lieu de résidence où des individus sont coupés du monde extérieur, avec l'exemple de l'institution hospitalière.

¹³⁹ Bonah Christian et al (2011), *Médecine, santé et sciences humaines*, Paris, les Belles Lettres, p. 9.

« Je pense que ce qui... ce qui nous a donné l'idée et l'envie, c'est parce que, depuis le départ en fait, je ne me suis pas limité à un endroit, à une structure. Finalement, dans mon poste de médecin coordinateur, c'est une forme d'Aller-Vers parce qu'on a dû aller sur tous ces départements rencontrer des partenaires, rencontrer des maires, rencontrer des associations, rencontrer des hôpitaux locaux pour finalement réussir à développer ces antennes du CSAPA. Ces antennes du CSAPA qui déjà, en soi, étaient un Aller-Vers, de ce qu'on faisait sur Tours et l'agglomération d'une certaine manière. Même si, c'était dans les structures. Le constat en fait, notamment sur mon travail de Loches est que, je me suis rendu compte aussi à quel point les patients souffraient finalement d'une double fragilité et d'une double peine : La problématique addictive, le pourquoi ils venaient vers nous, mais surtout, celle de l'éloignement de plus en plus important des structures de recours qu'il s'agisse des soins primaires ou des soins spécialisés. Et donc, en fait, à un moment donné, on s'est dit plutôt que ... je vais prendre un exemple : en plein hiver, voir un usager venir de Descartes jusqu'à Loches sur un scooter sans lumière, parfois, sous l'effet du produit, le voir quand même arriver à son rendez-vous, à un moment donné, on se dit bah non, mais il faut que ce soit nous qui allions vers lui, voilà. Donc, avec finalement un double dispositif, des consultations avancées qui sont des formes d'Aller-Vers aussi, et puis, l'Aller-Vers dans toute sa dimension hors les murs, hors institution, chez la personne, là où on peut la rencontrer voilà, l'idée étant pour moi, dans une vision de justice et d'égalité de l'accès aux soins, du soin et de l'accompagnement, de pouvoir proposer à des gens qui sont très loin, donc très précaires, la possibilité...la mobilité c'est une précarité et donc voilà, cette idée, c'est comme ça en fait que ça s'est fait, et que tout que ça a germé ».

Entretien 12.

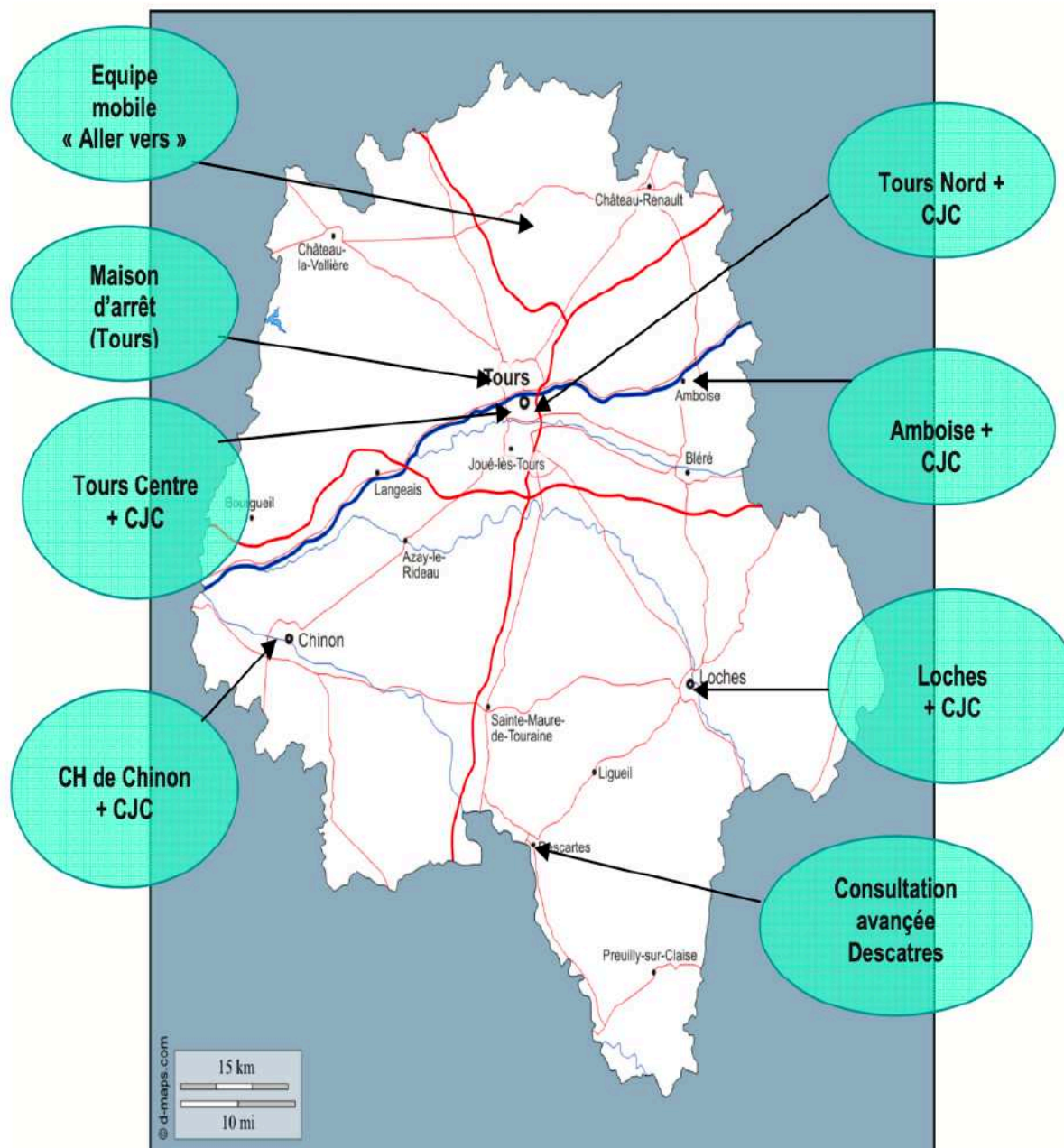
Comme on peut le voir l'équipe mobile Aller-Vers est aussi née dans un environnement particulier en Indre-Et-Loire¹⁴⁰, dans un contexte où, comme on le verra avec la carte du CSAPA, les services hospitaliers et précisément les services médico-sociaux liés à l'addiction, à la psychiatrie et à la grande précarité sont complètement absents. Ce contexte de désertification médicale dans les zones rurales du département a aussi été un élément déterminant dans la mise sur pied de l'équipe mobile Aller-Vers. En réalité, ce dispositif est porté par une équipe composée d'une éducatrice spécialisée et d'un infirmier psychiatrique.

Le schéma ci-dessous recense toutes les antennes du CSAPA 37, il présente aussi les différents services proposés par les différentes antennes, notamment la consultation jeunes consommateurs (CJC) et le centre hospitalier (CH) de Chinon. Sur ce schéma on peut voir que l'équipe mobile Aller-Vers couvre toute la zone Nord-Est et Nord-Ouest du département d'Indre-Et-Loire, de Château-la-Vallière à Château-Renault.

¹⁴⁰ Département français (37), du Centre Val-de-Loire.

Schéma 5 :

Antennes du CSAPA (37)



Source : plaquette de présentation du dispositif « Aller-Vers ».

1.1. La ruralité.

L'extrait qui va suivre est une partie du discours de départ à la retraite d'un membre de l'équipe mobile Aller-Vers, on peut notamment lister les différents bourgs et villages investis par le binôme du dispositif :

« Nous deux (non pas la revue), couple thérapeutique, figures parentales, jamais très loin l'un de l'autre, ce binôme que certains collègues appelaient les "Allerveriens" (aller vers rien ?), souvent partis sur les routes de Chemillé-Sur-Dême, Channay-Sur-Lathan, Brèches, Couesmes, Villiers-Au-Bouin, St Paterne Racan d'un côté et Crotelles, Neuillé-Le-Lierre, Saunay, Auzouer, Villedômer, St Laurent-en-Gâtines de l'autre... dans des lieux et des rencontres parfois improbables. »

(Discours de départ à la retraite de B. infirmier psychiatrique)

L'une des particularités de l'équipe mobile Aller-Vers, est sa capacité à sillonner les campagnes tourangelles dans des lieux parfois où les habitants n'ont pas de médecin-traitant ou alors quand ils en ont, les rendez-vous sont fixés à des dates relativement lointaines. La ruralité est un des axes centraux dans les objectifs et dans les missions du CSAPA 37. La cartographie des antennes¹⁴¹ du CSAPA 37 montre une désertification médicale dans les zones Nord-Est et Nord-Ouest du département. Cet enclavement médical, lié à la pénurie de structures médico-sociales à même de répondre aux sollicitations des individus, vient une nouvelle fois les fragiliser et les exposer davantage dans des situations de grande précarité. L'addictologie est souvent une spécialité qui n'est pas maîtrisée par tous les médecins, et spécifiquement les médecins et les structures médicales dans les zones rurales :

¹⁴¹ Cf. Schéma antennes CSAPA 37.

« ... En fait, j'explique aux patients que [l'équipe mobile Aller-Vers] est formée en addicto, que je ne suis pas très douée en addicto, donc, je ne sais pas comment les aider, il y a peut-être des façons de les aider mais que je ne connais pas, et du coup je préfère travailler avec l'équipe spécialisée en addictologie [l'équipe mobile Aller-Vers] »

Entretien 13.

Ces zones rurales ne souffrent pas que du déficit et de l'éloignement des structures médicales, il y a souvent aussi, une absence d'expertise dans certains domaines relevant de la psychiatrie de secteur, ou encore de l'addictologie. Par ailleurs, l'impact de la grande précarité est souvent mieux appréhendé de façon transdisciplinaire, soulignant la nécessité de faire appel à plusieurs expertises dans une situation donnée. L'équipe mobile Aller-Vers se distingue par cette réponse qu'elle apporte en zone rurale en termes de proximité de l'institution hospitalière, et de réponse aussi, aux attentes de professionnels (Médecins, assistantes sociales, infirmières, cadres de santé...etc.) qui ne sont pas toujours outillés dans des approches de RdR, ou encore, de mésusages alcooliques ou tabagiques. Tous les professionnels de l'action médico-sociale soulignent l'importance de l'équipe mobile Aller-Vers dans ces zones rurales où parfois les usagers n'ont pas de moyens de locomotion pour se rendre à un rendez-vous médical, ou encore sont dans l'incapacité d'accéder à un réseau de transport régulier et disponible:

« [...] souvent, je le [l'infirmier de l'équipe mobile Aller-Vers] sollicitais parce que je me retrouvais un tout petit peu coincée pour offrir une prise en charge, proposer une prise en charge aux patients, quand c'était des personnes relativement isolées, sans moyens de locomotion on va dire, dans des secteurs où la prise en charge addicto est absente... Voilà, et puis, tout est limité, ça permettait justement en contactant l'Aller-Vers de pouvoir offrir une prise en charge aux patients dont beaucoup sont sur le secteur périurbain, mais aussi, en dehors de Tours où il y a complètement des déserts médicaux... »

Entretien 10.

Une des missions de l'équipe mobile est : « [...] d'améliorer l'offre et l'accès aux soins en addictologie notamment en zone rurale »¹⁴².

Le tableau qui va suivre est issu d'un traitement de données des archives de l'équipe mobile Aller-Vers depuis sa mise en place en 2016. Il recense le nombre de bénéficiaires du dispositif par année :

Tableau 3. Zone de domiciliation des bénéficiaires de l'équipe mobile du CSAPA 37.

Année	2016	2017	2018	2019	2020	2021	Total
Agglomération tourangelle	1	6	9	0	1	4	21
Zones rurales	9	10	1	7	10	5	42

143

Ce tableau atteste de la provenance très rurale des usagers du dispositif de l'équipe mobile dans le département d'Indre-Et-Loire. Trois quarts du total des bénéficiaires du dispositif sont issus de la ruralité.

1.2. La réorientation en addictologie.

Le champ de l'addictologie en sciences médicales est un champ relativement récent. On peut émettre l'hypothèse de cette reconnaissance tardive du fait de la perception sociale de l'image du drogué et de l'alcoolique, « *En dix ans une nouvelle discipline médicale, l'addictologie, s'est imposée dans le champ des drogues et des dépendances, s'efforçant de réduire sous sa coupe, tant la disparité des addictions elles-mêmes que celles de leurs approches théoriques et cliniques. Faut-il y voir un avatar d'une conquête progressive de la question des drogues par la médecine, qui réduit un peu plus encore l'espace laissé aux approches sociales et politiques ?* »¹⁴⁴

¹⁴² Plaquette de présentation du dispositif, disponible sur le site internet du CHRU de Tours.

¹⁴³ Données issues des archives du dispositif. Ces données ont été collectées et traitées, pour aboutir à ce tableau synoptique.

¹⁴⁴ Lalande Aude (2010), « L'addictologie, pour quoi faire ? », *Vacarme*, vol. 51, n° 2, p. 70.

L'addiction n'a jamais été perçue socialement comme une vraie maladie, maladie entendue dans le sens clinique et pathogénique. C'est ce que démontre Jacob Amnon Suissa : « *D'un point de vue général, nous avons d'une part un discours dominant ou traditionnel avec une tendance à traiter l'alcoolisme comme un phénomène principalement médical ; d'autre part, nous assistons depuis plusieurs décennies à un contre discours qui remet sérieusement en cause les fondements scientifiques et sociaux associés à la maladie de l'alcoolisme. Alors que le modèle médical de l'alcoolisme continue de jouer un rôle central dans la stigmatisation du comportement abusif de l'alcool, il est démontré que cette vision contribue à produire de plus en plus de malades sur le plan social.* »¹⁴⁵ Les alcooliques ont souvent été perçus comme des personnes dépravées, des délinquants complètement sains d'esprit et qui ont fait le choix, entre autres, de s'adonner à une vie « facile », à une existence sans labour et qui, ont en eux les ressorts de leur guérison, notamment dans leur volonté d'arrêter de fumer ou de boire. L'addiction est pourtant définie par Aviel Goodman¹⁴⁶ comme : « *...un processus complexe par lequel un comportement, pouvant à la fois produire du plaisir et soulager une tension interne, se caractérise par l'échec répété dans le contrôle de ce comportement et la persistance de celui-ci en dépit de conséquences négatives significatives.* »¹⁴⁷

La mission principale de l'équipe mobile, c'est la réorientation en addictologie. Le principe de ce dispositif est de recevoir *via* le CSAPA 37, des demandes de prises en charge de plusieurs partenaires comme l'équipe de liaison et soins en addictologie (ELSA), des médecins addictologues, médecins traitants, Croix Rouge, infirmières du centre de réadaptation professionnelle (CRP), les assistantes sociales, etc., sur des situations liées à l'addiction, qu'elle soit tabagique, alcoolique ou autre. Le principe étant de permettre, dans un intervalle temporel de cinq visites à domicile ou cinq entretiens au CSAPA (pour des personnes en capacité de déplacer ou encore pour des personnes jeunes et vivants à Tours), de réorienter l'utilisateur vers une structure médicale plus à même de lui offrir une prise en charge plus efficiente. Le dispositif offre un accompagnement lié à différentes pathologies, le tableau suivant, présente les principales problématiques addictives prises en charge chaque année depuis la mise en place du dispositif :

¹⁴⁵ Suissa Jacob Amnon (2020), « Alcoolisme et stigmatisation : repères sociohistoriques et importance des liens sociaux », *Écrire le social*, vol. 2, n° 1, p. 65.

¹⁴⁶ Psychiatre Américain spécialiste de l'addiction et de la dépendance.

¹⁴⁷ Goodman Aviel (2010), « Addiction, Definition and Implications », *British Journal of Addictions*. (*Op. cit.*, Lalande, 2010, p. 70).

Tableau 4. Principales pathologies addictives depuis la création du dispositif.

Année	2016	2017	2018	2019	2020	2021	Total
Alcool + Dépression	6	9	9	6	9	8	47
Tabac, THC ⁵ , héroïne et autres opiacés	4	6	1	1	2	1	15
Jeux vidéo	0	1	0	0	0	0	1

148

L'alcoolisme reste une problématique majeure dans la lutte contre les addictions, et le traitement des archives du dispositif démontre que le plus grand nombre de prises en charge est celui lié à l'alcoolisme. C'est un état de fait qu'on peut corrélérer avec le tableau 3 (Zone de domiciliation des bénéficiaires de l'équipe mobile du CSAPA 37). La ruralité semble être un facteur déterminant dans l'analyse des troubles liés à la consommation de l'alcool et du tabac, ce constat est fait l'OFDT dans un numéro de sa revue *Tendances*, intitulée : « *Les usages des drogues en espaces rural* »¹⁴⁹, qui constate une consommation plus régulière d'alcool de tabac et d'alcool en milieu rural. La population du dispositif étant majoritairement « rurale », les principales problématiques addictives majeures seront la consommation d'alcool ainsi que celle du tabac, cannabis (Delta-9-tétrahydrocannabinol ou encore THC) et autres opiacés. Cet aspect ruralité est prégnant dans l'analyse du dispositif Aller-Vers comme le précise cette professionnelle :

¹⁴⁸ *Op. cit.*,¹⁴⁹ OFDT (2015), « *Les usages des drogues en espaces rural* », n° 104, Novembre.

« Les personnes qui nous sollicitent doivent être principalement du secteur géographique qui nous a été affecté. La ruralité et la grande ruralité et aussi des personnes très éloignés du soin en général, mais pas seulement, des personnes éloignées des possibilités de soin du coté principalement des addictions. Ces personnes-là, nous font appel maintenant de façon plus directe, mais au préalable, c'était des orientations qui nous étaient faites, soit par un travailleur social qui avait évalué que ces personnes n'étaient pas en capacité de pouvoir venir à une consultation chez un médecin généraliste, parce que trop de spécificités dans sa problématique, encore moins, la possibilité de venir dans un des lieux du CSAPA à Tours centre en particulier, puisque, c'était Port-Bretagne ou la Rotonde. Il y avait un intérêt pour des empêchements parfois physiques, psychiques, géographiques, financiers et sociaux, pour une évaluation de notre part. La prise en charge était d'une à cinq rencontres mais, pouvait aller au-delà en fonction des problématiques de l'individu et en fonction aussi de son désir, de sa volonté. À partir de cette évaluation-là, parfois, un seul entretien pouvait suffire, mais rarement. Il est dans nos missions de permettre à cette personne de trouver au plus près de chez elle une interface de professionnels, parfois, ce sont des bénévoles, pour qu'elles puissent avoir accès à ses besoins qu'ils soient d'ordre somatiques, psychiques ou psychiatriques ou encore comme je le disais, qu'ils soient aussi d'ordre financiers, sociaux et, ça peut aussi être, du loisir ou de la culture, donc à nous d'inventer avec cette personne ces possibilités-là, de lui permettre de trouver au moins une personne dans les délais d'une à 5 rencontres. »

Entretien 11

2. Un réseau de professionnels en Indre-Et-Loire.

Dans sa plaquette de présentation, le CSAPA 37 expose l'équipe mobile Aller-Vers comme un outil qui s'adresse « *aux professionnels en demande de soutien.* », comme souligné plus haut, la raison de ce soutien est relative à la désertification médicale dans les zones rurales du département d'Indre-Et-Loire, mais aussi, l'absence chez les professionnels de l'action médico-sociale d'une expertise pertinente en matière d'addictologie et de dépendances aux SPA. Tous les professionnels rencontrés lors des entretiens ou des observations, faisaient noter l'impact positif d'un réseau qui était en train de se construire autour de l'équipe mobile Aller-Vers. Du fait de cette possibilité de mobilité à travers des secteurs complètement enclavés, un réseau de professionnels s'est construit avec pour objectif d'orienter tous les cas de dépendance et d'addiction diagnostiqués. Le tableau qui suit est une synthèse de toutes les structures et de tous les professionnels ayant orienté au moins un usager vers l'équipe mobile Aller-Vers.

Tableau 5. *Organismes et professionnels à l'origine de l'orientation dans le dispositif.*

Année	2016	2017	2018	2019	2020	2021	Total
Assistante sociale (MDS⁶, assistante de secteur, conseillère d'insertion, APA⁷)	3	2	2	1	3	1	12
Médecin Addictologue	2	4	3	2	2	3	16
MT⁸	3	5	2	2	2	4	18
ELSA⁹	1	2	2	1	1	0	7
Croix Rouge	1	1	0	1	2	1	6
Infirmière (CRP¹⁰)	0	1	0	0	0	0	1
Autres Professionnels (Cadre de santé, Adultes relais, professionnels pension de famille, APF¹¹, SAVS¹²)	0	1	1	0	1	0	3
TOTAL							63

⁶ Maison départementale de solidarité.

⁷ Allocation personnalisée d'autonomie

⁸ Médecin traitant.

⁹ Équipe de liaison et soins en addictologie.

¹⁰ Centre de réorientation professionnel.

¹¹ Association des paralysés de France (ancienne appellation de France Handicap).

¹² Service d'accompagnement à la vie sociale.

2.1. *Aller-Vers des professionnels en crise.*

La crise de la désertification médicale, et l'apparition de plus en plus de maisons de santé regroupant différents professionnels de la médecine et du soin, correspond, dans les zones rurales en France, et précisément dans le département d'Indre-Et-Loire, à une réponse ou du moins à une tentative de réponse à la problématique de la complémentarité de l'expertise et de la transdisciplinarité dans l'espace médico-social. Il y a d'autres raisons d'ordres économiques pour ces professionnels (réduction des coûts, coûts collectif sur les charges, etc.) et aussi, un gain pour l'utilisateur qui peut trouver dans un même espace, un dentiste, son médecin-traitant ou encore son kinésithérapeute. Dans le cadre de l'équipe mobile, la démarche de l'Aller-Vers ne s'adresse pas uniquement aux usagers ou aux personnes dépendantes et addictives. L'équipe mobile s'adresse aussi à des professionnels en crise, en manque de réponses face à l'intensification de la dépendance, face à la grande précarité, mais surtout, face à une recrudescence des consommations problématiques (alcool, drogues, SPA, etc.) qui ont explosé¹⁵⁰ depuis quelques années du fait de la crise économique et sociale en France, de la crise de l'emploi, et de la très récente crise sanitaire mondiale. Si la tendance générale constate depuis plus de 40 ans une diminution de la consommation de l'alcool en France¹⁵¹. Ces professionnels sont souvent très peu aptes à répondre à des usagers sous emprise de l'alcool et de la drogue. Ils sont en manque d'outils théoriques et méthodologiques pour apporter une réponse clinique et sociale, face à un mal qui n'est pas souvent, seulement biologique mais qui, est souvent lié à un environnement psycho-social pathogénique. Les différents *verbatim* qui suivent illustrent ce constat :

¹⁵⁰ Dossier presse Santé publique France du 14 janvier 2020 (DP_alcool_140120.pdf).

¹⁵¹ Cf. BEH (Bulletin épidémiologique hebdomadaire), n° 5-6, 19 février 2019, Santé publique France.

« J'ai eu recours à eux parce que 2 à 3 fois dans ma patientèle, et dans un cas précis. J'ai eu un patient qui était dépendant à l'alcool et qui souhaitait faire un sevrage sans hospitalisation. Et, qui souhaitait un suivi en ambulatoire et c'est dans ce cadre que j'ai sollicité le dispositif Aller-Vers, c'est comme ça que nous avons entamé notre collaboration. Ce qui fait qu'aujourd'hui, on se parle tout le temps au téléphone par rapport au suivi de ces patients communs. Et c'est à eux [l'équipe mobile « Aller-Vers »] bien évidemment, que je fais appel quand j'ai des patients de cet ordre-là. On a aussi organisé un sevrage en ambulatoire avec eux sur ce cas-là, avec suivi des addictologues du CSAPA. Ça a été aussi pour moi une ressource hyper importante, au niveau médical, de protocoles de mise en place dans un cadre le plus possible sécuritaire avec un suivi à domicile, donc... on a pu faire ce genre de prise en charge grâce à eux. »

Entretien 14

« En tout cas, alors ça dépend, il y a des situations... la dernière situation a été un gain de temps, un gain de... enfin, même pour moi, et pour la personne elle-même, ça lui permet d'être très souvent... comment dire, « boostée » vous voyez, c'est comme un coach, vous voyez, ça c'est hyper important pour les gens, parce que nous on n'a pas, on ne prend pas le temps, mais il faudrait pour certaines situations, il faudrait que ce soit plus régulier donc, effectivement, dans ce cadre-là on est complémentaire avec l'équipe mobile « Aller-Vers ». C'est-à-dire que, Mr B lui, va pouvoir coacher la personne, essayer de la remotiver, etc., et puis moi derrière, on va essayer d'être très en lien, derrière moi je reprends aussi, c'est coordonné, c'est hyper important en fait. »

Entretien 6

« [...] Bon en fait, je pense qu'on a tous nos métiers, moi je ne suis pas formée en addictologie, je ne suis pas compétente pour ces aspects médicaux et cliniques... »

Entretien 8

L'équipe mobile Aller-Vers vient en complément d'effectifs et en soutien à des professionnels souvent en « tension » avec certaines prises en charge, parfois pluri-formes ; et qui demandent souvent une expertise dans le champ des addictions, mais aussi, elle a la capacité de proposer à l'usager une forme d'accompagnement global et « situationnel » qui correspond à son environnement, ses envies et à ses besoins.

2.2. La VAD.

La visite à domicile (VAD) est le principal outil de l'équipe mobile Aller-Vers, celui qui lui permet d'innover en termes de modalités d'accompagnement et celui qui lui permet de mettre en pratique la philosophie de l'Aller-Vers, en allant de façon concrète au plus près de la réalité et de l'environnement physique et social des individus, partager leurs expériences dans « l'intimité de l'intimité », dans un espace qui leur est confortable, sans la crainte d'un jugement que l'institution hospitalière, cadre beaucoup plus austère, peut parfois laisser présager. Alain Mercuel explique les raisons de cet Aller-Vers et l'importance de la VAD comme outil thérapeutique : « [...] *“Aller vers“ tout lieu de vie lorsque la personne ne peut se déplacer vers un lieu de consultation, et ce, quelles qu'en soient les raisons : impossibilité physique ou psychique (refus, déni...), situation clinique de non-demande (enfants, adolescents reclus, personnes âgées, syndrome de Diogène, état d'inhibition...), lorsqu'un tiers ne peut accompagner la personne en souffrance... ; “Aller vers“ lorsqu'il semble important de prendre en compte l'environnement réel et le contexte entourant les aspects cliniques : évaluation sociale et élargissement des acteurs possibles, maintien sur le lieu de vie et prévention des phénomènes d'exclusion/expulsion des lieux de vie, de soins ou d'accompagnements concernés ; “Aller vers“ des populations plus spécifiques et ayant des difficultés à accéder aux soins offerts : gens du voyage, toxicomanes, prostituées, jeunes en errance, sans domicile fixe (SDF) et grands exclus, précaires, migrants... »*¹⁵²

¹⁵² Mercuel Alain (2018), « ” Aller vers ” en psychiatrie et précarité : l'opposé du ” voir venir ” ! », *Rhizome*, vol. 68, n° 2, p. 3.

La visite à domicile contribue de ce fait, à la création d'un espace de partage, d'écoute, d'un espace parrésiasique¹⁵³, qui permet à l'usager, mais aussi, à l'accompagnant, de se sentir en situation d'égalité avec celui qu'il accompagne, et d'avoir l'impression de rendre à la personne une partie de sa dignité. Les membres de l'équipe mobile Aller-Vers présente la VAD comme étant avant tout un lieu d'échange et de découverte tant pour l'usager que pour le professionnel. La VAD permet en outre, le développement de compétences psychosociales notamment le développement de l'estime de soi. Elle renforce cette impression, pour les personnes, de se sentir importantes, reconnues, même dans la douleur physique et la solitude de leur maladie. Ces personnes, par la VAD, se sentent utiles simplement par l'action « [...] d'accueillir », « [...] d'ouvrir leur porte », « [...] d'offrir un café ». C'est ce que soulignent l'infirmier psychiatrique et l'éducatrice spécialisée de l'équipe mobile dans les extraits d'entretiens qui suivent :

« [...] Je pense que, c'est un face-à-face entre deux types de personnes : Alors, on vient évidemment avec une étiquette et des compétences de professionnels mais, je crois qu'effectivement, le fait d'aller chez elle, c'est surtout une rencontre qui se fait d'humain à humain et on insiste aussi beaucoup sur ce qu'est la personne elle-même, derrière la souffrance qu'elle va nous présenter. Et, du coup, on peut être amené à partager aussi, sur des sujets qui vont l'animer tout d'un coup et, qui vont laisser tomber un tout petit peu ces barrières d'un professionnel qui va rencontrer peut-être un patient. Le terme "patient" c'est pas trop un terme qu'on va utiliser lorsqu'on va au domicile de sa personne, là, on utilisera peut-être aussi, beaucoup plus, le terme d'"usager", et du coup, c'est un usager qui a besoin d'un service, et ces services-là viennent jusqu'à lui, comme tout service qui pourrait venir à domicile dans l'idée de l'aider pour un moment, pour s'occuper d'un petit peu soit de son handicap, d'une difficulté sociale et, c'est vrai que le rapport n'est pas le même quand on va jusqu'à chez la personne, que quand c'est elle qui vient nous rencontrer et, là, on travaille avec ce qu'on a appelé avec C. du "sans filet", avec une part d'improvisation qui va être la découverte de la rencontre et de l'échange. »

Entretien 11

¹⁵³ Nous consacrerons un chapitre de la troisième partie de notre travail, à l'analyse et à l'exposition de la construction de ces espaces parrésiasiques.

« En fait, quel bénéfice ils avaient ? Pour certains, c'était juste du lien et le fait de pouvoir être en interaction avec des gens et ils n'en avaient pas beaucoup [des interactions et des liens], voilà Et, d'après nous l'idée c'était de voir comment ces liens pouvaient être tissés au-delà de nous, mais les bénéficiaires étaient souvent tournés de ce côté-là, celui de l'estime de soi. Ce sont des choses qui revenaient, je me souviens de certains, de gens qu'on a pu accompagner sur Fontenay, mis en lien avec des professionnels de l'insertion, qui ont gagné en estime de soi, en confiance en soi, etc. Il y a des gens qui étaient contents de nous voir en fait, de pouvoir ouvrir leur porte, de pouvoir nous offrir le café, d'ouvrir leur espace de vie à quelqu'un et de savoir qu'on allait tous, passer un temps autour de ce qui concernait leurs difficultés, leurs problématiques. Mais, pour autant, il y avait de la convivialité autour de ça quoi. »

Entretien 17

La VAD participe à réhumaniser la relation usager/professionnel en rendant par l'action « d'Aller-Vers », une part de dignité à des personnes qui sont souvent complètement exclues de tout lien social.

2.3. Covid et *Aller-Vers*.

« L'humanité est en proie à un combat sans pitié avec un ennemi qui, au grand dam des pouvoirs publics, ne respecte ni les frontières ni les lois : le coronavirus. L'angoisse qu'il suscite fait écho aux peurs historiques et presque ancestrales construites au cours des grandes épidémies de peste ou de lèpre au Moyen Âge. »¹⁵⁴ La pandémie de la Covid-19 qui se propage sur l'humanité dans son entièreté au début de l'année 2020, a été un moment d'angoisse, de peur et une épreuve en sus pour les populations fragiles et en grande précarité comme la population du dispositif *Aller-Vers*. Les différentes études menées par l'OFDT ont démontré, pour les populations en prise avec les addictions et en grande précarité, que, les périodes de confinement ont été celles qui les ont exposé, davantage à des surconsommations. L'absence de

¹⁵⁴ Hautefeuille Michel (2020), « Covid-19, confinement et addictions. Éditorial », *Psychotropes*, vol. 26, n° 2-3, p. 11.

liens sociaux aura aussi été à la base d'angoisses qui ont eu pour ultime conséquence, une aggravation de la situation clinique et sociale de ces personnes déjà fragilisées et souffrantes majoritairement d'une « déliaison sociale ». L'équipe mobile Aller-Vers, a été impactée par les conséquences de cette pandémie : rupture de contacts physiques avec les bénéficiaires du dispositif, arrêt de l'accompagnement des usagers. Même si une cellule d'écoute téléphonique d'urgence avait été mise en place, elle n'a pas complètement assurée ou rassurée sur les missions en présentiel que remplissaient la VAD en contexte « normal ». Ce lien physique avec l'équipe mobile Aller-Vers était, pour certains, le seul véritable contact avec l'extérieur. La philosophie « Aller-Vers » étant principalement axée sur la capacité du professionnel à « briser » toutes les barrières physiques, pour aller au-devant des bénéficiaires, par le contact direct, dans leur environnement social, devenait, de fait, inenvisageable en l'état des choses¹⁵⁵. Les différents entretiens menés dans le cadre de notre enquête de terrain, ont permis, de façon concrète, de mesurer les effets de la pandémie sur les différents bénéficiaires du dispositif, et sur les professionnels eux-mêmes et leurs différentes postures au travail. À la question de savoir quel aura été l'impact de la Covid-19 sur le dispositif et sur les professionnels qu'ils sont sur leurs postures de travail, dans leur rapport physique avec les bénéficiaires du dispositif, les plus optimistes ont mis en avant des aspects d'entraide et de solidarité déclenchés par la crise sanitaire.

« Du coup, je pense que ça a peut-être soulevé des choses, parce qu'on ne savait plus se préoccuper de son voisin, parce qu'en ville finalement, il y a eu plus d'entraide, des choses qu'habituellement on ne faisait plus, et on s'est rendu compte que son voisin est enfermé chez lui, que son voisin il ne répondait pas, qu'il ne sortait pas de chez lui [...] Il y a peut-être eu une mobilisation autour de tout ça, on s'est ressoudés »

Entretien 5

¹⁵⁵ Distanciation sociale, et prescription de mesures « barrières ».

Des retours de ce type ont été relevés dans les entretiens. Ils mettent en avant l'espoir, dans un moment où il fallait être en capacité de susciter, en tant que professionnel, cet optimisme. Déceler cette solidarité qui renaissait dans notre société, appelait résolument à garder espoir. Mais, au quotidien, comme l'explique cette professionnelle¹⁵⁶, l'accompagnement des bénéficiaires n'était pas envisagé dans des conditions optimales, notamment avec la problématique du port du masque au quotidien.

« Alors, qu'est-ce que ça a changé pour moi dans un premier temps [...] Au niveau professionnel, il y a plus de travail et les recommandations en permanence qu'il faut revoir, les informations du gouvernement, BFM qui surtout, donne des informations avant le gouvernement ça c'est chouette, et pourtant, je suis pas contre le gouvernement mais, on a parfois un peu l'impression qu'il se fout de notre gueule, quand c'est BFM qui nous donne des informations [...] Le masque c'est difficile pour moi au niveau de la gestion des émotions. Ça met quand même une barrière et je suis moins à l'aise, mais parfois, ça m'aide, étant parfois très touchée par les patients, j'ai au moins la moitié de mon visage qui est caché et du coup, ça peut aider; mais je trouve que c'est difficile notamment avec les enfants et les bébés, on commence vraiment en avoir marre, surtout au niveau des soins de contact. Après, il y a eu beaucoup plus de travail. La pandémie nous aura aussi appris à apprendre à gérer autrement, à différer les urgences, pas accepter de faire 50 vacations de vaccination, c'est aussi apprendre à gérer mon temps différemment. Ça m'a quand même apporté des choses au niveau de ma posture professionnelle. Au niveau des publics accueillis, on a eu un trou à un moment surtout au mois de mars (2020) dernier, derrière on a eu des soucis avec quelques cancers violents, qui sont très vite terminés malheureusement, mais après j'ai comme l'impression que c'est reparti normalement, ça n'a pas trop bougé... C'est relativement stable. »

Entretien 13

¹⁵⁶ Médecin en zone rurale (Château-Renault).

Dans leurs postures de soin, les soignants et les professionnels intervenant dans l'équipe mobile ont unanimement¹⁵⁷, confirmés dans les entretiens l'incroyable momification des visages par le masque, alors que le regard, la détection des rictus émotifs sur le visage, l'empathie visuelle, l'expression du visage, tant du côté de l'utilisateur que de l'accompagnant, est une partie de la thérapie. Cette dénaturation du visage, « façade » et « vitrine » principale de notre humanité et de notre humanisme, aura été un frein dans la relation pourtant si singulière entre les professionnels et leurs usagers. Dans une étude sur les troubles bipolaires (TB) appartenant à la catégorie des troubles de l'humeur intitulée « Biais de mémorisation dans le trouble bipolaire à l'euthymie : l'effet perturbateur de la joie », des psychologues cliniciens ont démontré l'importance des signaux émotifs du visage dans la communication avec autrui : « Or, le visage représente la principale source de communication vers autrui et exprime la majorité des signaux émotifs. »¹⁵⁸ Le visage dans la relation professionnel/utilisateur est un outil de communication visuelle que le masque altère.

Cette problématique du masque dans la relation de soin sera soulevée dans tous les entretiens :

« Alors, j'ai réussi à faire quelques entretiens téléphoniques dans cette pièce de chez moi qui est ma chambre, que j'ai occupé avec mon épouse et qui parfois, me servait de Bureau. On s'est retrouvé tous les deux à peu près pendant deux semaines en télétravail. J'ai pas du tout aimé. J'étais coupé de ce lien, de ces regards, de ces postures qu'on peut avoir quand on est en échange avec quelqu'un. Mais, j'ai quand même réussi à faire des entretiens téléphoniques avec des gens que je ne connaissais pas et qui sont arrivés en ayant des RDV et j'ai pu quand même, pour certains d'entre eux, les voir plus tard physiquement pour commencer une prise en charge avec les masques bien sûr, ce qui évidemment pour moi était très difficile, sur le bas de ce visage caché par cet objet-là, qui je comprenais bien, était devenu nécessaire, mais qui pour moi, empêchait une partie de la relation avec celui ou celle que j'avais en face de moi. »

Entretien 11

¹⁵⁷ Dans tous nos entretiens, les professionnels ont noté la dénaturation du contact visuel et, surtout, l'absence de visibilité des émotions de ces visages momifiés par le « masque ». Pourtant, ils soulignent que le regard, l'empathie visuelle et expressive du visage font partie du soin, et du *care*.

¹⁵⁸ Lescaulier Lauriane et al. (2015), « Biais de mémorisation dans le trouble bipolaire à l'euthymie : l'effet perturbateur de la joie », *L'Année psychologique*, vol. 115, n° 3, pp. 387.

Bien au-delà du masque, des effets délétères des confinements, notamment le second confinement qui a été, selon les professionnels beaucoup plus violent pour les usagers en termes de rechutes, d'angoisses et même de violences physiques dans les ménages, les professionnels font aussi état d'une analyse très parcellaire sur les réels méfaits de cette pandémie sur leur public et sur la société de façon générale. Pour eux, il faudra encore du temps, et du recul, pour avoir de façon exhaustive les conséquences cliniques, socio-économiques et même structurelles de cette pandémie.

« Le premier confinement, il n'y a pas forcément eu beaucoup de soucis, mais en général, ça n'a pas été si mal vécu que ça, c'est plus la dernière là [le dernier confinement] de décembre, même si, la période hivernale a aussi joué. On a commencé à trinquer, ça surfait, ça revenait et ça repartait. Là on a commencé à recevoir des fiches "ma toux monte, etc.", là on s'est mis à s'inquiéter, on n'a pas encore beaucoup de signaux, on aura encore plus de retombées que ça sur le long terme parce que là, c'est encore frais ».

Entretien 1

« La Covid a eu toutes ces conséquences-là, d'isolement, d'obligation pour certaines personnes de se retrouver en télétravail, avec tout ce que ça peut générer dans un besoin et dans un intérêt de lien social... et on ne mesure pas encore, à mon avis, on va voir dans quelques mois et dans quelques années les conséquences sur les jeunes, sur les étudiants, les conséquences sociales, financières, morales, qui ont dû retourner, quand ils ont pu, vivre chez leurs parents. »

Entretien 11

La pandémie a eu des conséquences importantes sur l'équipe mobile comme d'ailleurs sur toutes les formations hospitalières et autres structures du médico-social. L'arrêt de l'accompagnement, consécutif aux différents confinements, a fait augmenter les consommations de ce public déjà en proie aux addictions. Si le premier confinement a été

majoritairement bien vécu, les autres confinements et surtout le deuxième ont été très difficiles en termes d'angoisses, de peurs, de violences physiques, etc. Si ces effets sont préalablement visibles et analysés primordialement sur les usagers, il faut aussi relever que les soignants et les professionnels intervenant dans le dispositif ont, eux aussi, évoqué des difficultés, principalement le télétravail, qui n'est pas compatible avec un travail d'accompagnement classique dans lequel la relation physique est une part centrale dans la prise en charge. L'autre difficulté rencontrée par les professionnels pendant cette pandémie a été la problématique du port masque, outil essentiel de la lutte contre la Covid-19, mais outil déshumanisant, défigurant et véritable frein à la relation « émotionnelle » entre l'utilisateur et le professionnel. Frédéric Keck¹⁵⁹ dans un ouvrage dirigé par Didier Fassin paru en 2022, intitulé *La société qui vient* écrit : « Si la pandémie est un phénomène de santé globale, ce qui conduit à observer l'ensemble des acteurs institutionnels en charge de définir et d'y remédier, elle est aussi un fait social total, car elle fait participer à une même séquence d'action des virus, des animaux, des médecins des États, des médias, des organisations internationales... »¹⁶⁰. La pandémie a été un fait social total qui a déstabilisé la structure de beaucoup de dispositifs dans l'espace du médico-social, allant jusqu'aux postures professionnelles les plus significatives.

¹⁵⁹ Frédéric Keck est un anthropologue et philosophe français.

¹⁶⁰ Keck Frédéric (2022), « Pandémie », in Didier Fassin (dir.), *La société qui vient*, Paris, Seuil, p. 98.

Chapitre 3 : Construction politique d'un vocabulaire du social.

1. Des dispositifs de réintégration sociale.

1.1. Réinsérer ou réintégrer ? Les seuils d'adaptabilités de TAPAJ.

Pour la sociologie, l'intégration sociale « désigne, au cours de la socialisation, l'acquisition et l'intériorisation des normes et des valeurs dominantes »¹⁶¹. Elle intègre une dimension d'apprentissage et d'incarnation pour l'individu, des normes et des valeurs de son groupe d'appartenance ou de la société dans laquelle il vit. Cette base définitionnelle ne souligne pas suffisamment les différentes équivoques dont ce processus a fait l'objet dans les sphères du social comme du politique, sa fertilité en sciences humaines et sociales en termes de recherches, mais aussi, son extension à d'autres domaines. Les travaux fondateurs d'Émile Durkheim sur la notion et le processus de l'intégration sociale¹⁶² démontrent son importance dans l'analyse des faits sociaux et des interactions entre individus dans une société. Durkheim souligne à ce propos, « l'aspect positif »¹⁶³ du processus d'intégration sociale pour l'individu : « Dans une société cohérente et vivace, il y a de tous à chacun et de chacun à tous un continuel échange

¹⁶¹ Dollo Christine (dir.) (2020), *Lexique de sociologie*, Paris, Dalloz, p. 223 (6^{ème} éd. : 2005).

¹⁶² Notamment sur la division sociale du travail (1893), et sur le suicide (1897).

¹⁶³ Steiner Philippe (2018), « IV. Le processus de socialisation », in Steiner Philippe (dir.), *La sociologie de Durkheim*. Paris, La Découverte, p. 45.

d'idées et de sentiments et comme une mutuelle assistance morale, qui fait que l'individu, au lieu d'être réduit à ses seules forces, participe à l'énergie collective et vient y reconforter la sienne quand elle est à bout »¹⁶⁴. Dans cette filiation durkheimienne sur l'intégration sociale on peut citer les travaux de Talcott Parsons et ceux de l'École de Chicago¹⁶⁵ sur le système social, mais aussi, ceux de Philippe Besnard qui va présenter « trois caractéristiques qui assurent l'intégration des individus à un groupe social : les individus doivent posséder une conscience commune et partager les mêmes sentiments, croyances et pratiques ; ils doivent être en interaction les uns avec les autres ; enfin, ils doivent se partager des buts communs. »¹⁶⁶

Les différentes dimensions de l'intégration sociale sont plurielles, comme le souligne Catherine Rhein : « Le terme d'intégration est utilisé en économie : la question se décline alors à différentes échelles, de celle des États-Nations pris dans la mondialisation à celle des jeunes, des femmes, des exclus du marché de l'emploi. L'intégration est une notion très utilisée en sociologie, dans des acceptions qui vont d'une conception très construite sur le plan théorique, en particulier chez Durkheim et à partir de lui, à des conceptions plus opératoires, qui concernent à peu près tous les champs du travail social. Enfin il existe aussi, et peut-être surtout, une dimension politique de l'intégration qui complète les deux autres dimensions. Elle rejoint la dimension économique, dans une acception géopolitique, mais qui peut aussi bien désigner la question de la citoyenneté, pour ce qui concerne particulièrement, en France, l'immigration. »¹⁶⁷ La dimension opposée à la dynamique intégrative est ce qui pourrait être formulé comme étant la « désintégration sociale », celle qui, par principe, est contraire à l'inclusion sociale « intégrale » que promeut l'intégration. Ces sociétés modernes ont été complètement bouleversées, les parcours de vie déstabilisés par une crise de l'emploi, comme le souligne tous les travaux relatifs à toutes ces *métamorphoses de la question sociale*. Ces bouleversements sociaux sont la conséquence d'une mutation du capitalisme¹⁶⁸ qui a été à l'origine d'une montée inexorable du chômage depuis les années quatre-vingt¹⁶⁹. Cette mutation du capitalisme a entraîné de fait, une crise de l'état providence¹⁷⁰. Une société

¹⁶⁴ Durkheim Émile (2013), *Le suicide, étude sociologique*, Paris, PUF, p. 224. (1^{ère} éd. : 1897).

¹⁶⁵ Thomas William, Znaniecki Florian (1958), *The polish peasant in Europe and America*, New York, Dover.

¹⁶⁶ Besnard Philippe (1987), *L'anomie*, Paris, PUF, p. 99.

¹⁶⁷ Rhein Catherine (2002), « Intégration sociale, intégration spatiale », *L'Espace géographique*, vol. 31, n° 3, pp. 193-207.

¹⁶⁸ Boltanski Luc, Chiapello Eve (1999), *Le nouvel esprit du capitalisme*, Paris, Gallimard.

¹⁶⁹ Paugam Serge (1991), *La disqualification sociale. Essai sur la nouvelle pauvreté*, Paris, PUF.

¹⁷⁰ Rosanvallon Pierre (1981), *La crise de l'État providence*, Paris, Seuil.

salariale¹⁷¹ révélera aux yeux de tous, une nouvelle forme de pauvreté : la précarité¹⁷². Cette précarité à son tour « désintègrera » les individus par une rupture de liens sociaux¹⁷³, et une déliaison sociale¹⁷⁴, les déclassera¹⁷⁵ en accentuant la fracture sociale par l'érection d'une société parallèle composée de personnes pauvres, au chômage, déclassés et surtout sujettes à toutes les pathologies psychiques que de telles situations peuvent entraîner. Le choix des notions et des concepts développés est important si on veut exprimer de façon pertinente ses idées. La notion de « réintégration sociale » illustre et envisage une différence déterminante d'avec la classique « réinsertion ». La réinsertion, dans nos politiques publiques, est une expression formelle qui n'appréhende que très mal les besoins de reconnaissance¹⁷⁶ et de sentiments d'appartenance à une communauté, à une société qu'expriment souvent les individus. La réinsertion a souvent par ailleurs un volet « injonctif »¹⁷⁷, coercitif, qui refuse d'appréhender les besoins et les envies les plus profondes des individus. Le Programme TAPAJ et l'équipe mobile Aller-Vers, de par les postures des professionnels et les philosophies d'accompagnements développées, sont de façon ontologique, des dispositifs de « réintégration sociale ». Ils accompagnent souvent des individus en rupture de tous liens sociaux, qu'il faut avant tout intégrer « de nouveau », une fois de plus, dans la communauté sociale.

Il y a, dans la philosophie du programme TAPAJ, une idée assez claire : celle de ne pas travailler primordialement sur l'adaptabilité de l'individu au dispositif, mais d'adapter le programme à ses capacités. Cette approche centrée sur une co-construction entre le professionnel et l'utilisateur intègre un niveau d'exigence relativement nul à l'entrée du dispositif. Le programme est formalisé pour être un outil qui se module, se modèle et s'adapte avec la situation présente de l'individu. Les outils comme l'entretien « côte à côte » permettent à l'individu de baisser les barrières classiques de la méfiance, des préjugés et de s'ouvrir, de se confier sur des thématiques diverses, d'intégrer de fait, une égalité dans la relation qui le lie au professionnel à l'intérieur de ce cadre. Ces seuils d'adaptabilités poussent inéluctablement à réinvestir, dans une approche critique, toutes les doctrines liées à l'accompagnement qui n'ont pour finalité que l'insertion, l'emploi. Car, comme le souligne André Chauvet, « si nous sommes uniquement focalisés sur

¹⁷¹ Castel Robert (1995), *Les métamorphoses de la question sociale*, Paris, Fayard.

¹⁷² Duvoux Nicolas (2012), *Le nouvel âge de la solidarité. Pauvreté, précarité et politiques publiques*, Paris, Seuil.

¹⁷³ Paugam Serge (2009), *Le lien social*, Paris, PUF.

¹⁷⁴ Karsz Saül (dir.) (2013), *L'exclusion, définir pour en finir*, Malakoff, Dunod.

¹⁷⁵ Maurin Eric (2009), *La peur du déclassement : une sociologie des récessions*, Paris, Seuil.

¹⁷⁶ Honneth Axel (2013), *La lutte pour la reconnaissance*, Paris, Gallimard (1^{ère} éd. : 1992).

¹⁷⁷ Duvoux Nicolas, Paugam Serge (2008), *La régulation des pauvres*, Paris, PUF.

les effets d'impact (insertion, emploi), [l'accompagnement] peut être logiquement mobilisé pour aider à identifier une solution [...]. Mais on pressent désormais les limites de l'exercice. L'insertion est multifactorielle et ne se résume pas à de simples ajustements de marché, dans un réductionnisme offres/demandes qui laisse parfois tétanisé devant la naïveté »¹⁷⁸. L'accompagnement dans le dispositif TAPAJ illustre ce besoin de « ré-interrogation » de la finalité du suivi des individus. Le *step by step* offre une évolution par marche-pied successif dans une approche globale qui cherche prioritairement à travailler de façon profonde et à plusieurs niveaux (santé, autonomie, volet professionnel, logement, difficultés sociales, etc.), sur ce qui est parfois problématique dans la vie de ces individus. Tout est envisagé et schématisé dans le programme TAPAJ pour permettre à l'individu de sortir du dispositif, non pas avec un emploi à tous les prix, mais, d'envisager une sortie du dispositif avec une autonomie qui lui permet de réinvestir toutes les sphères de la vie sociale qui lui avaient jusqu'ici fait défaut. Même si, comme le souligne Nicolas Duvoux, nos sociétés ont développé une « injonction à l'autonomie »¹⁷⁹ [...] « la responsabilité individuelle est alors invoquée pour lutter contre les prétendus effets de la désincitation au travail et de la dépendance à l'aide publique de l'assistance non contributive. »¹⁸⁰ Cette autonomie est différente d'une autonomie imposée, dictée par des politiques d'insertion. Elle se laisse saisir en délaissant tous les aspects d'impositions sociales, d'injonctions, etc., et en octroyant à l'individu la liberté de s'approprier ou encore de se réapproprier ce qui fait sens dans sa vie et dans son équilibre avec les autres : « Devenir quelqu'un » comme le souligne ce « Tapajeur » :

« Des sous, du travail, devenir quelqu'un, avoir l'espoir de faire quelque chose de ma vie. C'est pour ça que je suis là. Je suis trop fier de ça. »

Entretien 2 (TAPAJ)

Les seuils d'adaptabilités du programme TAPAJ sont un outil au service d'une réintégration globale d'individus souvent en quête d'un équilibre qui n'est pas que professionnel. Par ailleurs, la dialectique de la réinsertion sociale est souvent une dialectique coercitive¹⁸¹, une dialectique

¹⁷⁸ *Op. cit.*, p. 84.

¹⁷⁹ Duvoux Nicolas (2008), *L'injonction à l'autonomie. L'expérience vécue des politiques d'insertion*, Thèse de doctorat de sociologie de l'EHESS, Paris.

¹⁸⁰ Duvoux Nicolas (2009), *L'autonomie des assistés. Sociologie des politiques d'insertion*, Paris, PUF, p. 2.

¹⁸¹ Cabanel Guy-Pierre (2002), « Entre exclusion et réinsertion », *Revue Projet*, vol. 269, n° 1, pp. 45-53.

post-carcérale très médiatique et portée par des politiques qui cherchent à insérer de nouveau les mauvais citoyens ayant été en dehors de la société par un passage en prison, parfois dans un hôpital psychiatrique. La réinsertion est appréhendée ici comme une seconde chance qui permet à ces individus de marquer leur gratitude à la société en retrouvant principalement un emploi, et surtout une vie dite normale.

1.2. Une grammaire de l'intégration : la VAD de l'équipe mobile Aller-Vers.

La visite à domicile, comme souligné plus haut, est l'une des innovations de la doctrine de l'*Aller-Vers*. Elle vient en rupture totale avec toutes les autres formes d'accompagnement classiques qui mettaient au cœur de la démarche d'accompagnement, une approche centrée sur l'institution et sur le savoir du professionnel comme modalité inamovible de résolution de toutes les problématiques liées à l'insertion de l'individu. Ces approches n'envisageaient pas de trouver à l'intérieur de l'individu les ressorts essentiels, nécessaires à son bien-être et ceux de son intégration sociale. Ces approches étaient dans la négation de ce que Yves Lochard appelle les « *savoirs expérientiels* »¹⁸², une sorte de promotion de l'expérience qui envisage de déplacer la focale dans la relation qui lie l'utilisateur au professionnel, en faisant le choix de ne pas l'orienter sur le savoir théorique du professionnel. Mais sur le *développement d'un pouvoir d'agir*¹⁸³ de l'utilisateur, qui sort le professionnel d'un rôle d'exécutant, à celui de cocréateur du changement. « *Une des forces principales de la valorisation des forces de l'expérience réside dans sa capacité à sortir l'intervenant du rôle d'exécutant dans lequel on tend à le cantonner pour le replacer dans un rôle de cocréateur du changement.* »¹⁸⁴

Les déplacements à domicile de l'équipe mobile Aller-Vers du CSAPA 37, participent de cette volonté d'intégrer l'individu dans l'accompagnement dont il fait l'objet. Il est par ailleurs, celui qui en définit la temporalité et le cadre d'exécution de cet accompagnement. La VAD vient illustrer cette démarche de réappropriation par l'individu, de « sa vie », mais aussi, la volonté

¹⁸² Lochard Yves (2007), « L'avènement des « savoirs expérientiels » », *La Revue de l'Ires*, vol. 55, n° 3, pp. 79-95.

¹⁸³ Le Bossé Yann (2004), « De « l'habilitation » au « pouvoir d'agir » vers une définition plus circonscrite de la notion d'empowerment », *Nouvelles pratiques sociales*, vol.16, n° 2, pp. 30-51.

¹⁸⁴ Le Bossé, Yann et al. (2006), « Les savoirs expérientiels : un outil d'affranchissement potentiel au service du développement du pouvoir d'agir des personnes et des collectivités. », *Revue des sciences de l'éducation*, vol. 32, n° 1, p. 189.

de l'accompagnateur de n'être qu'un « passeur »..., « [...] il fait juste en sorte que l'obstacle que vous avez devant vous soit dépassé. »¹⁸⁵ C'est dans cette idée d'assistance ¹⁸⁶ que l'équipe mobile Aller-Vers envisage les visites à domicile

« L'une des différences en tout cas, c'est sur la possibilité pour ces personnes-là, ou c'est parfois même un choix de leur part, de ne pas aller dans un lieu de consultation dédié et connu de type CSAPA, sur lequel on vient évidemment dans un bureau au sein d'une institution et d'un service. Là, la principale différence c'est que, ça se fait au domicile de la personne et que, c'est elle qui nous reçoit chez elle et c'est nous qui devons-nous adapter à son univers, à ses envies et c'est elle qui fixe les règles par rapport à ça. Il nous est arrivé parfois de faire des entretiens dans un coin du canapé, parce qu'il n'y avait pas de possibilité de s'asseoir ou que la personne ne voulait pas nous recevoir chez elle, ou encore, parce qu'elle était trop en prise avec ses préoccupations d'ordre psychiatriques éventuelles, ou sociales. Et, du coup, c'est vrai que c'est une tout autre rencontre qui se fait, et en plus, nous, le cadre que nous avons, c'est d'aller à deux personnes. C'est à la fois un confort, mais aussi, une nécessité en même temps pour la personne qui nous reçoit, c'est d'accueillir deux personnes chez elle. »

Entretien 11

Dans une vision classique des politiques d'insertion et toute la panoplie de dispositifs qui peuvent en découler, l'objectif n'est pas souvent d'aller au rythme de l'individu, ou encore de travailler par exemple sur les freins à son insertion par le travail, sur son mal-être au travail, sur ses exigences en termes d'épanouissement etc. Il s'agit de l'insérer coûte que coûte, dans l'ignorance de sa volonté. Il n'est donc pas question pour le travailleur social de faire un continuum de son travail d'accompagnement par des visites à domicile. Il y a un cahier de charges à respecter, et une formalisation contractuelle de cet accompagnement à finalité

¹⁸⁵ Le Bossé Yann (2017), *Sortir de l'impuissance volume 2 : Aspects pratiques*, Québec, Ardis, p. 20.

¹⁸⁶ Celui qui assiste, qui vient en aide ponctuellement.

« insertive »¹⁸⁷. Or, l'insertion par le travail apparaît de plus en plus problématique¹⁸⁸, parce qu'elle occulte les véritables freins à l'employabilité (âge, sexe, niveau d'études, origine sociale, santé, stigmatisation, disqualification sociale, manque de qualifications, stress, bien-être au travail, *Burn-out*¹⁸⁹, etc.). Mais aussi, le chômage presque structurel de nos sociétés, un chômage « [...] caractérisé par l'ennui, la désocialisation, l'humiliation »¹⁹⁰, que Dominique Schnapper, dans ses typologies d'expérience du chômage appelle : « *chômage total* »¹⁹¹. Cette insertion devient de fait, une insertion forcée, et imposée. Les dispositifs TAPAJ et l'équipe mobile Aller-Vers, par cette philosophie d'accompagnement qui ne se focalise pas sur un aspect unique (l'emploi), mais sur un accompagnement intégral, travaillant sur des thématiques multifactorielles de la vie des individus, sont à ce titre des dispositifs de « réintégration sociale » qui ciblent prioritairement bien au-delà d'une réinsertion professionnelle, une réintégration des individus dans la société des hommes.

2. La problématique d'une réinsertion « forcée ».

2.1. Une dialectique prescriptive.

Dans un texte, Armand Hatchuel classe ce qu'il va appeler « *l'intervention du prescripteur* »¹⁹² : il distingue trois types de prescriptions : la prescription de fait, la prescription technique et la prescription du jugement. Cette prescription plurielle exige pour sa réalisation, au moins deux modèles de relation d'échange. La relation organique et la relation « savante ».

Cette réflexion sur l'existence d'un marché de prescripteurs au niveau de l'insertion sociale des individus sera reprise par Léa Lima dans son enquête sur la pauvreté des jeunes et les différents

¹⁸⁷ Appréhendé ici dans le sens « d'insertion ».

¹⁸⁸ Siino Corinne (1997), « Quelques éléments sur les difficultés d'insertion professionnelle des jeunes sans qualification dans l'agglomération toulousaine », *Strates* [En ligne], 9. [Mis en ligne le 19 octobre 2005, consulté le 30 juillet 2023]. URL : <http://journals.openedition.org/strates/615> ; DOI : <https://doi.org/10.4000/strates.615>.

¹⁸⁹ La HAS (Haute Autorité de Santé) reprenant le travail de Wilmar Schaufeli et Esther Greenglass, définit le *Burn-out* qui est un anglicisme, comme étant un « *épuisement physique, émotionnel et mental qui résulte d'un investissement prolongé dans des situations de travail exigeantes sur le plan émotionnel.* »

¹⁹⁰ Paugam Serge, Duvoux Nicolas (2008), *La régulation des pauvres*, Paris, PUF, p. 37.

¹⁹¹ Schnapper Dominique (1981), *L'épreuve du chômage*, Paris, Gallimard.

¹⁹² Hatchuel Armand (1995), « les marchés à prescripteurs : crises de l'échange et genèse sociale », in Jacob A., Vérin H (dir.), *l'inscription sociale du marché*, Paris, L'Harmattan, pp. 205-225.

aspects de leur insertion sociale par Fonds d'aide aux jeunes (FAJ). Elle constate un monopole dans la prescription de certains dispositifs (PAIO : Permanences d'accueil d'information et d'orientation, Missions locales) dans la formation professionnelle des jeunes. Ce constat va au-delà de ce monopole de la prescription, mais s'enracine encore plus dans ce qu'elle appelle le « positionnement » : « Ainsi les demandes d'aides financières sont à la fois instruites et recommandées par les professionnels de l'insertion pour que les commissions d'attribution des aides, qui comptent parmi leurs membres des représentants des missions locales, puissent statuer. Il est difficile pour un jeune de présenter une demande d'aide financière pour sa subsistance, pour se former ou pour se loger sans avoir reçu un blanc-seing d'un conseiller d'insertion en mission locale. »¹⁹³ Cette conditionnalité « insertionnelle » dans la mise en marche de la solidarité publique à l'encontre des jeunes précaires dans le cas du FAJ dénote d'une idéologie de stigmatisation d'un *éthos*, celui de l'assistanat. Mais bien plus que cela, il est révélateur d'une doctrine de la solidarité avec ses normes, des normes de prescription de l'insertion par l'emploi, et, comme le montre Léa Lima, d'une certaine conception de la citoyenneté sociale des individus. Le contrat d'insertion est souvent un contrat d'obligation d'une formation professionnalisante ou d'un emploi. Ce processus d'intégration sociale par l'emploi n'est pas toujours orienter vers la quête de la réalisation des besoins et des envies de l'individu, c'est un discours d'obligations et de prescriptions d'une trajectoire sociale qui n'a pas été élaborée et pensée par l'individu lui-même. Le constat final de ce discours normatif et prescriptif est l'échec de la majorité de ces parcours d'insertion comme le souligne Nicolas Duvoux : « Face à cette pauvreté disqualifiante, la société française s'est rassemblée autour de la notion d'insertion. Le consensus s'est organisé autour de l'idée que la solidarité nationale devait pallier le mieux possible la crise des mécanismes assurantiels, faute d'une mise à plat de l'ensemble du système de protection sociale. Il est frappant de constater à quel point l'« insertion » et presque tous les termes utilisés pour mettre en forme cette notion sont devenus péjoratifs malgré leur ambition de réhabilitation symbolique de ceux qu'ils visaient. [...] En effet, les observateurs ont rapidement pris conscience qu'elle n'était pas un tremplin vers le marché du travail ou une autre forme d'intégration sociale, mais bien plutôt un état indéterminé et durable. Et c'est pourquoi l'on parle aujourd'hui de l'échec de l'insertion comme d'une évidence. »¹⁹⁴ Toute la rhétorique française sur l'insertion a été une rhétorique de prescription

¹⁹³ *Op. cit.*, Lima Léa, 2015, p. 47.

¹⁹⁴ *Op. cit.*, pp. 49-50.

et d'imposition d'une norme : la norme d'une autonomisation de ceux qui sont souvent catégorisés comme étant des assistés.

2.2. L'autonomie comme norme.

Pour Pierre Bréchon : « *La place de l'individu comme acteur autonome, comme personne ayant prise sur sa vie devient centrale. On passe d'une situation où les individus étaient contraints, sous dominations diverses et variées, à une situation où les personnes sont davantage maître de décider de leur devenir.* »¹⁹⁵ Si, proclamer la fin des dominations peut paraître assez présomption et fragile, il faut admettre une évidence dans les propos de Pierre Bréchon : l'injonction permanente à l'autonomie. Une autonomie qui n'est pas toujours recherchée par ceux qui l'a prescrive pour l'épanouissement des individus, mais, une autonomie qui est avant tout un *patchwork* hétéroclite, qui sert prioritairement à mettre en avant la responsabilité individuelle dans les différents parcours de vie des personnes. « *La responsabilité individuelle est alors invoquée pour lutter contre les prétendus effets de la désincitation au travail et de dépendance à l'aide publique de l'assistance non contributive.* »¹⁹⁶, les individus sont continuellement en famille, à l'école, au travail, en société, incités et enjoins à être plus autonomes, sauf que cette autonomie n'est pas une « autonomie » dont l'objectif final est la littératie¹⁹⁷. Cette dernière qui participe à la maîtrise par l'individu de tous les outils de son environnement, pour construire son bien-être.

L'autonomie, convoquée dans les politiques publiques, est une invocation permanente à la responsabilité individuelle. Cette autonomie est en réalité une volonté de justifier les échecs individuels dans les trajectoires de vies, avec non pas, la responsabilité collective, qu'elle soit étatique, sociétale, ou sociale, mais de dire aux individus : « *le seul responsable de ton échec, c'est toi* » Cette « injonction à l'autonomie », Elle est aussi développée pour lutter contre ce qui est souvent présenté comme l'*éthos* d'une classe : « les assistés ». Ceux que Nicolas

¹⁹⁵ Bréchon Pierre (2002), « Les individualismes en Europe », *Projet*, n°271, p. 54.

¹⁹⁶ *Op. cit.*,

¹⁹⁷ La littératie qui est un anglicisme est définie en lien avec l'illettrisme. La littératie est la capacité ou l'aptitude à lire, à comprendre et à utiliser une information écrite. En santé publique cette aptitude est utilisée pour atteindre des objectifs personnels et en vue d'étendre ses connaissances ou d'améliorer sa santé. L'autonomie devient donc un outil au service de la littératie des individus.

Duvoux¹⁹⁸ appelle « les bénéficiaires de l'assistance publique » : « *Au contraire, les personnes qui reçoivent une assistance de la collectivité sont soumises à une véritable " injonction à l'autonomie " . Celle-ci est le produit d'une transformation récente de la relation de la société à la pauvreté ainsi que les instruments qu'elle met en œuvre pour lutter contre ce phénomène. Elle réactive néanmoins une dialectique de l'assistance, indépassable dans un régime démocratique qui protège l'individu mais qui cherche également à le reconnaître comme responsable en tant que personne à part entière.* »¹⁹⁹ L'autonomie s'apparente, à ce niveau, à une suresponsabilité de l'individu en vue de mieux le rendre responsable de ce qui lui arrive, celui-ci doit être l'entrepreneur de sa vie. Le « projet moderne »²⁰⁰ a pour pierre angulaire, comme le souligne Nicolas Duvoux, « *le développement de l'exigence d'autonomie individuelle* »²⁰¹. La modernité, sous cette acception, s'est développée autour de cette conditionnalité de l'autonomie individuelle. La société a été construite autour de cette norme qui est l'empan de notre intégration sociale. L'autonomisation réelle des individus, quand elle est recherchée pour les valoriser, pour reconnaître leurs singularités et leur capacité à penser de façon autonome leur devenir, n'est plus une norme, n'est plus une imposition liée à l'autocontrôle des individus²⁰². Cependant, la constante et la permanence dans les politiques publiques d'une idéologie sur l'autonomie des individus, ne rime pas avec cette autonomie qui recherche les réelles aspirations des personnes, et qui libère de façon profonde les individus. Elle est développée pour réinsérer la plupart du temps par l'emploi, et de façon imposée des individus qui sont le plus souvent en quête d'une reconnaissance sociale et d'une place dans une société qui a fait de « *la lutte des places* »²⁰³ un critère de reconnaissance sociale et un inconditionnel indicateur de réussite sociale. Les travaux de Dominique Lhuilier démontrent²⁰⁴ que l'organisation du travail crée de l'isolement, mais surtout une auto-culpabilité des individus sur leur capacité à ne pas être ou se sentir complètement autonome. Ces conclusions sont une analyse des observations participantes recueillies dans le cadre des enquêtes de terrain sur le dispositif TAPAJ, et dans le suivi des professionnels intervenant de l'équipe mobile Aller-Vers. L'enjeu sur l'autonomie de ces professionnels était capital, de telle sorte qu'ils l'exprimaient sous une forme d'auto-culpabilisation et d'auto-flagellation : « *Si je ne suis pas autonome, c'est*

¹⁹⁸ *Op. cit.*,

¹⁹⁹ *Op. cit.*, p. 3.

²⁰⁰ Rosanvallon Pierre (2006), *La contre-démocratie, la politique à l'âge de la défiance*, Paris, Seuil.

²⁰¹ *Op. cit.*, p. 13.

²⁰² Élias Norbert, (1973), *La civilisation des mœurs*, Paris, Calmann-Lévy (1^{ère} éd. : 1939).

²⁰³ De Gaulejac Vincent, Taboada-Leonetti Isabel (1994), *La lutte des places*, Paris, DDB.

²⁰⁴ Lhuilier Dominique (2007), *Les cliniques du travail*, Toulouse, Érès.

de ma faute, je n'y arrive pas etc. ». Le « *one best way* »²⁰⁵ est cette attente normalisée, robotisée, du travail à effectuer qui réduit et place les individus dans un rôle passif de simples exécutants.

3. La réintégration et l'intégration comme « reconnaissance sociale » dans le programme TAPAJ et l'équipe mobile Aller-Vers.

3.1. L'interaction : moteur principal de l'intégration.

L'interaction sociale désigne, « *tantôt un processus, tantôt un objet, et tantôt un point de vue, une manière de concevoir et d'appréhender les phénomènes.* »²⁰⁶ Marc Edmond et Dominique Picard suggèrent part ailleurs, une « *dispersion sémantique* »²⁰⁷ de cette notion. Pour eux, « l'interaction sociale » est « *une relation interpersonnelle entre deux individus au moins par laquelle les comportements de ces individus sont soumis à une influence réciproque, chaque individu modifiant son comportement en fonction des réactions de l'autre.* »²⁰⁸ Elle doit être complétée par l'exigence de coprésence : « [l'interaction en tant qu'] *objet à étudier se laisse identifier : il s'agit de cette classe d'évènements qui ont lieu lors d'une présence conjointe et en vertu de cette présence conjointe* »²⁰⁹. Ce concept, introduit par l'École de Chicago avec Robert Ezra et Ernest Burgess sera repris par Talcott Parsons²¹⁰ et par Howard Becker dans ses travaux sur la déviance. Mais ce sont véritablement les travaux d'Erving Goffman qui vont placer ce concept au centre d'un nouveau courant théorique. C'est dans cette idée goffmanienne d'interaction en coprésence qu'il faudrait appréhender l'interaction sociale qui sera analysée ici.

Talcott Parsons considérait déjà l'interaction comme étant le fondement même de la cohésion sociale. Elle remplit à ce titre une fonction d'intégration sociale déterminante. Les individus bénéficiaires des dispositifs TAPAJ, et de l'équipe mobile Aller-Vers sont souvent, comme nous

²⁰⁵ Littéralement « la meilleure façon » de faire, de produire. Cette idée est développée dans le taylorisme.

²⁰⁶ Edmond Marc, Picard Dominique (2016), « Interaction », in Barus-Michel Jacqueline (dir.), *Vocabulaire de psychosociologie. Références et positions*, Toulouse, Érès, p. 192.

²⁰⁷ *Ibid.*, Edmond & Picard, 2016, p. 191.

²⁰⁸ *Ibid.*, Edmond & Picard, 2016, p. 192.

²⁰⁹ Goffman Erving (1974), *Les rites d'interaction*, Paris, Minit. p. 7.

²¹⁰ Notamment ses travaux sur la cohésion sociale dans lesquels, l'interaction est analysée comme le fondement de la cohésion sociale.

l'avons vu, des individus en désinsertion sociale, exclus, vulnérables, sujets à la stigmatisation, précarisés et souffrants de « déliaison sociale ». Ces individus souffrent en réalité avant tout, d'une absence manifeste de liens sociaux et d'interactions sociales. Les différentes ruptures et discontinuités dans les parcours de vie, les pathologies addictives, le « stigmatisme » social²¹¹, ont entamé de façon profonde la dignité, l'estime de soi, le respect de soi et la confiance en soi de ces individus, souvent relégués socialement au rang d'assistés, d'alcooliques ou encore, par la pratique de la manche²¹², en personnes sans domicile fixe (SDF), sales, etc. Tous ces aspects sont liés à ce qu'Axel Honneth, dans les trois formes sociales du mépris²¹³, appelle, la « *dépréciation sociale* », c'est cette dernière qui est à l'origine des « *sources de la honte* »²¹⁴, une honte souvent ressentie par ces personnes.

La réintégration sociale des individus suggère et envisage la réactivation de façon primordiale des interactions entre individus. C'est dans ce sens que les outils pédagogiques des deux dispositifs étudiés, proposent de façon systématique une « reconnexion » à la société par la VAD (dans le cas de l'équipe mobile Aller-Vers), et par « l'entretien côte à côte » et les différents chantiers de TAPAJ dans lesquels la mise en place d'interactions pendant le travail de chantier vise prioritairement à renouer et à « reconnecter » des individus souvent « déliés » et « déconnectés » de l'espace social.

Maurice Godelier édicte cinq préconditions à l'existence et à la nature humaine : « *la première précondition, un individu n'est jamais à l'origine de lui-même [...] Deuxième précondition, un individu ne survit pendant les premières années de son existence que grâce aux soins d'autres humains, [...] Troisième précondition, un individu naît toujours à une époque et au sein d'une société qu'il n'a pas choisie. [...] Quatrième précondition, [...] il comprend d'abord puis parle ensuite la langue utilisée par ses parents. [...] Cinquième précondition, un individu naît et grandit dans un groupe [...] il appartient à un groupe social (clan, une caste, une classe sociale) marqué d'un statut plus ou moins positif ou négatif au sein de sa société.* »²¹⁵ La cinquième précondition de l'existence, selon Godelier, intègre naturellement, par la naissance,

²¹¹ Goffman Erving (1975), *Stigmatisme*, Paris, Minuit (1^{ère} éd. : 1963).

²¹² Le public de TAPAJ, initialement, était à Bordeaux (ville initiatrice du projet en France) un public composé de mouvements skinhead, de jeunes à punk avec des chiens et qui pratiquaient au quotidien la manche pour survivre.

²¹³ Honneth Axel (2002), *La lutte pour la reconnaissance*, Paris, Le Cerf.

²¹⁴ De Gaulejac Vincent (2015), *Les sources de la honte*, Paris, Seuil.

²¹⁵ Godelier Maurice (2019), *Fondamentaux de la vie sociale*, Paris, CNRS Éditions. pp. 22-24.

un individu au sein d'une société dans laquelle il vit et dans laquelle son sentiment d'appartenance conditionne son intégration sociale et sa « reconnaissance » devant ses pairs. « [Les individus] doivent être en interaction les uns avec les autres »²¹⁶ pour être socialement intégrés. L'interaction sociale est l'élément moteur du processus d'intégration des individus ou, mieux, du processus de « réintégration » sociale des individus.

3.2. De la conscience commune au sentiment d'appartenance et à la réintégration sociale.

L'étude de l'intégration sociale est aussi, avant tout, l'étude de l'exclusion sociale. « On n'existe plus », refrain devenu récurrent dans nos sociétés qui traduit en réalité la peur d'un déclassement : « Déclassement : le mot est aujourd'hui sur toutes les lèvres. Il désigne un phénomène de rupture qui conduit un individu à perdre sa position sociale. »²¹⁷ Cette peur du déclassement est consécutive, d'après Éric Maurin, à « l'émergence d'une société à statut »²¹⁸, d'une société de places²¹⁹ à l'intérieur de laquelle il faut lutter pour sa place.

L'approche de Michel Autès dans une ultime visée définitionnelle de l'exclusion²²⁰, est assez originale. Il relève ce qu'il appelle « les trois figures de la déliaison » ce n'est pas tant ce qu'il relève qui est en particulier important, mais c'est surtout le plan focal à partir duquel il envisage de le faire : « Comment parle-t-on de l'exclusion sociale ? Que met-on en forme dans la réalité sociale quand on emploie ce terme ? »²²¹ Cette approche apporte un élément nouveau : celui de « l'altérité », de la place et du regard de « l'autre », des « autres » dans la signification de sa vie et de sa place dans l'espace social.

Anderson Benedict²²², Jürgen Habermas, Eric Hobsbawm²²³, ou encore Ernest Gellner²²⁴, appréhendent dans leurs définitions d'une nation, la dimension immatérielle, la dimension

²¹⁶ *Op. cit.*, Besnard, 1987, p. 99.

²¹⁷ *Op. cit.*, Maurin, 2009, p. 5.

²¹⁸ *Op. cit.*, Maurin, 2009, p. 11.

²¹⁹ *Op. cit.*, De Gaulejac & Taboada Léonetti, 1994.

²²⁰ *Op. cit.*, Karsz (dir.), 2013.

²²¹ *Op. cit.*, Karsz (dir.), 2013, p. 1.

²²² Anderson Benedict (1996), *L'imaginaire national. Réflexions sur l'origine et l'essor du nationalisme*, Paris, La Découverte (trad. de l'angl. par Pierre-Emmanuel Dauzat).

²²³ *Op. cit.*, Hobsbawm, 1990.

²²⁴ Gellner Ernest (1989), *Nation et nationalisme*, Paris, Payot.

morale et imagée, ils parlent de la nation comme d'un « imaginaire collectif », d'une « communauté de destin ». « *D'origine romantique, le concept de nation, qui voit dans celle-ci une communauté de culture et de destin...* »²²⁵. Les sociétés sont le « siège » immatériel d'une communauté unie par des croyances communes et par des liens sociaux intangibles et inaliénables. Cette intangibilité de liens entre individus à travers la vie sociale, à travers l'emploi, le travail, la sphère publique et privée, la famille, l'école, la spiritualité, etc., est ce qui construit cette « communauté imagée », et ce sentiment d'appartenance à une société égalitaire et solidaire. C'est au travers de toutes ces significations et toutes ces interprétations que les individus peuvent se projeter et peuvent se sentir appartenir à une même famille, à une même communauté et à participer à cette « communauté de destin ».

L'évidence d'une destinée partagée, n'est plus un sentiment ressenti par tous depuis la mutation et la transformation de la question sociale qui est passée, du bouleversement de l'organisation du travail (passant d'un chômage conjoncturel à un chômage pandémique), à une nouvelle question sociale tournant aujourd'hui autour de l'institutionnalisation d'une nouvelle classe sociale : le précarat²²⁶. La caractéristique de ces personnes précarisées est la rupture des liens et la déconnexion à la société à laquelle ils appartiennent. S'ensuit, un processus qui, à son terme, produit ce que Saül Karsz appelle l'exclusion sociale.

Le dilemme est profond, car, comment ressentir cette « communauté de destin » quand les « destins » des autres, ces autres qui sont censés être comme « soi-même », sont des destins meilleurs en comparaison à soi-même ? Comment définir ce rapport à l'appartenance commune, quand la perte d'un emploi peut exclure *de facto* de la communauté ? Comme le souligne Paul Ricœur : « *L'autre n'est pas seulement la contrepartie du même, mais appartient à la constitution intime de son sens.* »²²⁷ L'altérité dans cette perspective devient productrice de « sens ». La vie a un sens, une signification par la reconnaissance des autres comme miroir de notre commune humanité. En l'absence de partage de cette conscience commune qui relie les individus d'une même société par l'entregent des interactions et des liens sociaux, la vie des personnes se délite et perd tout enjeu de signification. C'est essentiellement dans cette

²²⁵ Habermas Jürgen (2014), *L'intégration républicaine. Essai de théorie politique*, Paris, Pluriel, p. 9.

²²⁶ Paugam Serge, Vendramin Patricia (2020), « 24. Le précarat, une nouvelle classe sociale ? », in Paugam Serge (dir.), *50 questions de sociologie*. PUF, pp. 243-251.

²²⁷ Ricœur Paul (1990), *Soi-même comme un autre*, Paris, Seuil, p. 380.

perspective de sens et de signification de la vie qu'il faut penser l'intégration sociale en priorité, pour pouvoir apprivoiser et comprendre ce besoin dans la vie des individus. « *Les individus s'orientent dans la vie sociale grâce à leur capacité à en déceler les significations.* »²²⁸

La notion de l'intégration s'appréhende aussi au niveau inclusif. À la différence de la notion de l'insertion qui peut avoir un aspect coercitif (on insère !), l'inclusion va se laisser saisir dans une approche intégrale, une approche qui vise prioritairement et principalement à faire de l'autre une part non aliénable d'un « tout ». « *Inclure ici ne signifie pas enfermer dans une identité ou se refermer sur l'autre. « Inclure l'autre » signifie plutôt que les frontières de la communauté sont ouvertes à tous, y compris et précisément à ceux qui sont des étrangers les uns pour les autres, et souhaitent le rester.* »²²⁹ L'inclusion s'avère décisive dans le sentiment d'appartenance des individus, et dans les différentes dynamiques processuelles à l'œuvre dans l'intégration sociale des individus.

²²⁸ Berger Peter, Luckmann Thomas (1992), *La construction sociale de la réalité*, Paris, Armand-Colin (1^{ère} éd. : 1966).

²²⁹ *Op. cit.*, Habermas, 2014, p. 8.

Conclusion partielle.

L'objectif de cette première partie était de présenter dans une approche descriptive, le fonctionnement et la fabrique des dispositifs TAPAJ et l'équipe mobile Aller-Vers. Nous avons d'abord décrit le dispositif TAPAJ d'origine canadienne, aujourd'hui déployé dans près de 65 villes en France. TAPAJ est intégré à la stratégie nationale de lutte contre la pauvreté du gouvernement. Ce dernier aspect témoigne de la pertinence de son approche, une approche globale et pluridimensionnelle, fusionnant les sphères médicales, sociales et psychologiques. Le dispositif se déploie avec la création originale de différents partenariats impliquant des municipalités, des associations, des institutions, des entreprises et même des fondations privées. Ensuite, l'équipe mobile Aller-Vers qui est administrativement beaucoup plus située dans la sphère médicale, elle est avant tout une réponse conjoncturelle à l'absence de structures médico-psychologiques dans le champ de l'addiction en Indre-Et-Loire. Elle est rattachée au CSAPA 37 et se présente comme un dispositif de réorientation en addictologie.

La description faite de ces deux dispositifs fait ressortir quelques similitudes et quelques points communs que nous voulons relever. `

Le premier a trait à la santé et plus précisément à l'addiction aux SPA. TAPAJ en France s'est développé dans un objectif sanitaire de RdR au niveau de l'addictologie (consommations alcooliques, tabagiques, cannabis, cocaïne, héroïne, etc.) en association avec des CSAPA et des CAARUD. L'équipe mobile Aller-Vers est un dispositif de réorientation en addictologie située dans un CSAPA.

Le second aspect est relatif au positionnement institutionnel. Les deux dispositifs sont des dispositifs du médico-social.

Le dernier aspect est lié à la philosophie d'accompagnement. Comme nous l'avons vu, L'Aller-Vers est avant tout, une philosophie d'accompagnement qui se décentre des théories classiques d'accompagnement. L'innovation de L'Aller-Vers est primordialement de considérer l'espace thérapeutique comme un lieu mouvant que l'institution hospitalière ne peut inconditionnellement imposée. Cette philosophie présente la relation entre le

professionnel et l'usager comme une relation égalitaire : la psychologue de TAPAJ qui travaille dans un chantier à côté spatialement d'un Tapajeur, ou encore l'infirmier psychiatrique de l'équipe mobile Aller-Vers qui se déplace pour des visites à domicile. Cette égalité n'est pas seulement relative à un déplacement spatial du professionnel, ce déplacement est aussi visible dans l'attitude et dans l'état d'esprit, celui qui consiste à considérer l'usager comme acteur de sa propre santé et comme détenteur de cette expertise expérientielle qui le place dans cette relation comme le véritable détenteur du « savoir » de sa vie et de sa maladie. C'est en définitive, cette dynamique de co-construction qui rend singulière la philosophie de L'Aller-Vers.

Ces deux dispositifs sont par ailleurs complémentaires dans notre étude. TAPAJ est un dispositif dédié aux jeunes, alors que l'équipe mobile Aller-Vers va brasser une population de personnes beaucoup plus âgées même si, dans les deux cas il n'est pas rare de trouver des exceptions. L'équipe mobile Aller-Vers a une vocation à aller vers un public rural, alors qu'*a contrario*, TAPAJ est un dispositif avec un public plutôt urbain et périurbain.

Le dernier chapitre de cette première partie a voulu saisir les deux dispositifs comme des dispositifs d'intégration sociale et non comme des programmes classiques d'insertion. L'échec de l'insertion dans notre société, est consécutif à cette volonté d'intégrer les individus par l'emploi en éludant les véritables freins à l'employabilité des individus. L'intégration est une notion beaucoup plus inclusive qui cherche prioritairement à « recréer » le lien brisé, à « remettre en état » des individus accédant à ce type de dispositifs, parce que précarisés, déconnectés de la réalité sociale, déliés et en rupture parfois totale de tout lien social. La notion de travail devient donc essentielle dans la suite de notre analyse, car comme le note Vincent de Gaulejac, elle est à l'origine de la colère²³⁰ qui gronderait de plus en plus dans les sociétés modernes. Elle est aussi, à l'initiative dans ce qui va définir la perception de la réussite sociale que les individus peuvent intérioriser. Le travail va construire dans les organisations des cadres de perceptions, des « économies morales » qui vont agir comme des fusibles sociaux empêchant la « surchauffe », cette surchauffe responsable de la maladie éponyme (*Burn-out*) qui fragilise la santé des individus.

²³⁰ De Gaulejac Vincent (2011), *Travail, les raisons de la colère*, Paris, Seuil.

Chapitre 4 : Constitution du corpus.

1. Posture sociologique et positionnement théorique.

La démarche empirique de cette dissertation doctorale s'appuie sur une microsociologie de l'étude de l'économie morale de l'accompagnement de deux dispositifs médico-sociaux de lutte contre les addictions en France. Les approches de sociologie réflexive et de sociologie compréhensive ont été retenues.

Pour Max Wéber, la sociologie se doit d'être compréhensive, dans le sens où elle va se décentrer des postulats structuraux et externes à l'individu. Elle doit autoriser aux personnes elles-mêmes de donner un sens à leurs pratiques. La finalité de cette démarche, qui intègre trois étapes. La compréhension, l'interprétation et l'explication est de permettre la compréhension d'un fait social. Il faut lui ajouter dès lors, la réflexivité dans l'analyse. La sociologie réflexive, notamment avec Alvin Gouldner²³¹ et Pierre Bourdieu²³², donne pour mission au sociologue de se soumettre à une analyse critique de sa posture épistémologique et des moyens et conditions sociales de toute production intellectuelle.

²³¹ Gouldner Ward Alvin (1970), *The Coming Crisis of Western Sociology*, New-York, Avon Books.

²³² Bourdieu Pierre, Wacquant Loïc (1992), *Réponses*, Paris, Seuil.

C'est la principale raison qui nous a imposé le choix de la structuration de notre travail autour de la typologie de l'action de Max Weber : Une première partie centrée sur la conception de l'action par finalité, une deuxième qui analyse l'action sous le prisme des valeurs et une troisième qui expose la dimension affectuelle de l'action. Ce triptyque structural agence et ordonnance un déroulé argumentatif qui se donne pour ambition d'éprouver l'hypothèse centrale de circulation d'une économie morale de l'accompagnement médico-social.

L'ambition de cette partie est aussi, d'explicitier les méthodes de recueil des données, de détailler les modalités concrètes de constitution du corpus et de faire œuvre pédagogique pour des chercheurs intéressés par ce type de terrain. Il sera aussi fait mention des obstacles, des faiblesses et des points positifs de l'approche méthodologique pratiquée.

Une prégnance de la microsociologie.

La microsociologie qui est l'approche adoptée ici, s'inscrit dans la filiation de l'École de Chicago, « [...] un mouvement né dans cette ville au début des années 1920 et qui tentait de décrire les relations entre individus pris dans des situations ordinaires de la ville. »²³³

L'interactionnisme va naître en marge de la sociologie dominante et se donnait comme ambition, avec notamment le concept d'écologie urbaine, une analyse des flux et des interactions qui les caractérisent. L'interactionnisme pense les agents sociaux de manière relationnelle. La sociologie allait désormais se servir de l'échelle *infra* et *micro*, en s'ancrant dans les aspects les plus banalisés de la vie quotidienne parce qu'à la réalité, « si l'on y réfléchit bien, ce sont les interactions de ce type qui sont les seules réalités observables par les sociologues : les structures ou les macro-objets sont des abstractions. »²³⁴ C'est donc, principalement, une sociologie à l'échelle de l'individu, un social à l'état incorporé, plié, sous la forme de disposition à agir comme l'énonce Bernard Lahire : « Telle que je la conçois, une sociologie à l'échelle des individus répond donc à la nécessité historique de penser les faits sociaux dans une société qui sacralise l'individu pour mieux le rendre responsable de ses

²³³ Fabiani Jean-Louis (2021), *La Sociologie - Histoire, idées et courants*, Auxerre, Sciences Humaines Éditions, p. 70.

²³⁴ *Op. cit.*, Fabiani, 2021.p. 71.

*malheurs. [...] Il est nécessaire d'examiner le monde à l'échelle des individus. L'idée qu'il existe un social (ou une histoire) à l'état incorporé, sous la forme de disposition à agir, à croire, à se sentir, etc., me paraît fondamentale lorsqu'on entend rendre raison des pratiques ou des comportements. »*²³⁵

L'idée, dans cette démarche théorique, est de définir comment les micro-situations engendrent les macro-réalités. Comment la signification des actions individuelles façonne des dispositions collectives d'agir en contexte, à l'instar d'une économie morale de l'accompagnement médico-social. Les travaux d'Erving Goffman sur *La mise en scène de la vie quotidienne* suggèrent l'idée d'un jeu de rôle entre les acteurs et d'une incessante théâtralisation de la vie sociale. Son œuvre et ses apports en termes de méthodes d'observations et de pratique de terrain sont, par ailleurs, finement exposés dans les mots que lui écrit Pierre Bourdieu lors de son éloge funèbre en 1982 : « *L'œuvre d'Erving Goffman représente le produit le plus accompli d'une des manières les plus originales et les plus rares de pratiquer la sociologie : celle qui consiste à regarder de près, et longuement, la réalité sociale, à mettre la blouse blanche du médecin pour pénétrer dans l'asile psychiatrique et se placer ainsi au lieu même de cette infinité d'interactions infinitésimales dont l'intégration fait la vie sociale. Goffman aura été celui qui a fait découvrir à la sociologie l'infiniment petit : cela même que les théoriciens sans objets et les observateurs sans concepts ne savaient pas apercevoir et qui restait ignoré, parce que trop évident, comme tout ce qui va de soi.* »²³⁶ Pour Erving Goffman, il y a une mise en scène permanente de notre vie, avec une alternance entre les moments de scène *frontstage*, et des moments de coulisses *backstage*. Cette posture impose au chercheur d'adopter une démarche réflexive, mais aussi « [...] *de mettre la blouse blanche du médecin, pour pénétrer dans l'asile psychiatrique...* ». C'est en premier ressort la perspective qui a commandé notre besoin d'aller au « contact » de ses réalités empiriques, avec TAPAJ et avec l'équipe mobile *Aller-Vers* à travers les VAD et les différents entretiens avec les professionnels des deux dispositifs étudiés. Cet espace scénique, dans notre enquête, est celui de l'accompagnement médico-social à l'intérieur duquel le professionnel et son usager/patient interagissent, chacun dans la mise en récit de sa vie, de sa trajectoire biographique en optant pour se mettre en scène par moment, par

²³⁵ Lahire Bernard (2019), *Dans les plis les plus singuliers du social*, Paris, La découverte (1^{ère} éd. : 2013), Avant-propos.

²³⁶ Bourdieu Pierre (1982), « Le découvreur de l'infiniment petit », *Le Monde*, samedi 4 décembre.

la narration de son addiction, de sa pathologie ou encore de ses différentes difficultés. Cette scénarisation est aussi saisissable avec l'entretien côte à côte dans les chantiers de TAPAJ où le professionnel (psychologue, infirmier psychiatrique) joue le rôle du collègue de travail. L'observation de ces interactions, le recueil de ces différents points de vue lors des entretiens avec les professionnels et la signification qu'ils en donnaient, est un indicateur capital pour le travail ethnographique de « terrain ».

À cette volonté d'ancrer le recueil des données de terrain dans une dynamique qui sacralise les différentes interactions entre l'accompagnant et l'accompagné, comme éléments fondamentaux de notre analyse de l'économie morale de l'accompagnement médico-social, il faut ajouter une dimension processuelle à ces interactions, comme le montre Andrew Abbott. Héritier de la deuxième génération de l'École de Chicago, avec Anselm Strauss, Howard, Becker et Erving Goffman, Andrew Abbott va être influencé par un précepte central : « *Aucun fait social n'a de sens abstrait de son contexte dans le temps et l'espace social* ». Dès lors, leur compréhension passe par la saisie d'« *arrangements d'acteurs particuliers dans des lieux et temps particuliers* »²³⁷. Sa base théorique est aussi héritée de Robert Park, avec l'idée que : « *L'ensemble du monde social est continuellement en train de se faire, se refaire et de se défaire, à chaque instant* »²³⁸. « *Le changement est la nature normale des choses* » et non « *quelque chose qui arrive occasionnellement à des acteurs sociaux stables* »²³⁹. De ce fait, « *les faits sociaux ne doivent plus être traités comme des choses, mais [comme] des procès.* »²⁴⁰

Andrew Abbott appelle donc, comme le note Morgan Jouvenet : « [...] *des enquêtes sur les processus qui expliquent l'émergence et la pérennité d'entités sociales comme les professions ou les disciplines.* »²⁴¹ Cette approche processuelle est intéressante dans l'analyse de l'engagement et de l'implication des professionnels, avec la convocation du modèle de l'engagement processuel de Doug McAdam. Car, c'est dans l'analyse de cet environnement processuel lié à l'implication et à l'engagement du professionnel, qu'on arrive à déceler des orientations de son agir, consécutives aux valeurs de soin, de sollicitude, d'altruisme,

²³⁷ Jouvenet Morgan (2016), « Contextes et temporalités dans la sociologie processuelle d'Andrew Abbott », *Annales. Histoire, Sciences Sociales*, vol. 71, n° 3, p. 598.

²³⁸ Chapoulié Jean-Michel (2001), *La tradition sociologique de Chicago, 1892-1961*, Paris, Seuil, p. 108.

²³⁹ *Op. cit.*, Jouvenet, 2016.

²⁴⁰ Fabiani Jean-Louis (2003), « Pour en finir avec la réalité unilinéaire. Le parcours méthodologique de Andrew Abbott », *Annales HSS*, vol. 58, n° 3, p. 556.

²⁴¹ *Op. cit.*, Jouvenet, 2016.

d'humanité, et aux affects qui façonnent l'architecture morale de cette sous culture professionnelle.

Nous avons aussi, fait appel, dans notre démarche méthodologique au courant pragmatique de la sociologie, nourri des apports de l'interactionnisme, de l'ethnométhodologie et des théories de l'action située. Cet emprunt nous a permis d'envisager les perspectives statutaires, identitaires plurielles de l'individu, sa conception multidimensionnelle²⁴², mais aussi, de l'appréhender comme un individu combinatoire : « *L'individu est plus que jamais une combinatoire de réseaux et d'interdépendances multiples, d'arbitrages cognitifs et d'ajustements interactifs* »²⁴³ avec une « *personnalité à tiroirs* »²⁴⁴ engagé dans des logiques de l'action au pluriel. L'identification d'un « positionnement » commun des professionnels sur l'idée de la réussite sociale autorise dans l'analyse de cette réussite sociale un dépassement de la classique opposition entre l'individu et la société et d'appréhender les ressorts de l'action comme étant multiples et issues principalement de l'expérience, de la subjectivité des acteurs comme suggère François Dubet²⁴⁵.

Cependant le véritable ancrage théorique a aussi été dicté par l'empirie, par les multiples choix qui ont été faits pour éprouver la principale hypothèse de notre quête : l'analyse d'une probable économie morale de l'accompagnement médico-social.

2. Pourquoi cette focale sur la perception par les professionnels de la réussite sociale ?

La problématique de notre travail s'insère dans une thématisation beaucoup plus grande de l'agir des individus, de la signification qu'ils imputent à cet agir, ainsi que des différentes conséquences de leurs actions. Notre hypothèse est de suspecter dans l'espace de l'accompagnement médico-social, la présence d'un agir spécifique à cet univers, qui va impulser, bien plus que toutes les consignes managériales, les actions *in situ* des professionnels. Mais, comment déceler cet agir ? Comment construire une variable capable de fournir des

²⁴² De Singly François (2003), *Les uns avec les autres. Quand l'individualisme crée du lien*, Paris, Armand Colin.

²⁴³ Kaufmann Jean-Claude (2001), *Ego. Pour une sociologie de l'individu*, Paris, Nathan, p. 232.

²⁴⁴ Thévenot Laurent (2006), *L'action au pluriel. Sociologie des régimes d'engagement*, Paris, La Découverte.

²⁴⁵ Dubet François (1994), *Sociologie de l'expérience*, Paris, Seuil.

indicateurs à même d'influencer la conduite de ces professionnels pendant le cycle de l'accompagnement ?

Passer par la perception que les professionnels se font de l'idée de la réussite sociale apparaissait comme déterminant dans la relation d'accompagnement. La réussite sociale étant perçue socialement comme une réponse normative, l'idée était de voir si le professionnel dans son agir *in situ* cherchait absolument à imposer ce qu'il concevait comme idéal à l'utilisateur/patient, ou alors si, dans sa démarche d'accompagnement il tenait compte de l'intersubjectivité de ceux qu'il accompagne.

La perspective dès lors, était d'analyser les entretiens des professionnels et les différentes réponses sur leur perception et leur conception de la réussite sociale. Accepter l'idée d'une réussite sociale, transcendante et extérieure à l'individu, convoquait la réflexion que l'individu accompagné devait se conformer au *best one way* décidé par les « autres », par la société, de ce que sa trajectoire devait être. Mais, *a contrario*, soutenir dans l'hypothèse que cette notion est socialement admise par tous, que la réussite sociale est un choix individuel, actait *de facto* une prédisposition presque naturelle du professionnel à « accompagner » l'utilisateur/patient dans la réalisation de ses aspirations en ne restant qu'un compagnon de route et un « passeur » disponible pour lui, dans le développement de ses capacités et, comme le suggère Yann Le Bossé, « soutenir sans prescrire. »²⁴⁶

Cette banale réponse à une question sur une notion très équivoque par ailleurs, ne détaillait pas seulement les dispositions des professionnels à accompagner leurs utilisateurs/patients sans imposition d'un modèle normatif, elle suggérait aussi, des dispositions d'agir communes qu'il fallait saisir comme une communauté de valeurs, un sens commun d'appréhension collective d'un problème, une sous-culture professionnelle... une économie morale spécifique à l'accompagnement médico-social.

²⁴⁶ *Op. cit.*, Le Bossé Yann, 2016.

3. *Étapes et modalités de recueils des données.*

Grâce à une convention de trois ans, signée avec le centre hospitalier régional universitaire (CHRU) de Tours, et plus précisément le CSAPA Port-Bretagne qui dispose en son sein d'une équipe mobile *Aller-Vers*, rouage central du dispositif éponyme, nous avons commencé notre recherche par une « monographie » de ce dispositif pour avoir une idée précise de ses objectifs de ce qui est fait, des différents partenariats, des ambitions, des modalités d'entrée des bénéficiaires dans le dispositif, etc.

L'ambition de cette étape était d'avoir une idée plus fine et précise de ce qui est réellement fait et développé dans ce programme particulier. Avec l'aide de l'infirmier psychiatrique de l'équipe mobile, nous avons commencé avec un travail sur les archives du dispositif, pour connaître par exemple le nombre de bénéficiaires depuis la mise en place du dispositif, leur âge, le sexe, leur provenance (rurale, urbaine ou périurbaine), les problématiques principales d'admission, etc. Cette étape a permis d'avoir une vue d'ensemble de ce dispositif préalable à tout questionnement de fond.

Ci-dessous un extrait des fiches de suivi et un extrait du journal de terrain puis, un traitement de données des archives du dispositif.

FICHES DE SUIVI "Aller-Vers" Année : 2016

1. Mathieu H.

Né le 27/02/1992 rencontré pour la 1^{ère} fois le 02/05/20216 : orienté par le Dr G. médecin généraliste et addictologue avec lequel nous travaillons régulièrement qui a rencontré ce jeune à sa consultation addicto à l'hôpital d'Amboise. Situation sociale difficile avec un dossier de surendettement en cours, pas de mutuelle, une ALD/diabète et une fin de droits sécurité sociale et des aides pour finir les fins de mois. Problèmes de santé : diabète + maladie de Verneuil. Bac pro informatique mais travaille quand il le peut en intérim et dans d'autres domaines. Parents séparés (peu de liens). Vit en couple avec une jeune femme qui a un parcours de vie compliqué (placée à 2 ans en famille d'accueil), problématique alcool.

Pour ce jeune homme, il est noté des débuts de tabac à l'âge de 12-13 ans, du cannabis à 14 ans et de l'alcool plus tard avec de fortes consommations (un retrait de permis) jusqu'à un arrêt récent. C'est la problématique tabac-cannabis qui est la plus importante (beaucoup de dépenses-> jusqu'à 300 euros/mois). Nous l'avons rencontré 5 fois, il y a eu beaucoup d'échanges téléphoniques avec lui et avec les professionnels qui l'ont accompagné.

Nous avons travaillé avec ce monsieur dans l'intérêt d'un lien avec un service social et une orientation vers une psychologue. Fin de PEC en janvier 2017 avec : Garantie jeunes débutée, dossier de surendettement fait, dossier CMU fait, amélioration du moral, moins de consommations de THC et changement de logement avec sa compagne (qui est devenu un partenaire pour l'Aller-Vers) a pu être possible. Nous avons réalisé 4 VAD et de nombreux échanges téléphoniques ont eu lieu avec elle et avec les partenaires. Fin de PEC en août 2017 : va mieux, même si reste fragile, continue à voir le Dr G. insertion en cours pour reprendre un travail auprès de personnes âgées.

2. Sylvie B.

Née le 12/09/1967 rencontre pour la 1^{ère} fois le 18/05/2016 : orientée par le Dr T. médecin généraliste à **Rouziers** que nous avons rencontré avec ses collègues de la Maison Médicale de Rouziers pour présenter nos missions. Le médecin avait tenté d'orienter cette dame vers le CSAPA La Rotonde sans succès. Mme est suivie à Bretonneau/cancer du sein. Cette personne souhaite rester anonyme car elle travaille au CHRU, est en arrêt maladie. Problématique alcool depuis plusieurs années, évoque une histoire de vie difficile au travers de la perte d'un enfant à la naissance pour sa mère qui aurait sa deuxième sœur. Mme a eu 3 cancers dont un cancer du foie pour lequel elle est toujours en suivi. Dit que ses consommations d'alcool ont débuté avant ses problèmes de santé. Mme vit avec son compagnon, leur maison est située non loin de celle de ses parents (père décédé d'un cancer du pancréas). Mme est d'accord pour être aidée sur la réduction de ses consommations en lien avec son médecin traitant. Se fait suivre également par une psychologue.

Une orientation vers le CSAPA La rotonde a pu être possible (avec bon de transport) mais les problèmes de santé de Mme, ses difficultés à trouver un sens à sa démarche d'aide à la réduction de ses consommations ont rendu la PEC compliquée. Des échanges téléphoniques ont pu continuer jusqu'à fin 2016.

3. Delphine L.

Née le 27/10/1983, elle nous est orientée par le Dr G. (cité plus haut). Nous la rencontrons pour la première fois le 24/05/2016. Sa problématique de consommation est celle de l'alcool de type « fort », et de bières avec des manifestations physiques qu'elle ne se sent pas capable de réduire sans aide médicale et médicamenteuse. Mme est suivie par Pôle Emploi, bénéficie du RSA avec un travail axé sur les soins et le logement. Consomme aussi du cannabis mais de façon moins problématique. Ses parents n'habitent pas loin et constituent une ressource positive. Elle a 2 sœurs, un frère est décédé il y a quelques années. Elle est également aidée par une psychologue qui travaille pour la Croix Rouge avec laquelle nous avons pu faire des visites à domicile. Une hospitalisation pour sevrage dans un Service de médecine de Château-Renault.

2^{ème} SORTIE DE TERRAIN

Date : 21 Septembre 2020

Lieu : Appartement personnel (Montlouis)

Durée de la visite : 1h 20

Cet après-midi j'accompagne B. dans le cadre de l'Aller-Vers, pour rencontrer G. une infirmière qui a été redirigée dans le dispositif par sa neurologue à la suite d'un retrait de permis causé par un accident sur la voie publique, où elle s'est retrouvée sur le toit de sa voiture hyper alcoolisée (3g d'alcool dans le sang) et, a fait à l'époque (juin 2019) la une de la presse régionale. Nous arrivons chez G. qui nous reçoit chaleureusement dans son appartement, moyennement entretenu. Elle reçoit ses enfants de temps en temps chez elle (le papa en a la garde) et elle vit aussi avec ses chats. Elle accepte très gentiment ma présence

Problématique de G. Alcool + Dépression

B. dans la voiture qui nous amène à Montlouis, me fait un bref point sur la situation de G. Il commence par me dire qu'elle est très réfractaire au dispositif, il rencontre beaucoup de personnes comme ça, mais, c'est aussi, pour l'hypothèse qu'il avance de cette attitude, le regard d'un soignant sur un soignant, et parfois ces personnes ne supportent pas cet aspect lié au regard des autres et au jugement ... G. a 3 enfants, elle est divorcée et le père a la garde des enfants, il m'explique aussi qu'elle est dans un certain déni de ses fonctions de mère. G. a 50ans, n'a pas travaillé depuis 5ans et est en arrêt justement à cause de l'alcoolisme. Elle a pris contact avec l'assistance sociale du CHU au sujet de sa rémunération qui sera certainement bientôt divisée de moitié, elle a aussi vu un médecin du travail qui a estimé qu'elle n'est pas prête à reprendre le travail. Mais, elle-même répète en boucle qu'elle n'est pas prête...

Elle envisage aussi faire un bilan de compétences, pour être réorientée vers une autre formation. Pendant la discussion, elle a des pertes de mémoire, elle est physiquement marquée par cet alcoolisme, elle n'hésite pas, par ailleurs, et très poliment, à se lever en disant « *excusez-moi désolé, il faut que je me serve un nouveau verre...* », elle sourit maladroitement et va se servir un verre de whisky qu'elle dilue avec du coca light... B. m'expliquait dans la voiture qu'avec elle, il travaille plutôt sur du « **ici et maintenant** » du fait qu'elle soit réfractaire au dispositif et réfractaire aussi au sevrage et à la médicalisation. Mais, elle a l'air, aujourd'hui, de vouloir changer les choses, elle répète « *il faudrait quand même que je me bouge...* ». Sur le rapport et la perception que ses enfants ont eu de sa pathologie alcoolique, elle explique qu'au début, ils vidaient ses bouteilles d'alcool pour ne pas qu'elle s'alcoolise, mais, aujourd'hui elle avoue qu'elle n'est plus obligée de se cacher pour boire, même si, elle reconnaît qu'elle envoie son fils aîné encore mineur lui acheter de l'alcool. Pendant toute la visite, elle est trempée de sueur et « s'éponge » sans cesse. Elle a une serviette posée sur la table, elle avoue que ces bouffées d'oxygène sont le fait de l'alcool. Elle va se rendre à une initiation à l'Aveyron pour reprendre une activité sportive, elle est aussi en contact avec son CIP Elle affirme avoir bu 1litre de whisky par jour durant les 3 derniers jours. Elle souhaite cependant récupérer son permis de conduire qui est suspendu depuis 1an, mais, le fait d'avoir des examens sanguins pour récupérer son permis la démotive, parce que cela impliquera qu'elle se sèvre et qu'elle arrête pendant un bon moment l'alcool.

Elle a fait une IRM de son cerveau et on a évalué son cerveau à 70 ans. Elle est désespérée et se répète qu'elle ne pourra jamais récupérer les dégâts causés par l'alcoolisme dans son corps. C'est beaucoup plus de la résignation qu'elle exprime et bien entendu, l'alcool lui fait aussi avoir de gros problèmes de sommeil, ce qui nuit clairement aujourd'hui sur sa qualité de vie... B. convient avec elle d'une nouvelle date pour un rdv dans 3 semaines. Durant tout l'entretien j'ai observé, et B. me le confirmera après, qu'elle est quand même dans un rapport de séduction avec lui, je demande à B. si socialement elle a des amis (ies) il me répond que quelques-uns uniquement et ce sont aussi des personnes avec qui elle consomme de l'alcool.

Les différents tableaux qui suivent sont issus d'un traitement des archives du dispositif et ils renseignent sur : les principales problématiques, le nombre de personnes suivies par an, leurs domiciliations, leurs statuts, etc.

Tableaux 6. *Informations synoptiques du dispositif Aller-Vers*

PERSONNES SUIVIES

	2016	2017	2018	2019	2020	2021	Total
Homme	6	9	7	7	1	3	33
Femme	4	5	3	3	9	6	27
Couple	0	2	0	0	1	0	3
Sous total	10	16	10	7	11	9	63
Total							63

DONNÉES BIOGRAPHIQUES

	2016	2017	2018	2019	2020	2021	Total
Âge (-30ans)	3	9	0	1	1	0	14
Âge (de 30 à 50 ans)	6	3	6	3	5	6	29
Âge (+50ans)	1	4	4	3	5	3	20
Total	10	16	10	7	11	9	63

STATUT

	2016	2017	2018	2019	2020	2021	Total
Retraités(es)	0	3	1	1	3	2	10
Sous tutelle	1	0	1	0	0	0	2
Au chômage/RSA ¹	4	2	1	5	4	2	18
En service (qui a un travail)	0	3	3	0	1	1	8
En AM ² , ALD ³ ou AAH ⁴	3	3	2	1	2	4	15
Études/Formations/Insertion/Réorientation	2	5	2	0	1	0	10
Total	10	16	10	7	11	9	63

¹ Revenu de solidarité active.

² Arrêt maladie.

³ Affection de longue durée.

⁴ Allocation adulte handicapé.

PRINCIPALES PROBLÉMATIQUES

Année	2016	2017	2018	2019	2020	2021	Total
Alcool + Dépression	6	9	9	6	9	8	47
Tabac, THC ³ , héroïne et autres opiacés	4	6	1	1	2	1	15
Jeux vidéo	0	1	0	0	0	0	1
Trouble de la sexualité	0	0	0	0	0	0	0

DOMICILIATION

Année	2016	2017	2018	2019	2020	2021	Total
Agglomération tourangelle	1	6	9	0	1	4	21
Zones rurales	9	10	1	7	10	5	42

ORGANISMES OU PROFESSIONNELS À L'ORIGINE DE L'ORIENTATION DANS LE DISPOSITIF

Année	2016	2017	2018	2019	2020	2021	Total
Assistante sociale (MDS⁶, assistante de secteur, conseillère d'insertion, APA⁷)	3	2	2	1	3	1	12
Médecin Addictologue	2	4	3	2	2	3	16
MT⁸	3	5	2	2	2	4	18
ELSA⁹	1	2	2	1	1	0	7
Croix Rouge	1	1	0	1	2	1	6
Infirmière (CRP¹⁰)	0	1	0	0	0	0	1
Autres Professionnels (Cadre de santé, Adultes relais, professionnels pension de famille, APF¹¹, SAVS¹²)	0	1	1	0	1	0	3
TOTAL							63

⁶ Maison départementale de solidarité

⁷ Allocation personnalisée d'autonomie.

⁸ Médecin traitant.

⁹ Équipe de liaison en soins en addictologie.

¹⁰ Centre de réorientation professionnelle.

¹¹ Association des paralysés de France.

¹² Service d'accompagnement à la vie sociale.

Il est important de noter, à ce stade, que le même travail avait déjà été fait dans le programme TAPAJ, une année avant l'entrée en thèse, dans le cadre du Master 2, avec un mémoire sur une monographie de ce dispositif à Créteil. C'est aussi en participant à l'évaluation dudit dispositif par le laboratoire C3S de l'Université Besançon Franche-Comté, sur commande de la mission interministérielle de luttés contre les drogues et les conduites addictives (MILDECA), que nous avons constitué un corpus très riche, avec des entretiens, des données statistiques, des observations participantes, etc. Ce travail de traitement des archives du dispositif était un tremplin qui nous a aidé à comprendre le fonctionnement de l'Aller-Vers. Il faut ajouter au traitement de ces archives, la participation à des réunions de service au CSAPA, des observations à l'intérieur de cette structure de lutte et de prévention contre les addictions de toutes sortes.

La deuxième étape se donnait pour mission de préparer l'entrée de « terrain » avec, notamment, des premiers entretiens exploratoires avec certains bénéficiaires pendant les VAD et des récits de l'infirmier psychiatrique sur le fonctionnement des VAD et de l'équipe mobile, durant les longs trajets en voiture à travers le département d'Indre-Et-Loire dans le cadre de ces mêmes visites à domicile. Mais cette étape était essentielle pour la conception d'une méthodologie efficiente de recueil de données. Cependant, à peine cette étape enclenchée, la pandémie de la Covid-19 est venue suspendre toutes possibilités d'enquête et de contact avec le « terrain ». C'est principalement l'une des difficultés les plus importantes à laquelle nous avons fait face. Il nous a été nécessaire de formaliser une fiche d'observation et de recueil de données avec l'infirmier psychiatrique de l'équipe mobile. Cette fiche permettait, malgré notre absence, de continuer à récolter des données.

Tableau 7. Grille d'observation dispositif *Aller-Vers*.

DONNÉES SOCIO-DÉMOGRAPHIQUES	
Date, heure et lieu de l'observation	
Date d'entrée dans le dispositif	
Problématiques	
Âge / Sexe	
Situation professionnelle	
Curatelle ?	
Durée de la visite	
Nombre de visites (<i>avec celle du jour</i>)	

PHÉNOMÈNE OBSERVÉ	Discours (Ce que les bénéficiaires disent)	Comportements et attitudes (Ce que j'observe en lien avec ce qu'ils disent)
Logement (Évolution du mode d'habitation, à la rue, squat régulier, caravane centre social, maison de retraite, parent ou logement autonome. État du logement)		
Hygiène (Prise en compte de son corps, soins, propreté)		
Personnalité (Affirmé, confiant, agressif etc.)		
Lien avec la famille (Enfants, conjoints, frères sœurs, parentèle etc.)		

Travail (Rapport au travail, représentations et perceptions de l'importance du travail dans la société)		
Rapport aux normes sociales (Prescriptions/proscriptions, ou nécessité sociale)		
Rapport aux institutions (Évolution de la fréquentation du milieu médical, médecins généralistes, psychologues, etc., fréquentations institutions sportives et associatives.)		

<p>Lien avec le voisinage (Discussions avec les voisins, visites, apéros etc.)</p>		
<p>Rapport aux autres (Peur du "jugement" du regard et évitement du contact avec les autres)</p>		
<p>Consommation (Type, fréquence, évolution, modalités)</p>		

<p>Projet d'insertion et ou de réinsertion (Imposé ? ou Co-construit)</p>		
<p>Évolution globale dans le dispositif "Aller-Vers" (Situation générale avant, pendant et à la sortie du dispositif si le bénéficiaire ne fait plus partie du dispositif)</p>		
<p>Rapport à la "bénévolence" (Le bénévolat est-il dans le cas où la personne en fait, une alternative pour elle, au travail)</p>		

Les informations recueillies par ces fiches d'observations nous permettaient de garder un lien avec le terrain malgré la période de confinement. L'infirmier psychiatrique, qui continuait certaines visites à domiciles pour les plus vulnérables, avait accepté de remplir à chaque visite cette fiche d'observation. Un *débriefing* avec lui sur le déroulé du recueil et de la visite, soit par téléphone ou encore par courriel, était convenu à chaque fois. Cette phase et ce « temps long » de pandémie rendait certes l'accès au « terrain » impossible de façon physique [pour le

chercheur] mais, grâce aux fiches d'observation remplies quotidiennement par l'infirmier psy, nous avons par ce stratagème, la possibilité de continuer d'avancer dans notre enquête, tout en accentuant notre travail sur la revue de la littérature dans les différentes thématiques liées à l'accompagnement social, aux économies morales, ainsi qu'aux différentes philosophies du *care* à travers le monde.

La fin des confinements a autorisé une « nouvelle entrée » de terrain, avec cette fois un questionnement et une problématique qui commençaient à s'affirmer et des hypothèses qui s'affinaient. La réflexion tournait cette fois, de façon claire et définitive, sur une focale non plus dirigée sur les bénéficiaires du dispositif mais sur les nombreux professionnels qui gravitaient autour de ces dispositifs. Quels étaient leurs différents rôles dans ces accompagnements ? Comment se positionnaient-ils au quotidien, au-delà de cette diversité de métiers autour des bénéficiaires médecin, infirmier, conseillère d'insertion, éducateur spécialisé, etc. ? Y avait-il un espace commun ? Une vision identique de l'accompagnement ? Des perspectives similaires de conception de l'individu ? Quelle idée se faisaient-ils de l'existence d'une trajectoire sociale idéale ? Leurs rapports à la question de la réussite sociale ? Toute cette réflexion a abouti à la conception d'une grille d'entretien qui avait pour objectif de cerner les différents mécanismes qui impulsent l'agir de ces professionnels au niveau de l'accompagnement qu'ils ont avec les usagers/patients. En outre, il fallait aussi déceler, bien au-delà de ce dynamisme professionnel, l'existence ou non d'influences collectives liées à certaines idéologies du soin et de la sollicitude qui plongeraient ces professionnels dans un univers de valeurs et d'affects très fort.

L'étape de la grille d'entretien passée, il fallait penser au « recrutement » des professionnels pour les entretiens. Il convient de rappeler que le dispositif est en « partenariat » avec un réseau de professionnels principalement installés dans les zones rurales du département d'Indre-Loire. L'idée était d'avoir un échantillon de tous les métiers des professionnels intervenant dans le dispositif, avoir deux ou trois professionnels dans chacun de ces métiers du médico-social. Avec l'appui de l'infirmier psychiatrique, des contacts ont été établis avec les professionnels sollicités et des rendez-vous convenus en fonction de leurs disponibilités. Les entretiens se déroulaient majoritairement dans les bureaux des professionnels en zones rurales et, exceptionnellement, deux ou trois entretiens ont été fait dans les bureaux du CSAPA de Port-Bretagne à Tours.

Tableau 8. *Caractéristiques sociales des Professionnels du dispositif Aller-Vers interviewés.*

Enquêté	Profession	Âge	Sexe	Situation familiale	Lien avec le dispositif	Ville	Lieu de l'entretien
1	Infirmier de secteur psychiatrique	61 ans	M	Marié (4 enfants issus de 2 mariages)	Responsable Équipe mobile	Tours	Bureau CSAPA 37 Tours -Nord
2	Médecin	30 ans	F	Pacsée (Sans enfant)	Maison de santé Partenaire du dispositif	Château-Renault	Son Bureau de consultation à la Maison de santé
3	Médecin		M	Marié (3 enfants)	Maison de santé Partenaire du dispositif	Neuillé-Pont-Pierre	Son Bureau de consultation à la Maison de santé
4	Infirmière (En addicto)	36 ans	F	Couple pas marié (2 enfants)	CHLS ²⁴⁷ (Centre Hospitalier Louis Sevestre) Partenaire du dispositif	La Membrolle-Sur-Choisille	Bureau CSAPA 37 (Vieux Tours)
5	Conseillère en insertion professionnelle	38 ans	F	Marié (2 enfants)	Partenaire du dispositif	St Patern de Racan	Bureau CSAPA 37 (Vieux Tours)
6	Infirmière (Urgence Psychiatrie)	45 ans	F	Mariée (4 enfants)	ELSA ²⁴⁸ Partenaire du dispositif	Tours	Chez elle (son fils était souffrant)
7	Aide-Soignante	46 ans	F	Célibataire (Pas enfants)	Centre hospitalier amboisien Partenaire du dispositif	Amboise	Entretien par Visio (Zoom)
8	IDE ²⁴⁹ Cadre de santé Centre hospitalier	50 ans	M	Marié (1 enfant)	Centre hospitalier amboisien Partenaire du dispositif	Amboise	Entretien par Visio (Zoom)
9	Conseillère en économie sociale et familiale (Gérante de pension de famille)	31 ans	F	En couple (Enceinte)	Pension de famille Partenaire du dispositif	Tours	Salle Commune de la pension de famille
10	Éducatrice Spécialisée	45ans	F	Mariée (5 enfants famille recomposée)	Responsable Équipe mobile (n'est plus en poste)	Tours	Bureau CSAPA 37 (Vieux Tours)
11	Infirmière Cadre de santé	40 ans	F	Veuve (2 enfants)	Clinique ²⁵⁰ Partenaire du dispositif	Beaumont-La-Ronce	Dans son bureau à la clinique

²⁴⁷ Établissement public de Soins de Suite et de Réadaptation en Addictologie (SSR-A).

²⁴⁸ Équipe de Liaison et de Soins en Addictologie.

²⁴⁹ Infirmier diplômé d'État.

²⁵⁰ C'est une clinique implantée à 20 kms de Tours dans un cadre champêtre, et qui accueille en hospitalisation libre des adultes présentant des troubles psychiatriques évolutifs ou aigus.

							(Beaumont la Ronce)
12	Médecin addictologue	47 ans	M	Marié (Pas d'enfant)	ANAS le Courbat ²⁵¹ Partenaire du dispositif	Le liège	Bureau CSAPA 37 (Vieux Tours)
13	Médecin psychiatre Addictologue	53 ans	M	Marié (2 enfants dont un étudiant en médecine et l'autre en orthophonie)	CSAPA-CHRU (37) Chef de service	Tours	Dans son Bureau CSAPA 37 (Vieux Tours)
14	Monitrice éducatrice	32 ans	F	Célibataire Sans enfant	ELSA Partenaire du dispositif	Tours	Bureaux de l'ELSA
15	Infirmière CRP	46 ans	F	Mariée (3 enfants)	CRP ²⁵² Partenaire du dispositif	Beaumont-Louestault	Dans son bureau au CRP
16	Infirmière CRP	39 ans	F	Mariée sans enfant	CRP Partenaire du dispositif	Beaumont-Louestault	Dans son bureau au CRP
17	Infirmière	36 ans	F	Mariée sans enfant	Partenaire du dispositif	Tours	Bureaux de l'ELSA
18	Assistante Sociale	41 ans	F	Pas mariée, mais en couple avec le père de ses enfants	CCAS ²⁵³ Partenaire du dispositif	Château-Renault	Dans son bureau à la Mairie
19	Responsable Des infirmières	36 ans	F	Mariée sans enfant	ANAS le Courbat Partenaire du dispositif	Le liège	Dans son bureau au Courbat
20	Éducatrice spécialisé	42 ans	F	En couple pas mariée (2 enfants)	CSAPA 37 Intervenante du dispositif à Chinon	Chinon	Dans son bureau
21	TISF ²⁵⁴	39 ans	F	Divorcée (2 enfants)	Pension de famille Partenaire du dispositif	Tours	Salle ²⁵⁵ commune de la pension de famille
22	En Formation TISF	29 ans	F	En couple Pas mariée (1enfant)	Pension de famille Partenaire du dispositif	Tours	Salle Commune de la pension de famille

Cette étape cumulait aussi, au-delà de cette organisation pratique au niveau des entretiens, un prolongement des observations avec les VAD. Il fallait être présent à chaque visite à domicile dans les zones rurales tourangelles, avec des voyages qui étaient parfois longs, cependant,

²⁵¹ Le Courbat est un SSR Centre de soins de suite et de réadaptation, qui soigne les dépendances à l'alcool, cannabis, cocaïne héroïne.

²⁵² Il fait partie en réalité des Établissements et Services de Réadaptation Professionnelle anciennement ESRP, appelé aussi Centre de Réadaptation Professionnelle (CRP).

²⁵³ Centre Communal d'Action Sociale.

²⁵⁴ Technicien d'intervention sociale et familiale.

²⁵⁵ Entretien réalisé en groupe avec Julie, Gwenaëlle et Amandine (noms d'emprunt).

jamais ennuyeux du fait que le trajet aller permettait une préparation de la visite avec des informations exhaustives sur l'usager/patient (principale problématique, âge, *briefing* sur l'historique dans le dispositifs, l'état d'esprit présent, les possibles avancées et freins, etc.), et le trajet retour permettait de faire le point de la visite, des anticipations sur les visites futures et surtout des réponses à de multiples interrogations liées au dispositif en lui-même et implicitement des questions centrées sur l'infirmier psychiatrique devenu « mon » binôme, sur sa biographie et sur son expérience d'infirmier psychiatrique à quelques mois d'une retraite.

**PARTIE II : UNE ÉCONOMIE MORALE DE
L'ACCOMPAGNEMENT MÉDICO-SOCIAL ?**

PARTIE II : UNE ÉCONOMIE MORALE DE L'ACCOMPAGNEMENT MÉDICO-SOCIAL ?

Chapitre 1 : Une conception de la réussite sociale

1. La réussite sociale : une réponse normative.
2. Réussite sociale et les professionnels du médico-social.
3. D'une conception de la réussite sociale à la construction d'une économie morale.

Chapitre 2 : La place des valeurs dans la quête de sens.

1. Le *care* et les autres valeurs de l'accompagnement médico-social.
2. Imputation de sens à partir d'une ontologie de la vulnérabilité.
3. Des valeurs rendues invisibles face à une économie du marché.

Chapitre 3 : Médico-social : pratiques et engagement.

1. Des valeurs comme préalable.
2. La guerre des triptyques.
3. Accompagner autrement.

Conclusion partielle

Chapitre 1 : Une conception de la réussite sociale

L'économie morale, comme souligné en introduction avec Didier Fassin, est un univers moral baigné de sentiments, d'affects et de jugements qui peut porter l'individu dans le cadre de la réalisation de son travail, dans une implication bien au-delà du simple engagement contractuel. Elle est appréhendée dans notre démarche comme une mentalité particulière ou encore comme une sous-culture, une « micro-culture » professionnelle, un *éthos* singulier. Les notions d'humanité, de sollicitude, de soin, d'attention de l'autre, d'altruisme, de sacerdoce et même d'idéologie du *care*, viennent rendre compte de ce lien presque vocationnel avec son métier. La notion de sous-culture abonde dans la littérature des sciences sociales anglosaxonnes avec notamment les *cultural studies*. C'est avec Phil Cohen que la notion sera véritablement analysée. Son postulat est de dire que les sous-cultures ont été produites, diffusées, facilitées dans les classes ouvrières en Angleterre du fait de la crise de la culture parentale²⁵⁶. Dans le contexte français, les travaux de Didier Lapeyronnie sur une sous-culture « urbaine » notamment dans les ghettos urbains, peuvent aussi être cités ici²⁵⁷. La sous-culture va faire

²⁵⁶ Cohen Phil et al (1996), « La communauté ouvrière et le conflit subculturel. L'East End en proie à la rénovation », *Réseaux*, vol 80, n° 6, pp. 59-69.

²⁵⁷ Lapeyronnie Didier, Courtois Laurent (2008), *Ghetto urbain, ségrégation, violence, pauvreté en France aujourd'hui*, Laffont, Paris.

référence à un ensemble de valeurs, de pratiques et de coutumes propres à des communautés professionnelles, à des groupes de personnes reliés entre eux par le travail mais, aussi, ouverts à d'autres aspects de la vie sociale.

Notre hypothèse principale est de suggérer l'existence de ce qui peut être appréhendé comme étant une « conscience professionnelle commune » qui impulse une volonté de l'individu à vouloir franchir aisément les frontières de la simple exigence contractuelle en le poussant à avoir une attitude compassionnelle, centrée sur son *alter*, sur ce qu'il est et sur ce qu'il reflète pour lui-même. Dans cette entreprise, nous avons voulu placer au centre de cette analyse l'idée que les valeurs, qui sont des représentations personnelles et des perceptions intérieures les plus singulières, influencent de façon tacite et implicite, consciente ou inconsciente l'agir relationnel des individus, les uns avec les autres. Les individus sont, avant tout, une « incarnation » des normes et des valeurs qu'ils portent et qu'ils promeuvent. L'idée de la perception de la réussite sociale devient, par ce fait, un aspect central dans une approche d'accompagnement, parce qu'elle indique dans la relation qui lie l'usager au professionnel, dans cet espace parrésiasique, ce qui est de l'ordre du modèle : « *Je [le professionnel] lui fais faire telle chose, parce que je suis persuadé que c'est "le best one way" .* » Ou ce qui est de la prise en compte de l'intersubjectivité de l'individu : « *Je [le professionnel] fais attention à ce qu'il [l'accompagné] veut, à ses aspirations, en n'étant qu'un facilitateur, un passeur...* » C'est la prise en compte commune de cette façon de saisir la notion de « réussite sociale », d'envisager par la même voie, l'importance de la valeur « travail » que nous pouvons affirmer ou infirmer l'idée de la circulation d'une économie morale qui traverse les consciences de ces professionnels du champ médico-social. La permanence de cette vision commune des valeurs²⁵⁸ portées par ce que Philippe Kourilsky appelle « *l'éloge de l'altruisme et de l'altruité* »²⁵⁹, va produire et construire des modalités d'accompagnement centrées sur cette idéologie de la co-construction, du pouvoir d'agir, de « l'Aller-Vers », du non jugement de l'autre mais, aussi, de la littératie et de l'éthique du *care*.

²⁵⁸ « Valeurs » appréhendées ici comme une médiation permanente entre l'individu, sa socialisation et son environnement.

²⁵⁹ Kourilsky Philippe (2015), « Éloge de l'altruisme et de l'altruité », *Raison présente*, vol. 194, n° 2, pp. 31-43.

Notre approche, dans cette analyse, s'appuiera respectivement sur la conception wébérienne de l'action, sur la perspective du travail créateur de Pierre Michel Menger, et sur le modèle de l'engagement processuel de Doug McAdam.

1. La réussite sociale : une réponse normative .

1.1. Des formats normatifs socialement questionnés.

Figure : 1 Une société de la réussite.



Source : JDJ n° 304 – avril 2011

Cette caricature ludique, mais très illustrative, du caractère très personnel que revêt souvent la notion de réussite, interroge l'idée et la perception que les individus peuvent se faire de cette notion. « *La vie se présente comme une aventure dont on ne sait pas ce qui en elle est essai, et*

ce qui est échec.»²⁶⁰ La diffusion d'une idée de la réussite, qu'elle soit sociale, éducative, professionnelle ou encore scolaire, n'est jamais éloignée des discours normatifs, politiques et institutionnels qui sous-tendent souvent les intérêts idéologiques à l'œuvre. C'est ce que souligne par ailleurs Frédéric Jésus : « au concept ambigu mais idéalisé de "RÉUSSITE", lequel désigne (étymologie à l'appui) une issue, certes réputée heureuse, mais indexée à un résultat prédéterminé et défini sans le sujet concerné, voire loin de lui. »²⁶¹ La réussite sociale est une notion très complexe, très tendancieuse et parfois même très équivoque.

À l'entame de la recherche, il ne nous avait pas été donné, de saisir toute la difficulté de la tâche, tant la notion pouvait être difficilement cernable, ambiguë à certains moments, mais surtout relevant plus de l'ordre de la perception et parfois même, de la culture. L'historiographie, en termes de recherche sur cette notion de réussite sociale, interroge également sur son infertilité en sciences humaines et sociales. Les rares tentatives d'en faire cas sont celles notamment d'Alain Girard avec son ouvrage *La réussite sociale en France*²⁶², ouvrage dans lequel le titre ne reflète pas finalement l'attente du lecteur, d'une étude qualitative approfondie sur la notion et sur sa perception par les individus. Elle détaille plutôt, par des études statistiques de l'institut national d'études démographiques (INED), ce que l'auteur appelle « les caractères, les lois et les effets » de la réussite sociale. Pour Alain Girard, la société va créer des critères de réussite comme la gloire, la fortune, l'autorité, le pouvoir, etc., des « critères collectifs subjectifs »²⁶³, qui vont décerner le prix de la « réussite » à ceux qui vont détenir ces « indicateurs » de réussite. L'étude d'Alain Girard va chercher à mettre en lumière les facteurs, les caractères et les lois de la réussite sociale par l'étude de la biographie des hommes illustres de toutes les époques. Il conclut que la « transmission héréditaire »²⁶⁴ des facteurs sociaux de la réussite sociale est ce qui influence le plus cette dernière. Jacques Houdaille²⁶⁵ est aussi dans cette même perspective, construite à partir d'études statistiques de certains aspects de la réussite. On peut aussi citer l'ouvrage de Luc Ferry intitulé, *Qu'est-ce qu'une vie réussie ?*²⁶⁶ Une autre tentative de réflexion sur, cette fois, le sens de ce qu'il appelle

²⁶⁰ Ricœur Paul (2002), *Le juste 2*, Paris, Seuil.

²⁶¹ Jésus, Frédéric (1994), « Face aux concepts envahissants de « réussite » et d'« échec », penser et agir l'éducation scolaire en termes de « progrès » », *Journal du droit des jeunes*, vol. 304, n° 4, pp. 8-11.

²⁶² Girard Alain (1967), *La réussite sociale en France*, Paris, PUF.

²⁶³ V, F.(1968), « Girard Alain - La réussite sociale », *Population*, vol. 23, n° 3, pp. 562-563.

²⁶⁴ *Ibid.*,

²⁶⁵ Houdaille Jacques (1971), « La réussite sociale au début du XIXe siècle », *Population*, 26^e année, n° 1, pp. 140-142.

²⁶⁶ Ferry Luc (2002), *Qu'est-ce qu'une vie réussie ?*, Paris, Grasset.

la « vie bonne ». Son ouvrage est un essai de réponse sur l'idée d'une trajectoire idéale qui nous mène vers cette quête de la « vie réussie ». L'ultime exemple d'exploitation de cette notion utilisée ici vient de la Côte D'ivoire avec Ténin Diabaté Touré, *Réussite sociale : une mission personnelle* ²⁶⁷. Cette dernière analyse, dans une approche afro-centrée, fait le choix de mettre en avant la singularité des parcours de vie, et l'intime besoin personnel de trouver en « soi » et pas ailleurs, l'équilibre et les facteurs qui permettent d'appréhender cette notion de réussite sociale sous la focale d'une mission personnelle.

Ces trois exemples montrent les différentes approches analytiques qui peuvent être mobilisées pour rendre compte d'une notion qui peut sembler à bien d'égards, très équivoque, mais qui se laisse saisir en fonction de la problématique première qu'on souhaite mettre en avant.

Notre approche de la réussite sociale dans cette étude ne cherche pas, dans un irénisme impertinent, à poser ou à stabiliser une définition ou encore un sens à cette notion. Elle appréhende cette notion comme un indicateur permettant de suggérer ou de rejeter l'idée d'une économie morale à l'œuvre, dans le champ du médico-social. C'est en partant du point de vue, des représentations et de la perception des professionnels intervenant dans les dispositifs TAPAJ et de l'équipe mobile *Aller-Vers*, dans ce qu'ils conçoivent comme réussite sociale, que nous envisageons d'analyser la possibilité d'une économie morale, d'une communauté de valeurs ou encore d'une mentalité spécifique qui relie dans un espace imagé mais bien réel, tous ces professionnels. Dans cette perspective, nos entretiens avec les professionnels rencontrés se recentraient autour de la place de la réussite dite « sociale », pour appréhender et saisir l'idée et la perception que ces professionnels ont de cette notion. Que pensez-vous de la réussite sociale ? Quelles significations vous donnez à la réussite en général ? Réussir c'est quoi pour vous ? Pensez-vous que les personnes que vous accompagnez ont échoué ? Si oui, pourquoi ont-elles échoué ? De qui provient principalement le sentiment d'échec d'après vous ? De votre point de vue, est-ce qu'il existe une trajectoire sociale idéale ?

²⁶⁷ Diabaté Touré Ténin (2015), *La réussite sociale : une mission personnelle. Leçons pour une renaissance africaine par les valeurs*, Abidjan, L'Harmattan Côte d'ivoire.

L'analyse des différentes réponses à ces questions, nous a permis de mettre en évidence trois types de profils et de perceptions de l'idée que ces professionnels ont de la notion de réussite sociale.

Tableau 9. *Typologies des professionnels en rapport avec l'idée de la notion de réussite sociale.*

Profil 1	Profil 2	Profil 3
Argent, aspect financier.	Épanouissement. Signification de sa vie. Aspect individuel de la réussite sociale. Équilibre, accomplissement de ses aspirations. Non jugement de l'autre. Définition propre de la réussite sociale. Sens très subjectif de la réussite sociale. Bonne santé. Amis, familles. Être heureux. Trouver sa place.	Carrière, reconnaissance, travail.
CAPITALISTES	VOCATIONNELS	CARRIÉRISTES

Notre analyse de ces *verbatim* visait aussi à faire ressortir prioritairement cette dialectique à laquelle on n'échappe que très peu quand on travaille à analyser et à comprendre les processus en œuvre dans la formation du social. Cette dialectique tourne autour du couple individu/société. D'Émile Durkheim à Pierre Bourdieu, en passant par Max Weber ou encore Norbert Élias, le point focal fut de déterminer de l'individu ou de la société quelle est la sphère qui influence le plus les actions, les comportements, les perceptions individuelles, les normes et les valeurs que les individus convoquent. Le sens de notre réflexion, n'est pas de réconcilier ces différents courants qui innervent la sociologie depuis ses débuts mais de dire que notre réflexion et notre questionnement veulent tenir compte de ces différentes influences immanentes et transcendantes autour de l'individu. La culture, terme parfois très équivoque est appréhendée ici comme un agrégat de legs transmissibles. Cette transmissibilité dans les perceptions qui influence les individus, est ce que nous avons voulu saisir. Nous savons aussi,

par l'approche anthropologique, ethnologique et même par la psychologie sociale que les représentations sociales sont fonction de la culture originelle des individus. Les travaux de Denise Jodelet sur les représentations sociales, par exemple, développent l'idée selon laquelle nous recevons et nous transmettons par l'éducation, la tradition, la socialisation, une idée du monde qui n'est pas la nôtre, elle est un héritage. Nous avons par ailleurs voulu, dans cette analyse, rejouer l'impertinente antinomie entre société et individu. L'analyse des entretiens nous permet de dégager de façon assez claire trois principaux profils :

LES CAPITALISTES : ils ont une idée de la réussite sociale qui est en rapport avec l'aspect financier, avec la rémunération, l'argent. Cet aspect est central dans leur idée de réussite. Dans l'analyse de nos entretiens ce profil, comme celui des carriéristes, ne concerne qu'un, voire deux individus dans une population d'une trentaine de professionnels au total. Chez les capitalistes et les carriéristes, c'est principalement la société qui va influencer en premier lieu leur façon de percevoir la réussite sociale. Ils sont en quête de reconnaissance (l'acceptation des autres).

« Pour moi c'est fondamental parce que c'est ce qui permet à la fois de faire vivre sa famille, une source financière au sens matériel et noble du terme. J'ai transpiré, on obtient quelque chose et du coup, j'en fais profiter mon entourage, j'aide mes enfants et tout le monde à grandir. Mais aussi, en termes d'image de soi, de regard cette fois, de qui je suis, d'introspection...de représentation de soi-même. »

Entretien 12.

LES CARRIÉRISTES : la réussite sociale est ici un indicateur de reconnaissance du travail au travail, l'ascension hiérarchique, l'occupation de postes de responsabilités vient couronner un parcours de vie et d'efforts. Bien plus que l'aspect financier, c'est l'évocation de la trajectoire au niveau de la carrière qui est convoqué et mis en avant. Mais il y a, chez eux, la domination d'une idéologie normative et conformiste qui s'impose et qui impose à l'individu, réfutant toute sa singularité et sa différence en tant que sujet autonome et libre.

Dans nos entretiens, ce profil de personnes, à l'instar des capitalistes, ne concerne qu'une seule personne.

Les carriéristes appréhendent la réussite comme une issue réputée heureuse, noble et enviée par tous. Il faut, une fois de plus, citer Frédéric Jésus sur l'externalité de ce type de perception de la réussite sociale qui est complètement éloigné de l'individu : « au concept ambigu mais idéalisé de "RÉUSSITE", lequel désigne (étymologie à l'appui) une issue, certes réputée heureuse, mais indexée à un résultat prédéterminé et défini sans le sujet concerné, voire loin de lui. »²⁶⁸

« Réussir socialement, c'est déjà travailler, c'est occuper un poste qui correspond à ce qu'on voulait faire comme métier, ce n'est pas quelque chose de contraint qui ne correspond pas à ses attentes, en tout cas moi, en tant que cadre de santé, je me sens à ma place, voilà, je ne suis pas contraint tous les jours à venir travailler. Oui, c'est aussi une reconnaissance de la part de mes parents, c'est une réussite professionnelle, c'est quand même important. Mes parents m'ont permis de faire des études, il était important, aussi pour moi, d'avoir une situation stable. C'est aussi, une façon pour moi de reconnaître l'investissement de mes parents par rapport à moi. Mais, je pense que la définition de la réussite sociale est très individuelle, après vous pouvez avoir des personnes qui sont rentiers, qui n'ont pas besoin de travailler, après ils peuvent avoir une vie personnelle très riche et peut-être s'investir dans des milieux caritatifs, des milieux culturels, je pense que la réussite sociale est quelque chose, un concept très individuel, chacun définit sa réussite sociale déjà selon ses acquis, selon sa culture, sa religion, de ses valeurs. C'est très, en tout cas pour moi, c'est très individuel comme notion. »

Entretien 18

LES VOCATIONNELS : le champ lexical de la réussite sociale est parsemé de notions qui font écho à la valorisation de la singularité de la personne, de son bien-être et de son épanouissement. Chez les vocationnels, il y a une grammaire du bonheur qui passe par une conception de la réussite sociale qui trace un cercle vertueux, humanisant dans lequel l'individu

²⁶⁸ *Op. cit.*, Jésus Frédéric, 2011.

trouve sa place et son équilibre. La réussite, ici, n'est pas externe à l'individu, elle est préalablement intérieure, elle correspond avant tout à un état de bien-être physique, psychique et moral qui positionne la personne dans un équilibre relationnel avec les personnes qui l'entourent. Pour les vocationnels, être heureux, donner de la signification à son agir, être en bonne santé, être en parfaite adéquation avec ses valeurs et ses aspirations, c'est le sens d'une vie réussie. Ce profil concerne la quasi-totalité des individus observés et que nous avons reçus en entretien. Ils ont une idée des trajectoires et des parcours de vie qui ne sont pas uniques, identiques ou prédéfinies et complètement linéaires. Mais ils énoncent une perception des trajectoires sociales en rapport avec les accidents de vie qui peuvent parfois parsemer le parcours des individus qu'ils accompagnent. Ils ont, de ce fait, une empathie naturelle vis-à-vis des usagers et des patients qu'ils ont en accompagnement. Les vocationnels ont une idée de la réussite sociale qui est principalement immanente à l'individu. Cette définition n'est pas influencée par des possessions extérieures ou par des aspects transcendants à l'individu. Cette idée rejoint assez clairement l'énoncé de Denise Jodelet sur les représentations sociales et leurs transmissibilités. Il y a principalement, chez les individus, une permanence dans la vision qu'ils ont de certaines choses.

« Je pense que la réussite sociale, elle est, et là encore... qu'est-ce que c'est que la réussite sociale ? Moi, je n'ai pas besoin d'avoir 1 000 € par mois pour dire que j'ai réussi en fait, j'ai réussi du moment que je suis heureuse et que je suis bien.[...] Moi, je pense que quand on fait les choses, il faut les faire parce que ça a du sens. Pas pour faire plaisir à autrui, ça m'est déjà arrivé de rencontrer des gens qui m'ont dit : moi je fais ça parce que mes parents m'ont dit, Moi, le matin je suis contente de me lever. »

Entretien 1

« Réussir c'est avoir un équilibre, ressentir un équilibre dans ce qu'on fait et ce qu'on aspire à faire. Ce qu'on est et ce qu'on aspire à être, c'est être en adéquation avec ses aspirations. Moi, je ne juge pas, pour moi, la personne a réussi si elle est satisfaite de sa position, les gens qui arrivent ici, qui ont eu des gros soucis, j'essaie de me projeter dans ce que vous me dites là. Ce matin, j'ai vu un monsieur qui a eu un passage à vide, il est resté à la rue pendant un moment. Je ne me suis même pas dit "il a échoué" enfin, ça ne m'est même pas venu à l'esprit de dire ça, voilà, il a eu un passage à vide il est en train de remonter la pente je n'ai pas d'échelle au niveau de l'échec social...»

Entretien 2

« Parce que chacun donne sa propre définition de sa réussite sociale [...] Voilà, exactement, enfin Si je peux me permettre, avant j'étais infirmière libérale et je gagnais bien ma vie. Et, maintenant, je gagne beaucoup moins bien ma vie puisque je travaille dans le médico-social. Mais, je ne pense pas à être descendue socialement quoi Je pense que je suis toujours au même niveau voilà, je pense que je ne suis pas descendue, je n'ai pas régressé, je gagne moins d'argent c'est tout. C'est un point de vue perso... Ce métier, ça n'a pas eu d'impact. »

Entretien 4

« Je trouve que la réussite sociale, c'est chacun à son niveau quoi On peut se sentir avoir réussi socialement en étant fier de son travail tous les jours, même si, c'est un travail qui ne figure pas dans les grands postes avec les grands salaires. Je trouve que si, c'est réussir socialement pour ne pas avoir de vie et écraser les gens, ça c'est mon avis, je ne le dirais pas après, il y a des personnes pour qui ça va convenir. Mais pas moi.»

Entretien 7

« Être heureux... C'est quoi réussir ? Moi, je ne sais pas, en fait, s'il y a... Je ne sais pas, il y a la question d'être entouré, d'être heureux mais, c'est clair que la société aujourd'hui fait que pour réussir... Je ne sais pas si c'est ce qu'on a qui définit en fait ...moi, ce que je dis toujours personnellement, mon mari gagne très bien sa vie moi, j'ai un métier qui me permet de gagner ma vie et, en fait, ce que je dis toujours, c'est qu'il y a des gens qui sont jaloux etc. Moi, je le fais avec le cœur je m'en fous mais, oui franchement, je trouve que... Et puis, la définition du bonheur, c'est encore quelque chose de subjectif, il y a des gens qui pourraient paraître heureux, parce que voilà et, en fait, ils ne le sont pas, voilà pourquoi c'est subjectif. En fait, on ne connaît pas le parcours des gens. Moi, mes filles sont en bonne santé, j'ai un travail qui me plaît, je suis amoureuse ... voilà mon idée, je suis mariée les gens sont en bonne santé autour de moi...»

Entretien 5

« Réussir socialement ... avoir des amis et avoir quand même une famille aussi, mais, déjà d'être entouré. Je vois à quel point l'isolement ça peut détruire. En fait, voilà, il peut y avoir des gens qui vont au boulot financièrement ça va mais, en fait, ils sont tellement isolés, c'est aussi l'isolement ça fait de gros dégâts quand même...»

Entretien 6

« Réussir ? C'est avoir réalisé ce qu'on avait rêvé quand on était plus petit peut-être et se satisfaire enfin, d'être heureux dans ce qu'on fait... Pour moi, c'est vraiment ça. »

Entretien 8

« Alors, c'est tellement vaste, la réussite sociale pour moi, c'est un épanouissement, c'est comment dire... un état dans lequel on peut être complètement épanoui, un état psychique et physique. L'épanouissement, il peut être lié au travail, à la vie personnelle, au loisir. Je ne ciblerais pas la réussite sociale sur le travail, je ciblerais la réussite dans sa globalité, de façon générale, si moi je suis bien dans ma globalité, je serais convaincu d'avoir réussi socialement. »

Entretien 14

« En fait, pour moi, la réussite sociale c'est avoir réussi, c'est avoir une vie épanouie, heureuse, qu'on soit reconnu comme socialement en haut ou en bas peu importe, en clair la réussite sociale pour moi, c'est le fait d'avoir trouvé sa place et d'être épanoui dans la société quel que soit le niveau de revenu, de responsabilités, de travail, peu importe, c'est le fait qu'on soit tous différents, qu'on fasse des métiers différents qui fait que l'on vive bien ensemble. Si on met tout le monde en haut, il y aura un problème, si on met tout le monde en bas il y aura aussi un problème. On a besoin d'avoir des gens qui sont contents et compétents d'être à leur place et, c'est le travail ensemble qu'on fait ici. Comme nous sommes dans cette maison de santé, des gens qui considèrent que de par leur fonction paramédicale il y a une hiérarchie entre le fait d'être médecin ou quoi que ce soit, quand on apporte des compétences différentes ce qui fait que ça fonctionne, c'est justement qu'on est différent et qu'on n'apporte pas les mêmes choses. »

Entretien 20

« La réussite sociale...tu vois, ça justement j'ai du mal à la définir... [il réfléchit longuement] pour moi, ce n'est pas forcément être totalement épanouie, peut-être dans sa vie professionnelle et d'être tout en haut de l'affiche, déjà être bien dans sa tête, d'être en harmonie avec soi-même, avec ses valeurs, pour pouvoir apprécier ce que l'on est et, avoir aussi une meilleure estime de soi, en avoir une aussi, parce qu'il y a des gens justement qui l'ont perdu ou qui ne l'ont pas. De pouvoir après se sentir bien au sein d'un groupe des fois c'est un groupe familial, amical ou même dans une relation sentimentale amoureuse mais, c'est aussi d'être à sa place dans ses choix, si déjà on arrive à les faire, parce que et je le vois dans mon travail, il y a des gens qui ne sont pas en capacité de faire ces choix. Pour moi, la réussite sociale n'est donc pas avant tout une réussite financière, c'est déjà se sentir bien, à sa place dans ce qu'on a comme valeurs... voilà Valeurs humaines, sociales, politiques et de plus être en adéquation avec soi-même. »

Entretien 11

« Aujourd'hui à mon âge, 46 ans, j'ai le recul, je ressens que j'ai le recul par rapport à la pression de la société et la pression de la réussite. Aujourd'hui, moi, j'ai passé le stade de devoir prouver aux autres, aux amis, je n'ai rien à prouver, le peu de gens qui gravitent autour de moi, je n'ai plus besoin de leur prouver quoi que ce soit. Vous voyez tous les gens, la pression sociale de toute façon chez les autres peut-être, chez les plus jeunes, mais moi, je ressens que j'ai passé un stade depuis peu, ce n'est pas non plus ancien où je me fous complètement de l'apparence de posséder de belles voitures, machins trucs, ce n'est pas du tout un moteur pour moi, je crois, ça a à voir avec une espèce de maturité liée à l'âge et à voir aussi avec les priorités qu'on a c'est tout. Les choses ostentatoires, moi ça ne m'a jamais fait rêver autant que ça. Les grosses bagnoles, vous voyez, pas du tout ça ne m'a jamais fait rêver du tout j'ai cette chance quoi, donc, il y a moins de frustration pour quelqu'un comme moi qui n'a jamais été en admiration de la réussite sociale. Moi, la réussite elle n'est surtout pas financière voilà, j'ai pleins de gens qui ont de très très bons moyens et qui ne sont pas du tout épanouis, parce que plus on a je pense, plus on en a plus on veut. Il n'y a jamais de satisfaction, il faut toujours courir encore plus beau, plus grand, encore plus, toujours plus mais moi, je me suis arrêté à la réflexion de ce que je possède et je me rends compte que ce que je possède, ce n'est pas la folie mais, j'ai appris à apprécier à m'en contenter... C'est bien aussi de se contenter parce que ça permet de se poser un petit peu parce que courir encore après quelque chose de meilleur tout le temps, pour certaines personnes, c'est fatigant, et moi, j'en ai plus envie, enfin, ça n'a jamais été mon truc quoi. Je sais me contenter de ma vie simple vous voyez, je ne sais même plus ce que c'était la question... »

Entretien 19.

Nous pouvons dégager de façon générale deux principaux critères qui influencent la perception de la réussite sociale chez les individus comme nous l'avons déjà suggéré plus haut : leur subjectivité propre et la société. La réflexion autour de la réussite sociale tourne aussi autour de ce que les gens se représentent comme étant lié de fait à la réussite sociale. Quelle serait par exemple la place du travail, ou encore du bien-être, de l'épanouissement dans cette idée de « vie bonne » pour paraphraser Luc Ferry ? C'est dans cette perspective que nous avons construit une deuxième variable dans cette réflexion. Ce questionnement prolonge la réflexion autour du couple individu/société, ce que j'envisage et conçois comme réussite est-il un rapport mimétique de ce que la société me projette ? Ou alors j'intègre ma subjectivité et ma vision en tant qu'individu singulier et autonome ?

Dans la partie qui suit, nous analyserons l'impact du travail dans la construction d'une perception de la réussite sociale. La place du travail dans sa perspective expressive et instrumentale est centrale dans notre société. Les différentes constructions sociales autour de l'institution du mariage et celle de la famille par exemple, interrogent aussi leurs caractères normatif et conformiste dans la perception de ce que nous envisageons comme réussite sociale. C'est, par ailleurs, l'argument principal qui tient la réussite sociale comme une réponse très normative. Nous avons voulu mesurer les enjeux individuels et intrinsèques, la part d'autonomie individuelle dans l'idée de cette réussite sociale ; ceci, venant en écho avec la constance demande d'épanouissement, de quête de sens, de signification dans l'agir professionnel, et de reconnaissance²⁶⁹. Notre idée cherchait, en outre, à interroger la provenance de la perception de l'échec ou de réussite ressentie et perçue chez les individus en tenant compte de la théorie de Frederick Herzberg et, aussi, en tenant compte du regard des autres, de la place de l'altérité dans la signification de nos perceptions et de nos représentations. Le projet de la modernité comme le suggérait Rosanvallon²⁷⁰ tourne autour de l'autonomie du sujet, de sa singularité, et autour de ce que Bernard Lahire nomme « *le mythe de l'intériorité* »²⁷¹. Le « mythe de l'intériorité » d'après François de Singly, se serait « *lentement constitué en Occident jusqu'à devenir une exigence normative pour chacun de nous.* »²⁷²

²⁶⁹ Honneth Axel (2013), *La lutte pour la reconnaissance*, Paris, Gallimard, (Trad de l'allemand par P. Rush). & Fraser Nancy (2011), *Qu'est-ce que la justice sociale ? Reconnaissance et redistribution*, Paris, La Découverte.

²⁷⁰ *Op. cit.*,

²⁷¹ *Op. cit.*, Lahire, 2019, p. 16.

²⁷² De Singly François (2001), « La naissance de l'individu individualisé et ses effets sur la vie conjugale et familiale », in François de Singly (dir.), *Être soi parmi les autres*, tome 1, *Famille et individualisation*, Paris, L'Harmattan, p. 6.

Le modèle de Frederick Herzberg analyse la satisfaction et l'insatisfaction au travail, transposable ici à l'idée de la provenance du sentiment d'échec ou de celui de réussite. Selon Frederick Herzberg, les facteurs conduisant à des attitudes positives envers le travail diffèrent de ceux conduisant à des attitudes négatives : « *Le contraire de satisfaction dans le travail, ce n'est pas insatisfaction dans le travail mais plutôt : pas de satisfaction dans le travail ; de même le contraire d'insatisfaction dans le travail ce n'est pas satisfaction mais plutôt : pas d'insatisfaction* »²⁷³. Car si les moments heureux se trouvent liés :

- au travail lui-même,
- à des succès dans sa réalisation,
- à la réussite professionnelle...

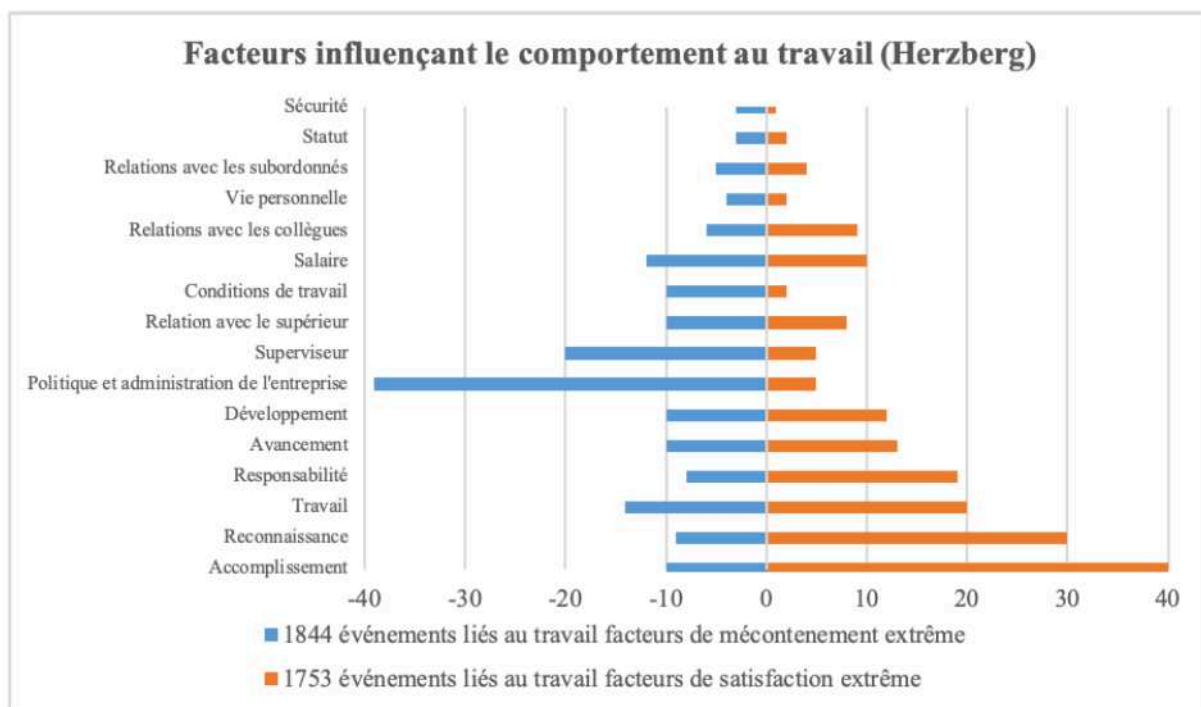
les facteurs de satisfaction personnelle proviennent du besoin humain de réaliser ses potentialités. Les moments déplaisants ne renvoient pas directement au travail mais aux conditions dans lesquelles il s'exerce :

- supervision,
- relations interpersonnelles,
- conditions physiques de travail,
- salaire,
- pratiques de direction,
- sécurité du travail

Ils sont liés aux besoins humains d'éviter les peines physiques et les conflits sociaux (facteurs de santé morale et d'hygiène au travail). Lorsqu'ils sont présents, ils sont considérés comme normaux et ne produisent aucune satisfaction particulière. D'une manière plus précise, les principaux facteurs influençant le comportement au travail se retrouvent sur un axe mécontentement/satisfaction.

²⁷³ Herzberg Frederick (1971), *Le travail et la nature de l'homme*, Paris: EME.

Graphique 4 : Facteurs influençant le comportement au travail (Herzberg).



Source : (Herzberg, *Le travail et la nature de l'homme*)

Il ne suffit pas de créer un environnement favorable (esthétisme, aménagement intérieur) pour stimuler positivement les individus, il faut rendre le travail intéressant pour l'individu (qu'il ait un sens). À ces éléments de l'environnement, Frederick Herzberg donne le nom d' « hygiène », en ce sens que l'hygiène est préventive et non pas curative. L'hygiène (au-delà des politiques de stimulation et d'intéressements financiers) est d'autant plus nécessaire que le travail n'est pas « motivateur », c'est-à-dire que le travail est parcellaire, monotone, répétitif, sans responsabilité et sans occasion de se « réaliser » (« auto réaction »). Frederick Herzberg pense qu'il existe une causalité probable entre la satisfaction et le rendement. Pourtant, si cette théorie paraît intéressante au premier abord, elle ne se confirme pas telle quelle dans les observations empiriques. Même en augmentant la considération, par exemple, de deux individus *a priori* identiques, pour l'un, ce changement aura un effet positif sur sa satisfaction et sa motivation, pour l'autre, pas. Le premier écueil de cette théorie repose sur un « biais de complaisance » dû à la technique d'interrogation utilisée :

- le fait de demander à un individu de narrer un événement positif le conduit le plus souvent à se considérer comme l'instigateur principal de cette réussite (d'où une réponse centrée sur son propre investissement dans le travail) ;

– la narration d'un événement négatif, en revanche, est le plus souvent centré autour de la responsabilité non pas personnelle mais de tiers (d'où la hiérarchie par exemple).

Le second écueil est de ne pas considérer la variabilité des facteurs psychosociologiques qui jouent sur la représentation et la valeur du travail et de l'investissement professionnel de l'individu ainsi que du type d'activités. Nous pouvons, avec Herzberg, définir que, l'échec ou la réussite n'ont parfois de résonance qu'au contact de cet environnement dans lequel ils s'inscrivent, corrélés aux aléas de « l'hygiène » et de la variabilité des caractères psychosociologiques.

Il en ressort, sans revenir à la vieille querelle entre l'existentialisme de Jean-Paul Sartre qui envisageait la toute-puissance du sujet face aux structuralistes qui n'énonçaient que le primat des entités sociales, proclamant ainsi la négation du sujet, qu'il faut aussi soutenir, dans une perspective globale de cette analyse des entretiens des professionnels, que les polarités d'analyses de la réussite sociale tournent essentiellement autour de deux inconditionnelles sphères : la sphère sociétale et la sphère individuelle. Loin de penser une domination de l'une ou de l'autre, ou encore une opposition irréconciliable, il faut admettre qu'elles s'entretiennent et s'irriguent mutuellement dans la définition du sens que les individus donnent à leurs représentations et à la perception du monde qui les entoure. Les sociologues qui ont travaillé sur cette dynamique de l'individu comme Ferdinand Tönnies, Anthony Giddens, Louis Dumont avec son approche qui oppose une conception holistique de la société et une conception individualiste avec *l'homo hierarchicus*²⁷⁴ et *l'homo aequalis*²⁷⁵ mais, aussi, les travaux de Norbert Élias qui proposent un dépassement de cette impertinente opposition en pensant et en agaçant *La société des individus*²⁷⁶. Ces différents travaux montrent ce que Patrick Savidan appelle : « les enjeux d'une question d'ontologie sociale »²⁷⁷. Pour le dire simplement, le couple individu/société est le moteur de l'institution du social.

L'analyse des entretiens fait apparaître la crise et le fossé qui se creuse de plus en plus entre, les discours à visée normative et conformistes, et les enjeux chez les individus de se démarquer par leurs singularités propres. Ces réflexions des professionnels autour de l'idée de la réussite

²⁷⁴ Dumont Louis (1966), *L'homo hierarchicus*, Paris, Gallimard.

²⁷⁵ Dumont Louis (1985), *L'homo aequalis*, Paris, Gallimard.

²⁷⁶ Elias Norbert (1991), *La société des individus*, Paris, Fayard.

²⁷⁷ Savidan Patrick (2008), « Individu et société : les enjeux d'une controverse. Les vecteurs de la cohésion sociale », *Informations sociales*, vol. 145, n° 1, pp. 6-15.

sociale questionnent les formats normatifs des trajectoires biographiques et les modèles d'imposition sociale. Cette analyse des perceptions de la réussite sociale et la « victoire » des vocationnels, est un indicateur pertinent qui autorise à envisager la circulation d'une mentalité singulière, d'une communauté de valeurs, et d'un sens commun d'appréhension collective dans le médico-social que nous nommons ici, économie morale. Chez les vocationnels, il y a la permanence d'une vision de la vie ancrée dans des valeurs. Comment dans ce questionnement de sens sur les valeurs, sur les impositions sociales, peut-on saisir la définition fonctionnaliste du travail ? Le travail comme valeur instrumentale ou le travail comme valeur expressive ? Quelle est véritablement son importance dans l'idée de la réussite sociale chez les individus ? Est-il une mesure ou un indicateur fiable de cette réussite sociale ?

1.2. *Le travail comme l'étalon de mesure.*

Hannah Arendt écrit : « *Ce que nous avons devant nous, c'est la perspective d'une société de travailleurs sans travail, c'est-à-dire privés de la seule activité qui leur reste. On ne peut rien imaginer de pire.* »²⁷⁸ La philosophe va situer le travail dans la sphère de ce qu'elle appelle la « *vita activa* », opposée à une vie qui est souvent mise en avant par les religieux et les philosophes qui est la « *vita contemplativa* ». Elle écrit : « *Je propose le terme de "vita activa" pour désigner trois activités humaines fondamentales : le travail, l'œuvre et l'action. Elles sont fondamentales parce que chacune d'elles correspond aux conditions de base dans lesquelles la vie sur terre est donnée à l'homme.* »²⁷⁹ C'est dans cette triade notionnelle qu'Hannah Arendt pose la valeur et le sens de la condition humaine et de l'homme moderne. Le travail comme objet sociologique a été au centre des préoccupations de plusieurs penseurs et philosophes allant d'Adam Smith, John Locke à Karl Marx, ou encore d'Émile Durkheim à Hannah Arendt en passant par Max Weber, tous ont cherché à comprendre et à analyser le travail sous différentes approches. Une approche qui identifie le travail comme valeur et comme objet d'exploitation, une autre qui va, chez Émile Durkheim par exemple, mettre en avant la valeur intégrative du travail et son utilité sociale. D'autres approches qui chercheront à envisager la notion du travail

²⁷⁸ Arendt Hannah (1983), *La condition de l'homme moderne*, Paris, Agora, p. 38 (1^{ère} éd. : 1958).

²⁷⁹ *Op. cit.*,

comme constitutive de la création des statuts et des identités chez les individus mais aussi, à saisir le travail comme étant source d'épanouissement, d'accomplissement et de bonheur²⁸⁰.

Une autre approche se penchera sur la souffrance au travail²⁸¹, son émiettement, le chômage de masse engendré par ce travail²⁸², qui est le point de départ de la déliaison sociale qui est souvent à l'origine de la disqualification des individus, de la précarité et de la pauvreté. Toutes ses approches montrent la fertilité de la notion et surtout sa centralité dans nos sociétés aujourd'hui. Car, c'est par le travail qu'on réussit, qu'on est reconnu et intégré, c'est aussi par le travail qu'on est exclu et précarisé. Cette double sémantique du travail, comme l'expose Pierre Michel Menger « *La double sémantique du travail l'exprime bien, qui oppose le labeur à l'œuvre, le fardeau à la réalisation* »²⁸³, est intéressante parce qu'elle oppose le travail comme lieu d'accomplissement et d'épanouissement au travail et, le travail, comme lieu de torture²⁸⁴, de stress, de disqualification. En définitive, cette dialectique antinomique va opposer « *les insiders protégés, et les outsiders exposés.* »²⁸⁵

Notre analyse du travail s'attèlera à appréhender le travail dans sa perspective expressive et instrumentale. Nous situerons notre approche dans la continuité des travaux de Pierre Michel Menger. Mais cette approche sera aussi complétée par celles de Vincent de Gaulejac²⁸⁶, de Christian Baudelot et Michel Gollac²⁸⁷ et par la perspective pathogénique du travail envisagée par Dominique Lhuilier²⁸⁸.

À la question de savoir « quelle est l'importance du travail dans notre société et dans leur vie ? », voici, quelques réponses des professionnels interrogés.

²⁸⁰ Baudelot Christian, Gollac Michel (dir.) (2003), *Travailler pour être heureux ? Le bonheur et le travail en France*, Paris, Fayard.

²⁸¹ Lhuilier, Dominique (2019), « Clinique du travail », in Valléry Gérard (dir.), *Psychologie du Travail et des Organisations : 110 notions clés*, Paris, Dunod, pp. 100-104.

²⁸² *Op. cit.*, Castel Robert, 1995.

²⁸³ Menger Pierre Michel (2014), *La différence, la concurrence et la disproportion : Leçon inaugurale prononcée le jeudi 9 janvier 2014*, Paris, Collège de France, p. 9.

²⁸⁴ L'étymologie latine *tripalium* du mot travail fait référence à un instrument de travail faisant ressortir trois pieux.

²⁸⁵ *Ibid.*, p. 8.

²⁸⁶ De Gaulejac Vincent (2015), *Travail, les raisons de la colère*, Paris, Points.

²⁸⁷ *Ibid.*,

²⁸⁸ *Ibid.*,

« J'ai besoin dans ma vie de tous les jours d'être épanouie au travail, si je ne suis pas épanouie au travail je serais malheureuse dans ma vie personnelle. Je suis sûre, j'en ai fait l'expérience et, à l'inverse, ça me touchera peut-être moins d'être malheureuse dans ma vie, pourtant moins épanouie dans ma vie personnelle plutôt que professionnelle. Le travail pour moi, c'est un moteur, c'est un travail que j'ai choisi depuis que je suis toute jeune, c'est quelque chose qui m'anime, moi je n'ai pas forcément l'impression de travailler, il faut savoir que c'est un travail et que j'y vais tous les jours mais, je le fais parce que je suis passionné, je le fais parce que j'aime ce que je fais et, je me suis toujours dit, toujours promis que le jour où j'y vois plus de sens, plus d'intérêt et que, je me lève le matin en trouvant que c'est plus possible il faut arrêter. Il faut arrêter pour moi, il faut arrêter pour les gens qu'on accompagne parce qu'il mérite toutes choses et que, on doit leur apporter un accompagnement le mieux possible et qu'ils n'ont pas à subir les états d'âme de l'accompagnant. »

Entretien 1

« Le travail, je pense qu'aujourd'hui, on y accorde beaucoup de place peut être un petit peu trop, et, je trouve que en tout cas, c'est mon avis, au niveau de l'équilibre tout simplement familial, humain, je pense qu'on est peut-être trop stressé, pollué par le travail. Je pense qu'aujourd'hui, on est encore plus dans des conditions, un peu des exigences qui ne sont pas très agréables mais, c'est vraiment ce que je ressens en général. Quand j'entends des personnes, j'ai l'impression qu'on vit pour travailler et non travailler pour vivre c'est quand même le contraire ... Je trouve que ça prend beaucoup de temps, de place et surtout, de charge mentale. Moi, j'essaie vraiment quand je rentre chez moi, le travail c'est le travail, ça reste au travail... »

Entretien 6

« C'est vrai, mais en fait, je dirais... j'irais plus loin, même en termes de niveaux d'études, il y a déjà une cassure qui se fait. C'est-à-dire que vous allez avoir des cadres qui vont se mettre d'un côté, et puis, il va y avoir une cassure par rapport aux gens qui ont fait des petites études, des métiers manuels tout ça, et pourtant, je ne vois pas la différence, chacun fait son boulot on a besoin de tout le monde en fait. J'ai également un problème avec ça et, je trouve ça dommage que le travail... c'est bien le travail on le sait, c'est là où on passe le maximum de temps, finalement donc pour moi, c'est important qu'on s'y sente bien, mais maintenant, si on n'a pas de travail ça veut dire quoi ? Qu'on a plus de place ? Je trouve que la société devrait pallier à ça, parce que, je pense que pour beaucoup de gens, ce serait plus facile de retrouver du travail s'ils ne perdaient pas leurs liens. S'il n'y avait pas cette cassure en fait, parce que quand on est isolé en fait on perd un peu de tout et, si on arrivait à gérer en fait ce lien, en continuant à avoir du lien derrière, je pense qu'on retrouverait beaucoup plus facilement du travail. »

Entretien 8

« Pour moi, c'est fondamental, le travail parce que, c'est ce qui permet à la fois de faire vivre sa famille, une source financière au sens matériel et noble du terme. J'ai transpiré, genre on obtient quelque chose et, du coup, j'en fais profiter mon entourage et j'aide mes enfants et tout le monde à grandir. Mais aussi, en termes d'image de soi, de regard, cette fois, de qui je suis, d'introspection, de représentation de soi-même. Je fais sincèrement je...je pense que, une des grandes erreurs qui a été commise sur le plan politique c'est de considérer que la France... notamment que la réponse finalement aux difficultés c'était l'assistance. Je pense qu'on aurait rendu bien plus de services à la population, aux populations, ramener donc chacun à bien se former du mieux possible, plutôt que de dire... » non alors toi, t'es déjà en difficulté, t'es holala, ta situation ça a l'air tellement compliquée que voilà je vais te donner le minimum mais surtout, reste dans ton coin, ne parle pas trop de ça et ça ira bien comme ça voilà. » Mais, je dis vraiment qu'on mette en place des systèmes protecteurs, qu'on aide les plus fragiles aucun problème, mais, à un moment donné, si c'est juste s'arrêter à ça, on ne va pas jusqu'au bout voilà. Il manque cette partie-là de remettre le pied à l'étrier pour finalement redonner une perspective, donc redonner un espoir aux gens. Sans vouloir donner juste, » et puis toi, ça fait trop longtemps et puis toi c'est machin, t'as pas, t'as pas fait de formation et puis t'as déjà 50 ans et en plus tu picoles. Donc voilà, surtout, reste bien là, bien en bas, ne viens pas nous déranger. » Je pense que oui dans pas mal de dispositifs, il manque vraiment cette reconnaissance, c'est tout bête mais, de l'effort et de la récompense, je suis désolé mais, je viens de la méritocratie donc...j'ai donné ce goût là à mes enfants et je pense que ce n'est pas un mauvais choix de dire qu'il faut donner pour recevoir voilà. Mais, qu'il faut donner aussi aux gens la possibilité, même si ce n'est pas grand-chose, mais de par l'action qu'ils vont mener, d'avoir un peu de reconnaissance voilà.[...] Alors, pour mieux me faire comprendre, au lieu d'utiliser le mot travail qui est très en lien avec l'aspect financier, parce que le travail nous apporte de l'argent et pour assumer voilà mon existence matériel c'est plutôt l'activité, c'est plutôt l'action, c'est en fait ce que je regrette, c'est qu'on ne couple pas des moyens d'assistance avec de l'activité. Ce n'est pas forcément un travail. Mais, tout ça, ça va, tout ça va concerner une certaine partie. »

Entretien 12

L'analyse des déclarations des professionnels interrogés fait intervenir les deux représentations du travail. La première, relative à sa valeur expressive (émancipation, accomplissement de soi, bonheur, etc.) et la seconde, sa valeur instrumentale décomposée en deux versants, un premier, lié aux poids des formats normatifs (imposition sociale), un deuxième, lié au temps et à l'hétérogénéité des structures sociales (nécessité conjoncturelle). L'étude de ces déclarations montre une fois de plus, à quel point la typologie réalisée sur la perception de la réussite sociale continue à se montrer pertinente pour justifier le positionnement de ces professionnels. Les différents professionnels qui vont se situer sur l'aspect émancipation, épanouissement, accomplissement de soi au travail et donc, du côté de la valeur expressive du travail, sont majoritairement les vocationnels. Ils ont une conception du travail qui ne s'insère pas dans des catégories d'imposition normative. Le travail est pour eux un lieu essentiel dans la réalisation de leur être, même s'il y a souvent chez ces professionnels une disjonction et des injonctions paradoxales entre la vision de la réalisation qu'ils ont de leur travail et la commande institutionnelle qui vient souvent agir comme une sorte d'imposition à un niveau *supra*. Il apparaît de façon majoritaire pour les vocationnels que le travail est avant tout vecteur d'émancipation et surtout d'accomplissement de soi.

Cette perspective rejoint celle de Michel Gollac et Christian Baudelot sur le bonheur au travail, leur postulat principal était d'analyser le travail dans une approche de bonheur et de plaisir, *Travailler pour être heureux*. C'est également sous cette focale que Pierre Michel Menger dans son approche du travail créateur évoque de façon singulière, les deux définitions fonctionnelles du travail : « *les deux définitions fonctionnelles du travail, sa valeur instrumentale et sa valeur expressive. Selon la première, le travail est l'engagement de l'énergie individuelle dans des conditions plus ou moins pénibles d'effort physique et de charge mentale. Selon la seconde, il est la réalisation de soi dans l'agir productif.* »²⁸⁹

Cette réalisation de soi dans l'agir productif érige le travail comme valeur centrale dans la vie des individus car, comme le souligne encore dans sa leçon inaugurale au Collège de France Pierre Michel Menger, « *Le travail est non seulement qualifié, mais qualificateur* »²⁹⁰. C'est par lui que l'individu s'accomplit et s'émancipe.

²⁸⁹ *Op. cit.*, Menger, 2014, p. 7.

²⁹⁰ *Op. cit.*, Menger, 2014, p. 18.

Il y a ensuite, les capitalistes et les carriéristes. Chez eux, il persiste la permanence d'une idée du travail qui ignore le sujet dans sa singularité et dans la définition de ses aspirations. Cette permanence est celle qui voit dans le travail des aspects d'imposition sociale, de normativité et, surtout, en termes de dissonance cognitive pour l'individu et ses aspirations propres. Le travail est caractérisé principalement comme *La machine du chômage*²⁹¹ à laquelle il faut échapper, un chômage de masse source de honte, de discrédit, de déliaison sociale, de désaffiliation, de disqualification et de même comme producteur de stigmaté.

Si Jeremy Rifkin sonnait *La fin du travail*²⁹² en prédisant l'avènement de l'ère technologique et robotique dans les entreprises, on peut suggérer une crise profonde de la valeur travail dans nos sociétés. Cette crise est consécutive à l'émiettement de l'emploi et à la précarisation des statuts. Cette analyse des entretiens montre que la valeur travail n'est pas en voie de disparition comme l'affirme Dominique Méda dans son ouvrage²⁹³. Elle est peut-être en mutation avec des enjeux qui se déplacent de la sphère intégrative sociale vers la sphère privée et le besoin des individus de trouver une médiation et une conciliation dans l'agencement des aspirations individuelles et les logiques managériales professionnelles. Accepter la relégation du travail comme vecteur d'intégration, comme le souligne René Llored « *C'est donner le primat à d'autres formes d'intégrations communautaires particularistes* »²⁹⁴, à l'instar des appartenances communautaires. Pour vivre ensemble et conserver par ailleurs, les acquis de cette cohésion sociale, Alain Touraine²⁹⁵ propose de préserver l'intégration par le travail avec l'idée de concilier, d'un côté, l'intégration par le travail à la société et, de l'autre, de respecter dans le même mouvement toutes les identités particulières.

Le travail structure par cette dialectique instrumentale et expressive tout le *logos* autour de la perception de la réussite sociale que les individus peuvent avoir, du moins, dans l'aspect normatif. C'est par le travail qu'on est reconnu et, c'est encore par le travail qu'on s'accomplit et qu'on s'émancipe véritablement. Il est créateur de statuts, de reconnaissance et du sentiment d'exister. Il est, de ce fait, primordialement, perçu par les individus comme structurant toutes leurs représentations et toutes les perceptions enchâssées dans l'idée d'une réussite socialement

²⁹¹ Sauvy Alfred (1980), *La machine du chômage*, Paris, Dunod.

²⁹² Rifkin Jeremy (1994), *La fin du travail*, Paris, La Découverte.

²⁹³ Méda Dominique (1995), *Le travail, une valeur en voie de disparition*, Paris, Aubier.

²⁹⁴ Llored René (2018), *Sociologie. Théories et analyses*, Paris, Ellipses, p. 368.

²⁹⁵ Touraine Alain (1997), *Pourrons-nous vivre ensemble ? Égaux et différents*, Paris, Fayard.

définie. Travailler sur les vertus philosophiques du travail, c'est aussi travailler sur les notions de sens, de responsabilités mais, aussi, d'interdépendances. Le travail comme norme est peut-être en crise et en déclin mais le travail comme valeur, comme objet de reconnaissance sociale, reste incontestablement une notion forte et partagée par tous. C'est ce que soulignait cette professionnelle dans un entretien : *« J'ai besoin dans ma vie de tous les jours d'être épanouie au travail, si je ne suis pas épanouie au travail je serais malheureuse dans ma vie personnelle. Je suis sûre, j'en ai fait l'expérience et, à l'inverse, ça me touchera peut-être moins d'être malheureuse dans ma vie, pourtant moins épanouie dans ma vie personnelle plutôt que professionnelle. Le travail, pour moi, c'est un moteur, c'est un travail que j'ai choisi depuis que je suis toute jeune, c'est quelque chose qui m'anime, moi je n'ai pas forcément l'impression de travailler. »*²⁹⁶

Percevoir une forme d'attitude collective, un sens commun d'appréhension collective d'un problème à travers l'analyse de perceptions et de conceptions de certaines notions essentielles dans la vie des individus en société et notamment des professionnels de l'« aide » peut être une posture assez pertinente d'anticipation sur les conduites possibles et envisageables de ces professionnels. En outre, cette approche peut suggérer et envisager l'existence et la circulation d'une économie morale spécifique à ce champ d'intervention. La façon de concevoir la réussite sociale et le travail dans les sociétés, détermine les modalités d'accompagnement qui seront mises en avant. Les vocationnels souligneront la primauté de l'intersubjectivité des individus qu'ils accompagnent, ils privilégieront le maintien de la singularité des individus.

Mais, au final, quelles sont les véritables ressorts de l'action des individus dans cette idée de réussite sociale ? La réussite ainsi socialement perçue n'est-elle pas une mission personnelle qui oppose l'individu à lui-même dans l'affirmation de ses aspirations et de son équilibre ?

²⁹⁶ *Op. cit.*, Entretien 1.

1.3. *La réussite sociale : un choix individuel.*

Dans l'hypothèse qu'une idée de réussite sociale soit admise par tous, c'est dans une visée de construction personnelle que cette réussite sociale prendrait tout son sens. Michel Gollac et Christian Baudelot dans leur postulat : *travailler pour être heureux*, décrivent le bonheur (au travail) comme « *un sentiment intime, pétri par les normes sociales* »²⁹⁷. Cette définition du bonheur au travail est assez complète parce qu'elle souligne sans rupture, le continuum et la médiation permanente qui existe entre l'individu et la société dans la perception de ce qu'il envisage comme réussite sociale. Après avoir souligné la constante demande de singularité des individus dans le projet de la modernité, et celui de leur autonomisation primordiale comme sujet réflexif, il devrait être validé l'idée selon laquelle, les aspirations les plus profondes de l'individu, comme la réussite, la réussite de sa vie, devrait provenir de lui-même en rapport avec ce qu'il s'est construit et a intériorisé comme normes, comme valeurs et comme volontés propres. Ténin Diabaté Touré écrit que, « *les valeurs émanent en grande partie de la personne, [...] elles viennent d'une négociation entre l'individu et son environnement social.* »²⁹⁸

L'individu est de ce fait, ou par ce fait, placé au cœur de son projet, au cœur de ses aspirations et de son équilibre avec son environnement social. Il y a, dans l'idée de la réussite sociale, quelque chose de très paradoxale. Autant il est parfois fort aisé de trouver dans les différents formats normatifs de l'accompagnement par exemple, la permanence de normes sociales qui participent à contraindre l'individu et à construire une trajectoire idéale pour les individus avec notamment la centralité de l'emploi, autant il est très difficile pour les individus de dire par leurs « mots » ce qui est de l'ordre de cette réussite. Il y a comme une cécité des individus à percevoir et à trouver une délibération entre ce construit externe, et ce qu'ils ont intériorisé et admis eux-mêmes comme relevant de la réussite sociale. Les valeurs sont au centre de cette réalisation de soi, une réalisation de soi qui passe par l'indispensable médiation entre les normes sociales parfois « *pliés, et dépliés* »²⁹⁹ et les valeurs résultantes de nos différentes expériences et de nos socialisations. La notion de choix individuel met en avant une volonté personnelle du sujet de se montrer capable de s'arrimer dans un processus intégrant des aspects de normativités

²⁹⁷ *Op. cit.*, Beudelot & Gollac, 2003.

²⁹⁸ *Op. cit.*, Diabaté, 2015.

²⁹⁹ *Op. cit.*, Lahire, 2019.

sociales et d'exigences de réalisation de soi. Si la réussite sociale était une échelle, il conviendrait à chacun de porter le curseur à la hauteur qui lui conviendrait. La réussite sociale doit, de ce fait, être imprégnée de toutes ces singulières et atypiques attitudes qui différencient les individus entre eux. Réussir sa vie c'est peut-être, avant tout, être continuellement dans la célébration de sa singularité et de sa différence. Il faut fuir par nature, tout ce qui tend à homogénéiser, à niveler et à gommer toutes les différences, pour produire des spécimens identiques. Les valeurs sont les seules véritables boussoles à tenir dans la quête de sens et dans la signification des existences. La réussite sociale, pour les individus, c'est avant tout une réalisation de soi dans une perspective strictement personnelle. Les notions de réussite et d'échec sont à rapporter de façon constante à la subjectivité de l'acteur³⁰⁰. C'est lui qui intègre les potentialités en termes d'échec et de réussite, c'est lui qui fixe dans la polycentricité de son existence le pôle qui influencera le plus sa quête d'équilibre et sa réalisation.

François Jacob³⁰¹ parlait de sciences du jour et de sciences de la nuit si, à l'image de cette allégorie, il nous fallait transposer cette illustration à notre réflexion sur la réussite sociale, nous dirions qu'il existe deux faces : une face diurne correspondant principalement à une délibération entre les espérances subjectives et les probabilités objectives de l'individu, et une face nocturne représentant les normes sociales. C'est dans un mouvement autocentré que l'individu délibère constamment entre ce qu'il espère subjectivement en termes de probabilités objectives, et l'inconditionnelle contrainte extérieure liée à son environnement et aux normes socialement définies.

La notion de choix individuel dans la conception de la réussite sociale correspond aussi, *in fine*, à une autre extrapolation de l'analyse, celle qui replace le sujet évoqué dans l'histoire et la mise en récit de la genèse et des multiples évolutions et transformations de la notion d'individu : « Pour tous ces auteurs, l'individualisme a une histoire. Le fait d'ériger sa propre vie en tant que norme suprême n'est pas une préoccupation naturelle et universelle. C'est une " construction sociale ", une invention liée à des formes sociales particulières. »³⁰² L'individu tel que nous le concevons aujourd'hui a une histoire. Chaque époque de la modernité et de la

³⁰⁰ *Op. cit.*, Herzberg, 1971.

³⁰¹ Communication à l'Académie française le 26 janvier 1987, sous le titre « Science du jour, science de nuit ». Disponible sur le site internet de l'Académie française à l'adresse <https://www.academie-francaise.fr/science-de-jour-science-de-nuit-communication-lacademie-des-sciences-morales-et-politiques>.

³⁰² Dortier Jean-François (dir.) (2013), *Le dictionnaire des sciences sociales*, Auxerre, Sciences Humaines, p. 180.

postmodernité lui a consacré une spécificité. Dans les années quatre-vingts sa référence faisait allusion à « l'individu-roi », un individu autocentré, égoïste, hédoniste³⁰³. Les années quatre-vingt-dix font émerger une autre figure de l'individu beaucoup plus émietée et fractionnée dans laquelle on a une concentration de figures protéiformes qui mêlent incertitude³⁰⁴, maladie, angoisse, stress, *fatigue d'être soi*³⁰⁵, fragmentation de l'individu qu'on pourrait paraphraser avec Bernard Lahire³⁰⁶ en parlant « d'individu pluriel ». Dans cette trajectoire historiographique, une seule constance : la demande d'autonomisation de l'individu et l'injonction permanente de prise en main de sa vie et de sa destinée. Le projet moderne selon Pierre Rosanvallon a tourné autour de cette construction d'un individu libre, et autonome, qui peut envisager de se marier ou pas, qui peut même s'émanciper s'il le souhaite de certaines contraintes structurelles. C'est dans cette dynamique de son existence que devrait s'inscrire ce choix individuel liée à « sa » réussite sociale. Les notions d'entrepreneur de soi, de confiance en soi, de but en soi ou même de réalisation de soi, participent à la matérialité de cette perception que les individus ont de leur existence. Dans *La volonté de puissance*, Friedrich Nietzsche disait sur *l'éternel retour au même* : « *Vis ta vie de telle sorte que tu dois souhaiter la revivre* ».

³⁰³ Lipovetsky Gilles (1983), *l'Ère du vide, essai sur l'individualisme contemporain*, Paris. Gallimard.

³⁰⁴ *Op. cit.*, Ehrenberg, 1995.

³⁰⁵ Ehrenberg Alain (1998), *La fatigue d'être soi*, Paris, Odile Jacob.

³⁰⁶ *Op. cit.*, Lahire, 1998.

2. Réussite sociale et les professionnels du médico-social.

Dans la partie introductive de ce chapitre, notre propos avait pour ambition d'analyser l'idée de la réussite sociale sous la focale d'une réponse normative. Notre développement essaie de montrer que les formats normatifs de cette dernière sont socialement questionnés par les professionnels des deux dispositifs étudiés, qui ne partagent pas toujours cette valeur, souvent, à l'opposé de leur conception du bonheur et du bien-être. La réussite sociale normative s'appuie sur une autre valeur : celle du travail, pour fixer et définir des indicateurs et une échelle à la réussite sociale. Cette perception et cette conception d'une réussite pensée et orientée par les normes sociales dominantes ne correspondent pas aux ambitions que ces professionnels du soin et de l'aide se donnent dans la signification de leur existence, et dans la construction de leur trajectoire sociale et professionnelle. La réussite sociale est avant tout un choix dicté par des indicateurs personnels du succès et de la réussite. C'est une ambition et un choix individuel pour l'individu qui fixe un cap pour atteindre un équilibre lui permettant de vivre en harmonie avec lui-même et avec l'environnement qui l'entoure.

Notre hypothèse dans cette deuxième partie de notre entreprise, est d'essayer de montrer qu'une perception commune de l'idée de la réussite sociale, peut être à l'origine de la construction et de la circulation d'une économie morale spécifique à l'espace du médico-social.

2.1. *Le médico-social, un espace vocationnel ?*

Le champ de l'intervention sociale a souvent été l'objet de différentes recherches visant à comprendre l'emprise que les discours vocationnels et même pré-vocationnels ont souvent dans l'implication et dans l'engagement des professionnels du médico-social. Cette mise en valeur de ces discours vocationnels est souvent mobilisée pour démontrer sa passion et sa vocation au service des autres, son désintérêt pour des métiers portés sur le profit par exemple, mais, surtout, ces discours, sont aussi mobilisés pour mettre en avant un univers rempli de symbolisme. « Depuis les origines des métiers de l'action sociale, le sujet de la vocation revient sans cesse dans les discours des professionnels et des bénévoles, comme dans d'autres professions où la

relation humaine est au cœur du travail (médecins, infirmières, clergé...). »³⁰⁷ L'espace du médico-social est-il en réalité un espace vocationnel ? Quelle est la part de construit dans l'énonciation de ces motivations sur l'implication et l'engagement des professionnels ? À quel niveau le vécu de l'individu, son récit de vie et sa condition professionnelle participent-ils à rendre son engagement plus fort ?

L'idée de la vocation est souvent difficilement cernable, tant elle échappe à une certaine objectivation sociologique car les déclaratifs des individus s'inscrivent souvent dans un registre très intime et très personnelle : « *Qu'ils soient sportifs, danseurs, écrivains, prêtres, les individus qui adhèrent à leur condition professionnelle sur le mode de la vocation mobilisent souvent le vocabulaire de la passion, du "talent" ou du "don" pour l'évoquer ou la raconter. Dès lors, cette activité vécue sur un mode vocationnel paraît relever d'une forme d'évidence, présentée sur le registre du "j'étais fait pour ça", non explicitable et non questionnable. Elle pourrait alors sembler échapper aux prises de l'objectivation sociologique.* »³⁰⁸

Dans l'analyse de la vocation, il est souvent question de mettre en avant « *les schèmes sous-jacent des discours vocationnels. Pour rendre possible la rationalisation de ces discours, pour dépasser les apparences de l'innéité de l'engagement vocationnel des individus, la sociologie propose de contextualiser les vécus et les discours qui leur sont relatifs afin de leur donner de l'épaisseur.* »³⁰⁹. La majorité des recherches sur cette thématique vocationnelle (Dubar, 1970 ; Suand, 1978 ; Jovelin, 1999 ; Lefevre, 2010 ; Cibois, 2009 ; Schotte, 2012 ; Dubois, 2013) s'inscrivent dans cette perspective de positionnement des discours vocationnels dans des analyses qui intègrent le vécu des individus, leurs conditions professionnelles et leurs trajectoires biographiques. Il faut prioritairement désenchanter la notion, la réifiée en vue de l'objectiver. Quand une éducatrice spécialisée voit dans sa vocation des formes d'évidence, il faut déconstruire ces évidences en les replaçant dans un contexte précis, et surtout dans un continuum biographique traversé d'expériences significatives de socialisation, etc.

³⁰⁷ Ruggero Iori, Nicourd Sandrine (2014), « La construction des discours vocationnels comme support de légitimité dans le champ de l'intervention sociale », *Vie sociale*, vol. 8, n° 4, p. 101.

³⁰⁸ Giraud Frédérique, Moraldo Delphine (2018), « Conditions, incorporation et envers de la vocation », *Sciences sociales et sport*, vol. 12, n° 2, p. 9.

³⁰⁹ *Ibid.*,

« J'étais animatrice, c'est comme ça que j'ai rencontré l'équipe des éducateurs, c'est comme ça que je me suis dit ah tiens c'est quoi ce métier, etc., et que j'ai passé les concours après 2 années passées au centre social et que j'ai eu les concours [...] Je savais ce que je voulais et ce qui m'intéressait c'était être dans le social. »

Entretien 17.

« Je savais ce que je voulais et ce qui m'intéressait : c'était être dans le social... », ces discours doivent trouver un écho favorable dans le vécu et dans la trajectoire biographique des individus pour faire sens.

« J'ai eu l'opportunité d'aller faire un stage, ça faisait très longtemps que je voulais aller en Afrique, en deuxième année, c'était lié à mon histoire personnelle, une espèce de mea-culpa. J'ai eu un grand père raciste, presque négationniste qui pouvait avoir des propos sur les êtres humains qui me choquaient, qui aujourd'hui, à 45 ans, sont encore difficiles pour moi et du coup j'avais une espèce de chose à régler moi avec l'Afrique et me dire que... les gars on n'est pas tous pareils, voilà regardez. Et donc je suis allé vérifier ça pendant ma formation d'éduc et j'ai passé cinq mois au Mali auprès des enfants de rue à Bamako dans une association.»

Ibid.,

Il y a dans cet exemple une forte inscription de la vocation dans l'histoire personnelle de cette professionnelle. Elle s'est inscrite dans un processus professionnel avec des justifications primordialement liées à son histoire familiale : « Je voulais vérifier [que je n'étais pas raciste comme mon grand-père...] », son attachement au social, comme elle le souligne, est avant tout consécutif à son histoire de vie. De ce point de vue, et d'ailleurs comme le montre Philippe Cibois³¹⁰, la vocation comme attribut strictement personnel, qui surdétermine l'individu, est à fortement nuancer. Il faut l'appréhender comme un support de légitimité dans le champ de l'intervention sociale en essayant de « comprendre les conditions sociales de construction et de

³¹⁰ Cibois Philippe (2009), « La construction sociale de la vocation sacerdotale », in Nicourd Sandrine, *Le travail militant*, Rennes, PUR, pp. 37-46.

la mobilisation de ces discours symboliques dans les pratiques des travailleur-e-s du social »³¹¹. Il faut inscrire ces discours, comme le montre Ruggero Ioni et Sandrine Nicourd dans leurs différentes dimensions symboliques, de besoin de cohérence pour les individus, et surtout dans une triple dimension biographique, professionnel et organisationnel, « On constate empiriquement que lorsqu'il y a convergence dans les relais biographique, professionnel et organisationnel, l'engagement dans le métier, dans le travail, est fort. »³¹²

L'espace médico-social n'échappe pas à cette conception de la vocation, conception appréhendée avant tout à l'aune du vécu et de l'histoire personnelle des individus, et de la coordination de trois éléments centraux que sont les aspects biographique, professionnel et organisationnel. Il ne faut cependant pas oublier, comme l'a montré Claude Dubar³¹³, l'aspect identitaire de l'énonciation de ces discours sur la vocation. Ces discours participent aussi à la construction des identités sociales et professionnelles. On ne peut pas nier l'aspect personnel assez prononcé plus qu'ailleurs dans l'implication et dans l'engagement de ces professionnels du *care*, mais, il faut saisir cette implication et cet engagement au croisement des histoires de vie des individus et des contraintes professionnelles et organisationnelles. C'est d'ailleurs la conjugaison de ces éléments qui participe à atténuer, plus qu'ailleurs, les problématiques liées aux dissonances cognitives et aux injonctions paradoxales, et qui permet souvent à ces professionnels de sortir de situations parfois extrêmement tendues.

Bien au-delà de ces quêtes liées à des « signes d'élection »³¹⁴ chez les professionnels du médico-social, il faut, en dépassant cet aspect qui interroge le travailleur social aujourd'hui, entre vocation ou repli³¹⁵, replacer les évidences dans les discours vocationnels des individus, dans une construction sociale qui mêle socialisations, expériences personnelles, identifications à des « *autrui significatifs* »³¹⁶, symbolisme et possibilité d'épanouissement et de réalisation de soi dans l'aide à l'autre. Si l'implication et l'engagement dans un espace imprégné de discours symboliques n'est pas uniquement régi par une vocation passionnelle, comment ces

³¹¹ *Op. cit.*, Cibois, 2009.

³¹² *Op. cit.*, Nicourd & Ruggero, 2014, p. 111.

³¹³ Claude Dubar (1990), *Idéologies et choix professionnels des éducateurs spécialisés*, thèse de 3^e cycle. (Cité par Ruggero Ioni et Nicourd Sandrine)

³¹⁴ Bodin Romuald (2009), « Les signes de l'élection. Repérer et vérifier la conformation des dispositions professionnelles des élèves éducateurs spécialisés », *Actes de la recherche en sciences sociales*, n° 178, pp. 80-87.

³¹⁵ Jovelin Emmanuel (1999), *Devenir travailleur social aujourd'hui : vocation ou repli ?*, Paris, L'Harmattan.

³¹⁶ Mead Georges Herbert (2006), *L'esprit, le soi et la société*, Paris, PUF, (1^{er} éd. : 1934).

professionnels perçoivent-ils l'idée d'une trajectoire idéale ? Cette question n'est guère anodine dans la construction d'une sous-culture professionnelle, elle peut servir de sous-bassement à une idéologie de l'accompagnement et sous-tendre une certaine perception de la réussite sociale.

2.2. Une trajectoire sociale idéale fantasmée.

De la perception de la réussite sociale, il persiste une idée assez claire, celle d'une trajectoire sociale idéale, même si, à ce stade, il faudrait principalement s'arrêter pour définir la provenance de l'adjectif « idéal » des individus eux-mêmes, ou alors de la société en tant que productrice de normativité. Notre objectif, dans l'analyse de cette réussite sociale chez les professionnels des dispositifs TAPAJ et de l'équipe mobile Aller-Vers, est de déceler dans leur posture, si leur intention prioritaire est d'imposer une certaine vision de la vie et de la réussite sociale et, dans ce cas, s'ils le justifient par la reproduction d'un modèle ? Ou alors sont-ils dans la prise en compte d'une intersubjectivité des individus accompagnés, intersubjectivité qui envisage un primat des aspirations personnelles de l'individu qui, de ce fait, devient le fil conducteur de l'accompagnement ?

Dans nos différents entretiens nous avons maintenu ce questionnement pour les professionnels de savoir si, pour eux, ils considéraient qu'il y avait une voie « royale » qui menait les individus vers une probable réussite de leur vie et, aussi, si la contrainte était un outil qui pouvait être utile dans cette quête. Il apparaît de façon assez claire que l'idée même d'une trajectoire ou d'un objectif préfixé, à atteindre dans l'accompagnement des usagers est contraire à la notion de l'aide à l'autre, comme le souligne cette professionnelle :

« Alors non, ça je l'ai toujours appris de la protection de l'enfance, parce qu'avec les jeunes c'est tellement imprévisible. Il ne faut pas fixer des objectifs, en pratique c'est souvent un truc du genre, le professionnel va être sur son truc en mode : "je vais faire ça je vais faire ça" et vivre même comme un échec de ne pas y arriver et il faut prendre en considération que nous, notre curseur de la normalité de ce qui est bien ou pas bien, ne sera pas le même que le vôtre. On a tous des réflexions différentes et que, à un moment, si la personne elle est bien comme ça, moi, ce que je dis, c'est que, tant que la personne ne se met pas en danger, pas forcément dans l'addicto, mais de manière générale, moi je peux améliorer son quotidien et ce ne sera peut-être pas comme moi j'aurais voulu que ce soit mais, ce n'est pas grave en tout cas, c'est qu'elle se sente bien, donc mes objectifs c'est les objectifs de la personne. »

Entretien 1

Cet extrait met en avant l'idée que l'individu n'est plus l'objet dont il était la figure inactive dans le paradigme de la « prise en charge », mais que sa singularité et ses besoins personnels sont mis en avant dans la relation qu'il partage avec le professionnel. Cette différence entre « sujet-objet » et « sujet acteur » est explicitée par Maëla Paul : *« Mais les termes pour désigner cette démarche ont changé au cours des années : ainsi, est-on passé de l'assistance (au 19^{ème} Siècle), à l'aide et la protection (entre 1904 et 1930), au suivi (entre 1930 et 1945), à la prise en charge (entre 1946 et 1970), puis à l'approche globale et à la notion d'intervention (entre 1970 et 1985) et finalement à l'accompagnement à partir de 1985, notion qui tente de se définir par son contraire : non interventionnisme. Or les mots ne sont jamais neutres et tous ces termes traduisent un souci de positionner la distance à l'autre :*

« Prise en charge » (gestion en extériorité des besoins de la personne conçue comme objet) ;

« Suivi » (maintien dans la subordination d'un lien contrôlant / émancipant, toujours en extériorité) ;

« Accompagnement » (impliqué dans la relation, l'accompagnant incite l'accompagné à passer d'une position de prise en charge à celle de sujet-acteur). »³¹⁷

³¹⁷ Maëla Paul (2009), « L'accompagnement dans le champ professionnel », *Savoirs*, vol. 20, n° 2, p. 17.

L'individu, dans l'accompagnement, est replacé dans une position active qui lui permet de décider et d'orienter le curseur vers la position la plus tenable pour lui. Et c'est souvent aussi après des années d'expériences que les professionnels se rendent compte de ce besoin de faire de l'usager un sujet-acteur.

« Alors, ça, j'ai appris à le changer dans ma carrière, parce que, oui, je pense qu'en tant que jeune professionnel j'avais des objectifs en fait, je me suis rendu compte avec le temps que ces objectifs étaient les miens et ça, en fait, ce n'est pas du tout bon. Ni pour moi, ni pour le patient, parce que c'est ça qui génère des frustrations et, en fait, c'est ça qui fait que la relation avec le patient ne peut pas être complètement sincère. Parce qu'un patient qui se rend compte que le professionnel, même s'il ne le verbalise pas, attend quelque chose, ça ne sert à rien. Alors qu'en fait, j'ai appris, avec le temps, à me rendre compte que j'avais des exigences parce que je pensais que c'était ça qui faisait de moi une bonne soignante, de réussir à atteindre cet objectif-là. En fait, aujourd'hui, et c'est ce qu'on essaie de faire avec l'équipe au maximum, même si, ce n'est pas toujours simple, c'est se dire : c'est quoi ses objectifs à lui ? Et se dire, lui, il a ses objectifs et, là, déjà, comment faire pour atteindre ces objectifs qu'il a, parce que c'est quand même lui le mieux placé pour savoir comment faire pour attendre cela. Ça, pour nous, ça été un grand changement en tout cas dans notre manière d'aborder les patients et ça marche beaucoup mieux, parce que, finalement, un patient qui vient en post-cure pour addictologie, le but ultime ce n'est pas forcément qu'il arrête le produit, c'est qu'il gagne en qualité de vie. C'est souvent ça ce qu'on a, c'est de gagner en qualité de vie. Peut-être pour certains c'est vraiment l'arrêt du produit, mais si on ne leur permet pas de dire qu'ils n'ont pas forcément envie d'arrêter le produit, ça ne sert à rien de travailler. »

Entretien 7

L'accompagnement est saisi ici comme lieu d'expression et de promotion de la singularité des individus. Le professionnel s'éloigne de toute idée d'imposition et de coercition. Dans son analyse de l'accompagnement professionnel, Maëla Paul fait la différence entre différents secteurs d'accompagnement, entre l'accompagnement éducatif, et elle spécifie les particularismes de l'accompagnement dans le domaine de la santé d'avec celui de l'éducation

par exemple : « *L'usage du mot apparaît dans le langage infirmier pour désigner un projet de soins et spécifier autant une attitude qu'une relation avec le malade, une conception du soin reposant sur la reconnaissance de la personne comme être humain à part entière. Même quand il incarne la forme la plus radicale d'un être là, l'accompagnement ne se réduit donc ni à la technicité d'actes de soin ni au soutien psychologique. Son efficacité réside en fait dans l'élaboration d'un projet coordonnant les différents dispositifs (écoute, analyse, négociation), favorisant une évaluation constante des options envisagées. Ce projet relève tant de la compétence que de la présence : présence à autrui et à soi-même en relation à autrui, attitude de retenue et de veille attentive aux besoins exprimés par la personne.* »³¹⁸

La mise en avant d'une posture de bienveillance, d'écoute et de « *veille attentive aux besoins exprimés par la personne.* », n'est pas souvent l'unique voie, accompagner dans le secteur de la santé peut aussi souvent être synonyme de contraindre (l'obligation de soins). Cependant, cette contrainte doit être admise comme allant dans le sens d'une bienveillance vis-à-vis du patient/usager.

³¹⁸ *Op. cit.*, Maëla, 2009, p. 17.

« Pourquoi accompagner ? Parce que c'est faire avec la personne et c'est lui permettre d'évoluer à son rythme dans une temporalité qui n'est pas forcément la nôtre. [...] Pas de contrainte parce que contraindre ... je n'ai jamais vu de bénéfice à contraindre les gens. Alors, c'est marrant parce que je dis ça, il n'y pas longtemps, j'ai rencontré quelqu'un qui avait par le passé une obligation de soins et qui était donc contraint de voir un psychologue, un psychiatre et qui, du coup, quand j'ai vu le compte rendu du psychiatre, c'était qu'il n'y avait pas de sens aux entretiens, ce n'était pas constructif. En fait, quand j'ai rencontré cette personne, elle m'a déclaré : " en fait l'obligation de soins, maintenant que je ne l'ai plus en fait, je me rends compte que peut être, j'en avais besoin ". Et, aujourd'hui, je me dis, quand même, peut être qu'une graine a été semé dans le quotidien les gens qui viennent vers nous, qu'on nous oriente et qui viennent au premier rendez-vous. C'est qu'à un moment donné, ils sont prêts à faire quelque chose. Donc moi, l'idée c'est d'envelopper, d'accompagner ça en fait et, de toute façon, sans l'aval des gens on ne peut rien faire quoi. Il faut accepter cette question de la temporalité, des fois, il y a des personnes qu'on nous oriente et on dit oui à l'assistance sociale parce que pour eux, il y a des enjeux, des enfants, etc., c'est qu'à un moment, on leur propose un rendez-vous, au deuxième après on leur dit : " écoutez, vous avez mes coordonnées revenez vers moi quand vous sentirez le besoin ". Je ne veux pas qu'il puisse exister d'obligation, je préfère laisser aussi à la personne la maîtrise de tout ça. Toute leur vie, pour beaucoup, ils ont été contraints, maltraités, ils ont déjà été sous la contrainte de beaucoup de choses, beaucoup... je ne dis pas tout le monde, j'estime qu'à un moment donné ils ont le droit de faire des choix. »

Entretien 5

L'accompagnement médico-social est spécifique, il intègre des notions et des valeurs qui sont bien plus fortes et plus visibles que dans d'autres champs d'accompagnement. Ce qui caractérise le travail d'accompagnement chez ces professionnels de l'intervention médico-sociale, c'est une disposition d'esprit liée, beaucoup plus qu'ailleurs, à l'empathie, à l'écoute, à la bienveillance et, surtout, comme nous venons de le voir, à la prise en compte de l'autre dans cette relation qui, bien que thérapeutique, est souvent avant tout un lieu d'échanges et de rencontres. Ce mantra du travail médico-social s'écarte des normes sociales qui traversent souvent nos sociétés : recherche de profit, centralité sur soi, individualisme excessif, validité

d'une trajectoire idéale dans l'existence des individus. Ces professionnels sont souvent dans la réparation des liens sociaux et des corps fragilisés par la rudesse de la vie. Cette philosophie du *care* repositionne l'individu, l'*alter* au centre des préoccupations sociétales, cet autre qui est le miroir de soi-même. Il est admis de ce point de vue que, pour ces professionnels, la réflexion sur une trajectoire sociale idéale ne peut être observée que depuis la rive du fantasme et de l'onirisme. La trajectoire des individus est celle qu'ils tracent eux-mêmes au quotidien en intégrant leurs singulières logiques corrélées aux déterminations structurelles et aux aléas temporels.

2.3. Médico-social et réussite sociale : un couple antithétique.

L'espace du médico-social est traversé par une idéologie de la bienveillance, de l'écoute de l'autre, du respect de l'autre dans la formulation de ses désirs et de ses attentes. Mais, ce qui caractérise encore de façon singulière les personnes qui y travaillent, c'est surtout la réalisation de soi dans l'aide à l'autre. Dans certains métiers, c'est souvent par l'accumulation de gains, de profits, de gratifications financières et symboliques, qu'on est souvent reconnu et estimé à sa juste valeur, c'est d'ailleurs ce qui distingue les protestants calvinistes chez Max Weber, cette « affinité élective » entre l'idéologie capitaliste (la cage d'acier) et l'esprit du protestantisme calviniste dans *L'éthique protestante et l'esprit du capitalisme*³¹⁹. Les signes d'élection et de salut chez ces croyants proviennent prioritairement de la quête d'indices de distinction dans leur vie et, l'un de ces indices : c'est la réussite dans les affaires et l'accumulation de gains. Cette accumulation est le signe de son choix, de son élection, par Dieu. La transposition au domaine du médico-social de cette « affinité élective » que Max Weber avait emprunté à la chimie³²⁰ et à Goethe³²¹, est liée à cette « affinité élective » entre l'idéologie du *care* et les notions de soutien de l'autre, d'empathie, du soin qu'on prodigue, d'écoute et de bienveillance. Il est de ce fait, très suspect d'attendre dans cette idéologie du *care* des dispositions d'esprit mettant en avant dans la réalisation de soi, des considérations de l'ordre d'une réussite sociale qui, parfois, « ne veut rien dire », et qui n'existe simplement pas aux yeux de ces professionnels

³¹⁹ Weber Max (1904), *L'éthique protestante et l'esprit du capitalisme*, Paris, Plon.

³²⁰ Löwy Michael (2013), *La cage d'acier : Max Weber et le marxisme wébérien*, Paris, Stock.

³²¹ Von Goethe Johann Wolfgang (1810), *Les affinités électives*, Paris, S.-C. L'Huillier.

qui se dévouent et qui trouvent leur réussite dans la réalisation des autres. Ils admettent cependant une réussite : la réussite de vie, pas une réussite imposée et définie par la société.

« Pour moi, ça n'existe pas la réussite sociale... réussite sociale pour moi, ça ne veut rien dire, moi, personnellement, je pense que, si, à la fin de ma vie j'ai réussi, c'est que, j'aurais contribué à aider des gens et, j'aurai réussi à être heureuse, à être sereine et voilà. Moi, je pense plutôt à réussite de vie, mais pas à réussite sociale. Parce que, j'aimerais ne pas avoir besoin que la société me dise ce qui est bien ou pas, j'aimerais plus mettre le curseur sur moi et être capable de me dire de moi-même : ce patient-là tu l'as aidé et tu as contribué à faire qu'il soit heureux et pas que la société me dise "hein, tu as bien fait ton boulot". En soi, elle peut, mais je n'ai pas envie que ce soit ça. »

Entretien 13

On peut envisager, à la lecture de cet extrait d'entretien, que la perception d'une idée de la réussite sociale est très peu entretenue par ces professionnels. Il faut cependant éviter de fait de considérer que notre propos s'attache à dire que l'activité dans le médico-social est une activité sacerdotale, bénévole, totalement désintéressée de tout gain. Il est démontré par ailleurs que, même dans ces activités ecclésiales, il y a toujours des gratifications symboliques en termes de carrières et de pouvoir qu'il ne faut pas mésestimer. Notre analyse ne cherche pas à dire que cet espace n'est pas traversé par des quêtes liées au gain, au pouvoir ou encore à la réussite sociale. Il apparaît simplement, chez ces vocationnels, que ce n'est pas prioritairement ce qui situe leur implication et leur motivation dans le travail. D'autres facteurs, liés principalement à leurs socialisations, à leurs histoires personnelles, décuplent souvent l'engagement professionnel normal et routinier, vers un engagement passionnel et altruiste.

Les théories de l'acteur au travail se sont limitées aux notions de satisfaction et de motivation ignorant parfois, la notion d'implication « au » et « dans » le travail. Dans une étude sur l'implication au travail face à la dépendance accrue dans les établissements d'hébergement pour

personnes âgées dépendantes (EHPAD)³²², Patrick Legros met en avant cette différence entre l'implication « au » et « dans » le travail, en mettant en avant une « éthique » de l'implication construite autour de trois dimensions paramétriques, l'implication « calculée », l'implication « affective », et enfin l'implication « normative » ou « continue ». Au-delà de cette éthique tridimensionnelle de l'implication « dans » le travail, c'est le rapport des professionnels ou leur « non-rapport » au gain et leur projection « dans » le travail à travers la notion « d'humanité » qui est à souligner : « *Le personnel soignant rencontré n'est pas spécifiquement attaché à son organisation parce qu'il ne la comprend pas nécessairement (notamment tout ce qui a trait à la recherche de rentabilité économique et parce qu'il fait face à un surcroît de prescriptions et d'injonctions contradictoires). Il ne calcule plus le gain de rester ou non dans son emploi. Enfin, il n'est pas loyal envers celle-ci mais uniquement au nom d'une cause qu'il estime supérieure et qui pourrait être traduite par la notion d'humanité [...]* »³²³.

Cette notion d'humanité est créée en 1980 par Freddy Klopfenstein³²⁴, et a été reprise par Albert Jacquard qui lui a donné la définition que nous connaissons aujourd'hui à savoir, « [L'humanité ce sont] *des cadeaux que les hommes se sont faits les uns aux autres depuis qu'ils ont conscience d'être, et qu'ils peuvent se faire encore en un enrichissement sans limites* »³²⁵ et, pour le généticien, ces cadeaux sont précisément « *l'ensemble des caractéristiques dont, à bon droit, nous sommes fiers, marcher sur nos deux jambes ou parler, transformer le monde ou nous interroger sur notre avenir.* »³²⁶ Appliquée aux soins et à l'espace médico-social, l'humanité devient un appel à la conscience, à la liberté, au respect de l'autre et à l'éthique mais surtout, elle est envisagée pour le soignant [le professionnel] comme une exigence morale de préservation et de transmission de ce qui caractérise l'humain, le respect de l'autre qui est à « notre image » à « notre ressemblance » et, dans le domaine professionnel du social et de la santé, une négation de toute trajectoire individuelle qui amputerait aux individus cette liberté dans la signification qu'ils donnent à leur existence. L'idée de la réussite met souvent en avant des aspects très matériels et très extérieurs à l'individu, des aspects qui lui dénie souvent la capacité d'imposer au monde qui l'entoure la vision et la signification qu'il

³²² Legros Patrick (2020), « L'implication au travail face à la dépendance accrue en EHPAD », in NPG (Neurologie – Psychiatrie – Gériatrie), vol. 20, n° 118, pp. 229-239.

³²³ *Ibid.*,

³²⁴ Klopfenstein Freddy (1980), *Humanité*, Genève, Edition Labor et Fides.

³²⁵ Jacquard Albert (1987), *Cinq milliards d'hommes dans un vaisseau*, Paris, Seuil, p. 170.

³²⁶ *Ibid.*,

donne à sa vie. La réussite sociale et ses facteurs, liés très souvent à la rentabilité économique, sont antinomiques à cette perspective de liberté, d'humanité qui est souvent « la cause supérieure » qui donne un sens à la pratique et à l'engagement quotidien de ces professionnels.

3. D'une conception de la réussite sociale à la construction d'une économie morale.

3.1. Indicateurs d'une conscience commune.

En introduction, nous avons situé et contextualisé l'usage de la notion d'économie morale partant d'Edward Palmer Thompson en passant par James Scott. Didier Fassin souligne : « [...] *On considérera l'économie morale comme la production, la répartition, la circulation et l'utilisation des sentiments moraux, des émotions et des valeurs, des normes et des obligations dans l'espace social.* »³²⁷ Il ajoute : « *Les économies morales représentent la production, la circulation et l'appropriation des valeurs et des affects dans un espace social. Elles se rapportent à une question de société qui est constituée à travers des jugements et des sentiments, qui définissent ainsi progressivement une sorte de sens commun et d'appréhension collective d'un problème.* »³²⁸ Cette notion de sens commun, ou encore d'appréhension collective d'un problème, se traduit souvent par la construction d'une posture commune. Olivier Fillieule, Lilian Mathieu, Cécile Péchu feront noter que : « *Dans le texte de Thompson, la référence à l'unanimité et aux croyances est centrale. [...] Ces mouvements se situaient dans le cadre d'une unanimité populaire qui reconnaissait pour légitimes ou au contraire illégitimes les pratiques du marché du boulanger, de la meunerie, etc. ; unanimité qui s'appuyait elle-même sur une vision traditionnelle et cohérente des normes sociales, des obligations et des fonctions économiques propres des différentes composantes de la communauté, lesquelles prises ensemble, peuvent être interprétées comme constituant l'économie morale du pauvre.* »³²⁹

Il s'agit principalement, ici, de définir les caractéristiques communes de ces professionnels intervenant dans les dispositifs TAPAJ et Aller-Vers, dans l'objectif d'envisager l'existence ou non d'une sorte d'économie morale. Pour ne pas contribuer à l'ambiguïté et à l'étirement d'un

³²⁷ *Op. cit.*, Fassin, 2009.

³²⁸ *Op. cit.*, Fassin, 2009.

³²⁹ Fillieule Olivier et al (2020), *Dictionnaire des mouvements sociaux*, Paris, Presses de Sciences Po, pp. 178-179.

concept qui peut parfois se montrer très « élastique » : « *Les voyages de la notion auront cependant contribué à son étirement et à un usage relâché. Initialement attentif à la façon dont, face aux bouleversements économiques, s'articulaient conflits de subsistance, paternalisme des autorités, attentes et inventions populaires, le concept d'économie morale a de plus en plus été utilisé afin de souligner l'enclassement social des activités économiques et les aspects économiques des activités morales. Un deuxième glissement a ensuite consisté à appeler "économie morale" ce qui renvoyait à diverses architectures morales, valeurs, normes et cultures, au point que l'ambition de la notion semble parfois être d'éviter le mot "culture" ou "mentalité" en s'y substituant.* »³³⁰ Notre ambition est de faire ressortir, dans l'analyse qualitative de nos entretiens, des indicateurs suggérant diverses architectures morales en termes de valeurs de normes et de culture. Et de continuer à tenir le fil conducteur de notre travail, en choisissant d'observer cette économie morale, depuis la rive de la perception par les professionnels de l'idée de réussite sociale.

Dans l'analyse de nos entretiens, nous avons principalement axé notre réflexion sur une thématisation des indicateurs. Dans le cadre de l'économie morale, les indicateurs principaux s'appuyaient sur la conception wébérienne de l'action : entre l'éthique de responsabilité et l'éthique de conviction, entre valeurs et rationalité. Dans son ouvrage *Économie et société*³³¹, Max Weber propose une typologie des actions humaines en termes de rationalité. « *Il distingue ainsi : le comportement affectif, qui se déploie sous l'emprise d'une émotion, d'une passion ou d'un sentiment ; l'activité traditionnelle qui obéit à la coutume ; l'activité rationnelle liée aux valeurs, au service d'une conviction indépendamment de la considération des conséquences ou des chances de succès ; enfin, l'activité rationnelle qui ne calcule pas les moyens les plus appropriés en vue de cette fin, prévoit les conséquences en visant le maximum d'efficacité.* »³³² Le modèle wébérien de l'action expose ici le choix des valeurs, de la détermination des fins assignées à l'action.

Le questionnement dans l'analyse de nos entretiens était tourné vers le sens que les interviewés donnent à leurs actions, pourquoi s'investissent-ils parfois autant ? Dans un milieu psychologiquement marqué par la souffrance qu'on voit et qu'on entend au quotidien dans un

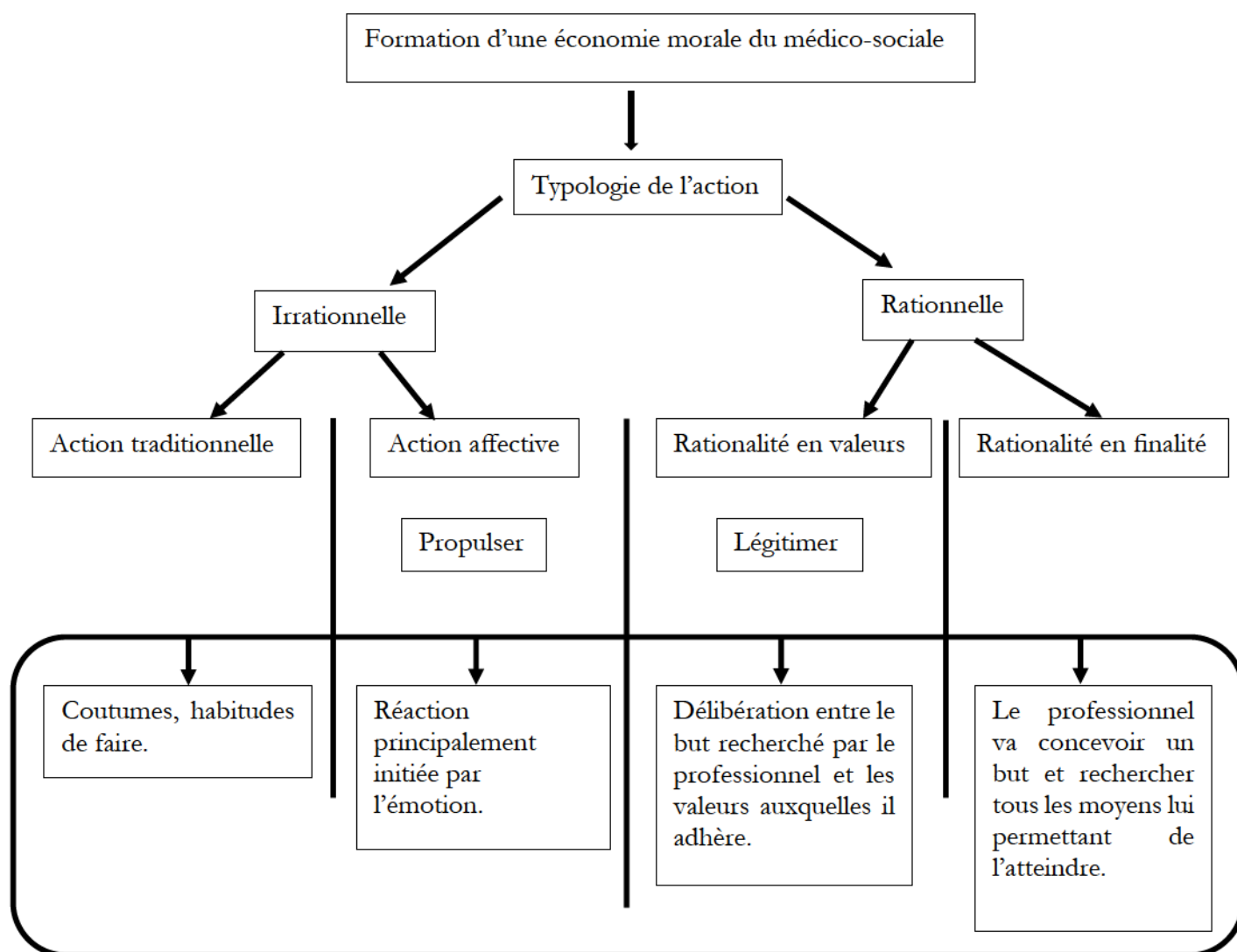
³³⁰ *Op. cit.*, Fillieule et al, 2020.

³³¹ Weber Max (1922), *Wirtschaft und Gesellschaft*, Tübingen, Mohr. (Ouvrage posthume de Max Weber publié en France chez Agora en 2 tomes sous la traduction de : *Économie et société*).

³³² *Op. cit.*, Baraquin & Laffitte, 2020, p. 394.

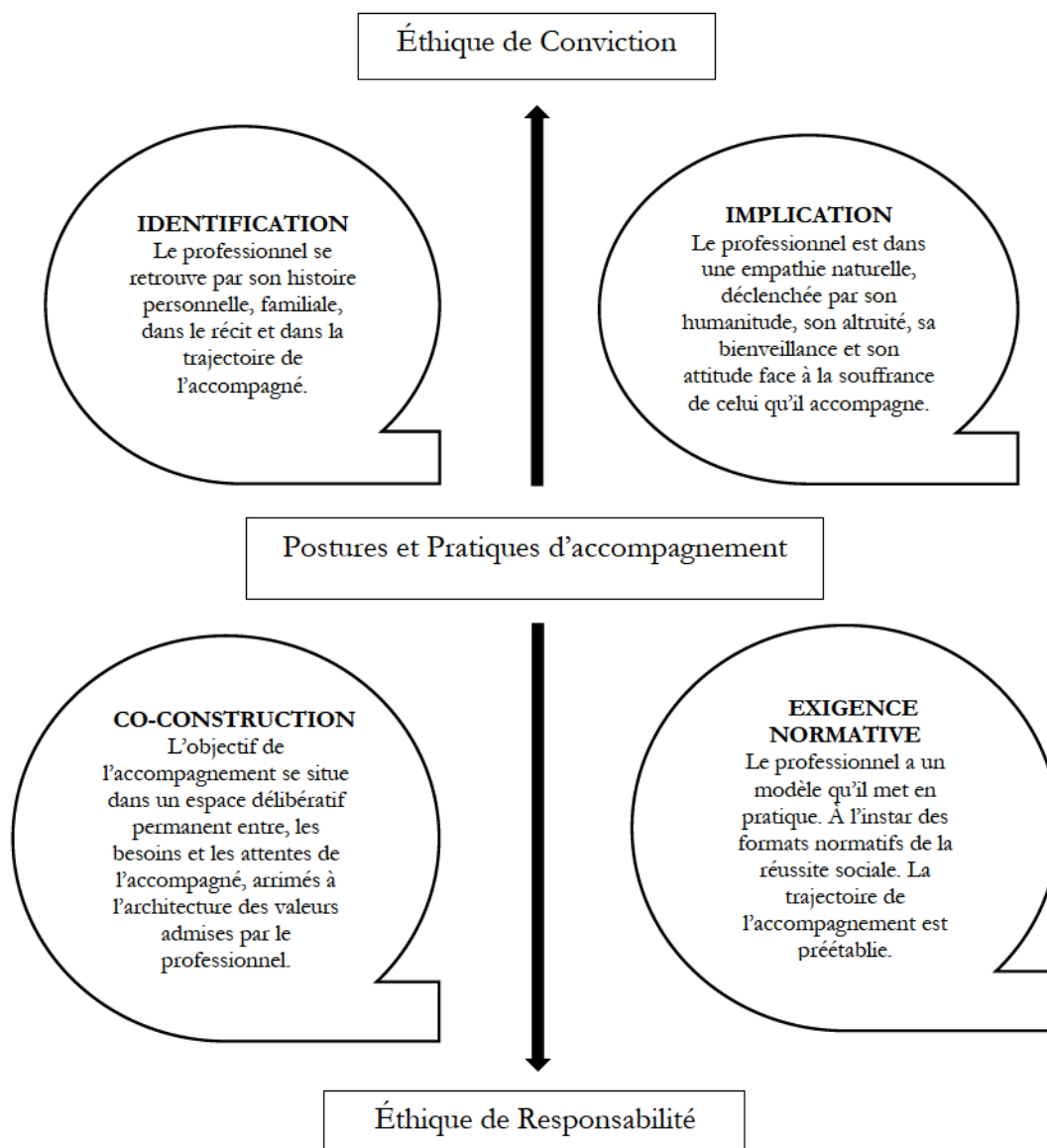
milieu à l'intérieur duquel, les dissonances cognitives et les injonctions paradoxales sont permanentes. En prolongeant la réflexion de Max Weber, nous avons suggéré les hypothèses intégrant une éthique de conviction. Ces professionnels sont happés par une volonté ancrée dans leur désir de finalité de ce qu'ils appréhendent comme juste, comme conforme aux valeurs qu'ils portent. Une éthique de responsabilité, qui va s'appuyer sur des interrogations tournant autour des moyens et autour de la légitimité de l'action et de la posture engagée. Le schéma qui suit rend compte de cette thématisation dans le contenu des entretiens.

Figure 2 : *Conceptualisation de l'action par les professionnels des dispositifs étudiés (TAPAJ et L'équipe mobile Aller-Vers)*



Les professionnels vont agir au quotidien à l'aide d'une éthique de conviction portée par une rationalité axiologique qui va s'atteler à ne pas trahir ou transgresser les valeurs qui sont constitutives de leur personne, mais aussi, des identifications à leurs vécus et à leurs histoires personnelles. Ou à une éthique de responsabilité qui impulsera prioritairement, la recherche de tous les moyens permettant d'atteindre les objectifs fixés au quotidien, en appliquant un modèle, dans une idée d'efficacité de la démarche d'accompagnement et dans une délibération permanente entre le but visé, les objectifs de l'individu accompagné et les valeurs du professionnel.

Figure 3 : Postures et valeurs des professionnels en délibération avec l'éthique de conviction et l'éthique de responsabilité.



Les professionnels vont situer leurs pratiques et leurs postures autour principalement de quatre polarités découpées dans nos analyses d'entretiens en deux parties. Une partie liée à l'éthique de conviction et une autre à l'éthique de responsabilité. De ces quatre polarités, nous avons extrait des indicateurs d'une économie morale, avec d'un côté des indicateurs professionnels et d'un autre, des indicateurs personnels. Le tableau qui suit identifie ces différents indicateurs. Pour rappel, ces indicateurs ont été extraits de l'analyse des entretiens avec les professionnels.

Tableau 10 : *Indicateurs d'une économie morale du médico-social.*

Économie morale du Médico-Social	
Indicateurs professionnels	Indicateurs personnels
<ul style="list-style-type: none"> - Culture du <i>care</i> - Les pratiques d'accompagnement doivent s'adapter à l'individu accompagné et pas l'inverse - La co-construction au cœur de la pratique d'accompagnement - Principes de bienfaisance et de non malfaisance - L'inconditionnel consentement de l'accompagné - Refus de valider certaines consignes et attitudes contraires à ses valeurs - Travail principalement comme valeur et comme lieu d'accomplissement de soi - Pratiques portées sur <i>l'Aller-Vers</i> - Consolidation de l'autonomie des accompagnés et des usagers avec les concepts de littératie, d'empowerment ou même d'intersectionnalité, etc. - Dissonances cognitives et injonctions contradictoires avec certaines pratiques 	<ul style="list-style-type: none"> - Identification de son histoire à celle de l'accompagné - Existence dans sa famille proche d'un malade grave atteint d'un lourd handicap - Métissage culturel, et besoin de se décentrer d'une histoire familiale incompatible avec ses propres valeurs - Croyances aux valeurs d'humanité, de l'aide à l'autre ou de l'altruisme - Perception négative d'une réussite socialement définie ou de toute trajectoire préétablie - Parentèle issue du milieu médico-social. - Non-jugement de l'autre - Idéalisation du travail social, suggéré comme un espace vocationnel - La relation avec l'utilisateur est envisagée comme une relation basée sur la confiance réciproque - Influence des autrui-significatifs - Plaisir moral ressenti dans l'aide

aujourd'hui liées à la rentabilité et à l'efficacité pratique et opératoire	
- Transdisciplinarité et travail en réseau dans l'aspect diagnostic	

Ce sont ces indicateurs qui porteront cette économie morale du médico-social qui est, rappelons-le, une sorte de sous-culture professionnelle ou encore une mentalité collective de dispositions/prédispositions à la sollicitude et à l'aide à autrui. En outre, pour véritablement faire valider la circulation de cette économie morale, nous avons suggéré de nous appuyer sur le modèle de l'engagement processuel de Doug McAdam, et des travaux de Jeremy Ward sur l'engagement dans l'aide.

3.2. Le modèle d'engagement processuel de Doug McAdam.

Dans son article³³³, qui traite de la question de la naturalité de l'aide chez les aidants, Jeremy Ward convoque le modèle de l'engagement processuel de Doug McAdam³³⁴, en exposant que cette entrée dans l'aide ne peut être comprise que dans une forme d'engagement. Il écrit : « *Ce modèle s'attaque directement au problème de l'écart entre déterminants sociaux traditionnels et engagement (ou non) des personnes prédisposées en portant attention aux processus de recrutement dans les activités étudiées.* »³³⁵ Doug McAdam s'attaque principalement, dans son modèle d'engagement processuel, à la détermination des formes d'engagements. Il propose de les inscrire dans les réseaux et dans les *social ties* (liens sociaux). Doug McAdam mettra en avant, dans ce modèle, la multiplicité des ancrages individuels, « ... *et se basera sur le concept d'identity salience, prépondérance identitaire, pour expliquer sociologiquement ces différences par une définition de soi ancrée dans des relations avec des groupes.* »³³⁶ Comme Jacques

³³³ Ward Jeremy (2012), « Comprendre l'engagement dans l'aide : le modèle d'engagement processuel », *Vie sociale*, vol. 4, n° 4, pp. 163-174.

³³⁴ McAdam Doug, Paulsen Ronnelle (1993), « Specifying the Relationship between Social Ties and Activism », *American Journal of Sociology*, n° 3, pp. 640-667.

³³⁵ *Ibid.*, Ward, 2012, p.164.

³³⁶ *Ibid.*, Ward, 2012, pp.165-166.

Ion³³⁷, il propose une « *vision des mouvements sociaux comme lieux privilégiés de construction et de perpétuation de l'identité des individus.* »³³⁸

Si toutes les théories liées à l'engagement avaient mobilisé, entre autres, les coûts de l'engagement, le paradigme du choix rationnel³³⁹ porté par les modèles d'intentionnalité et les stratégies déployées par l'acteur³⁴⁰ ou encore une analyse de l'engagement liée aux ressources propres de l'individu et aux déterminations sociales. Doug McAdam s'inscrit en faux face à ces postulats qui portent sur le militantisme et sur l'action collective, en proposant un modèle qui va s'appuyer sur l'analyse de l'engagement comme un « *processus de concrétisation des prédispositions à cette activité sociale* »³⁴¹. Un processus qu'il dispose en trois temps : « *... dans un premier temps, l'individu doit faire l'objet d'un appel à l'engagement dans un mouvement ; dans un second temps, l'individu doit pouvoir concevoir un lien entre sa participation et son identité ; dans un troisième temps, l'individu s'assure d'un soutien quant à cette activité de la part des personnes en rapport avec cette facette de son identité, et de l'absence d'opposition de la part des autres personnes.* »³⁴² L'originalité, dans son approche, est la saisie du phénomène de l'engagement dans une perspective processuelle et dynamique qui va s'éloigner des considérations liées aux déterminations structurelles et sociales ou encore à la simple rationalité de l'acteur. À cette approche processuelle de McAdam, Olivier Fillieule³⁴³ propose d'ajouter les concepts de « *carrière* », qu'il emprunte à Howard S. Becker³⁴⁴, et celle de « *trajectoire* » qui est développée par Anselm Strauss³⁴⁵ : « *Les concepts de trajectoire et de carrière s'inscrivent donc dans une même tradition et partagent un certain nombre de propriétés, soit une attention égale aux processus et à la dialectique permanente entre histoire individuelle et institution et, plus généralement, les contextes.* »³⁴⁶

³³⁷ Ion Jacques (2001), *L'engagement au pluriel*, Saint Etienne, Université de Saint-Etienne.

³³⁸ *Op. cit.*, Ward, 2012, p. 166.

³³⁹ Olson Mancur (1978), *Logique de l'action collective*, Paris, PUF (1^{ère} éd. : 1965).

³⁴⁰ Crozier Michel, Friedberg Erhard (1977), *L'Acteur et le système*, Paris, Seuil.

³⁴¹ *Op. cit.*, Ward, 2012, p. 167.

³⁴² *Op. cit.*, Ward, 2012, p. 167.

³⁴³ Fillieule Olivier (2001), « Propositions pour une analyse processuelle de l'engagement individuel. Post scriptum », *Revue française de science politique*, vol. 51, n° 1-2, pp. 199-215.

³⁴⁴ Becker Howard (1985), *Outsiders*, Paris, Métailié (1^{ère} éd. : 1963).

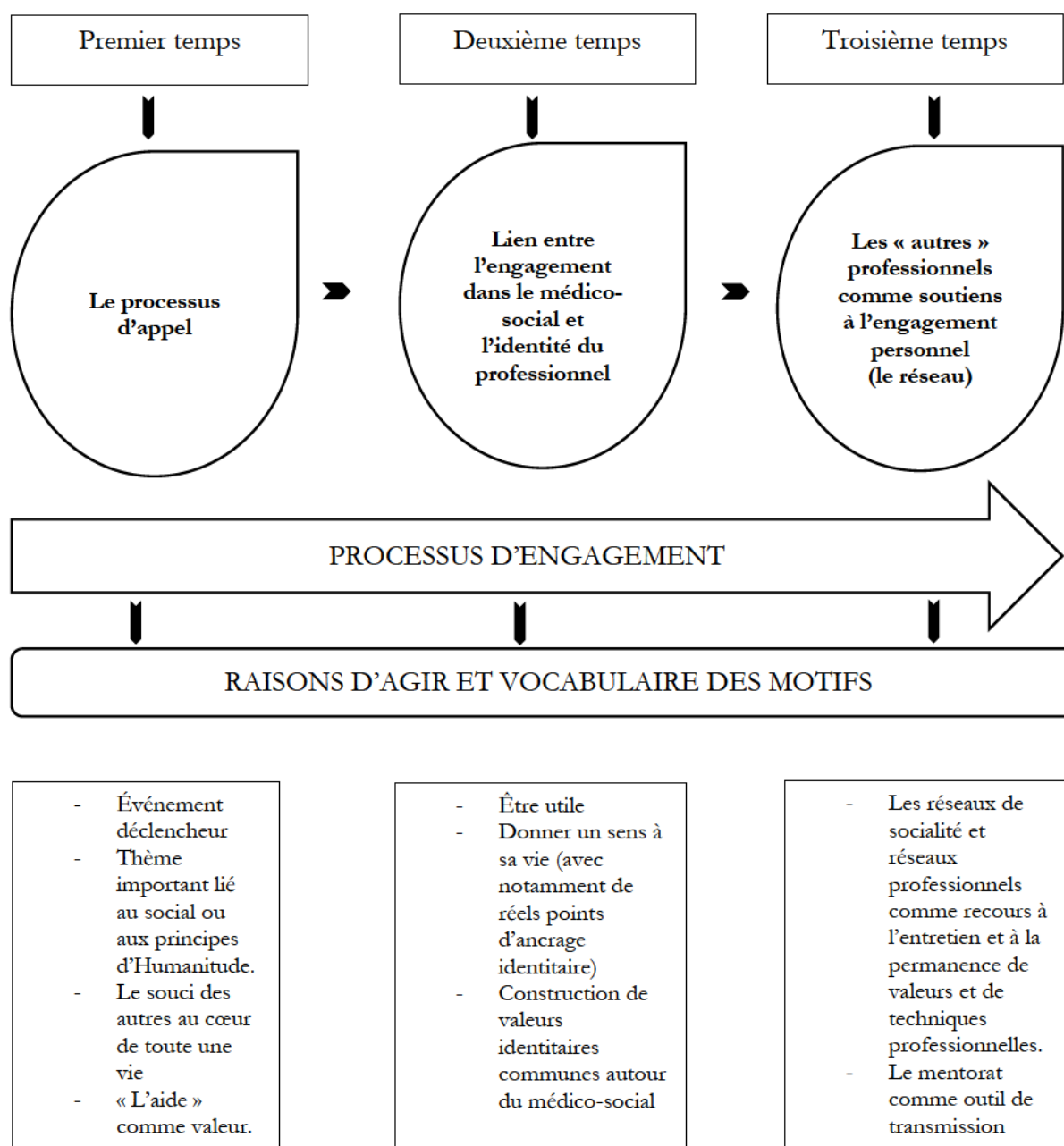
³⁴⁵ Anselm Strauss (1992), *La trame de la négociation. Sociologie qualitative et interactionnisme*, Paris, L'Harmattan (1^{ère} éd. : 1985).

³⁴⁶ *Ibid.*, p. 200.

Revenant à notre analyse de l'économie morale du médico-social, le modèle de Doug McAdam situe de façon précise et, dans un processus, les motivations, l'engagement puis l'implication de ces professionnels dans un biotope moral où vont s'imbriquer ce qu' Olivier Fillieule appelle « *les raisons d'agir et le vocabulaire des motifs.* »³⁴⁷ Dans le prolongement de la réflexion de Jeremy Ward sur l'analyse de l'aide à travers le modèle d'engagement processuel, nous avons fait ressortir de l'analyse des récits de vie de ces professionnels obtenus par les entretiens, une modélisation de leur engagement dans les métiers du médico-social. Cette modélisation est la pierre angulaire de l'économie morale dans laquelle circulent toutes les raisons d'agir, et le vocabulaire des motifs. Notre quête dans ce travail est de retrouver dans « l'agir » au quotidien, des professionnels, une communauté de valeurs, un sens commun et d'appréhension collective d'un problème, une sorte de mentalité collective, qu'ils mettront en œuvre dans la réalisation de leur travail d'accompagnement. La figure qui suit illustre l'engagement processuel des professionnels.

³⁴⁷ *Op. cit.*, Fillieule et al, 2020, p. 203.

Figure 4: Engagement processuel des professionnels de TAPAJ et de l'équipe mobile Aller-Vers.



Ce modèle d'engagement processuel permet de rendre compte de l'entretien d'une mentalité collective par des individus liés entre eux par une l'idée qu'ils ont en commun, celle d'une disposition naturelle aux principes du *care*. Les constats empiriques (notamment les entretiens avec les professionnels), en majorité, ont exprimé et situé ce processus d'appel par le

déclenchement d'un événement marquant, par la thématisation du social comme important dans leur vie et en appréhendant l'aide comme une valeur centrale dans leur vie.

« M, né 26 mars 1961 à Tours. Deux parents pour l'un d'origine italienne, j'y tiens et c'est ça aussi qui m'a construit puisque lorsque j'avais 17 ans à l'époque où les enseignants, les conseillers d'orientation me demandaient ce que je voulais faire, je répétais un tout petit peu de façon systématique j'ai envie de travailler avec des immigrés. C'est donc lié à mes origines italiennes. Elles ne sont pas pour rien et d'ailleurs c'est un grand-père italien que je ne connaissais pas bien qui a certainement participé à mes motivations. Et déjà à l'époque à peine en terminale, j'allais déjà travailler auprès des autres, j'ai un frère qui est mon aîné de 4 ans, un autre, qui était plus âgé et qui est décédé à l'âge de 21 ans dans un accident de voiture dont il n'était pas responsable. Voilà ce à quoi je me destinais sans forcément connaître ce que j'allais finalement décider de faire, et que j'allais faire infirmier psychiatrique ce qui était pour moi une totale inconnue. Je visais plutôt Assistant Social... »

Entretien 11

Dans ce récit, on situe le processus de l'appel dans des événements marquants (accident non responsable du frère qui décède par la suite) et dans une histoire de vie dans laquelle les origines sociales (l'immigration) auront contribué à inscrire l'engagement de l'individu dans une affiliation avec son histoire personnelle. Chez ces professionnels il y a presque toujours dans l'histoire familiale, un membre de la parentèle qui est handicapé, accidenté ou malade de longue durée (MLD) :

« Moi, je suis le deuxième d'une fratrie de trois. J'ai une grande sœur qui est handicapée et qui a d'ailleurs vécu en institution, maintenant c'est mes parents qui s'en occupent au quotidien. On fait le relais de temps en temps avec ma sœur. »

Entretien 15

« J'ai deux frères, un qui a deux ans de moins et l'autre six ans de plus. Moi, j'ai 45 ans, un de mes frères, le plus âgé, suite à des soucis à la naissance, il a une grosse problématique liée au handicap, on va dire plutôt psychologique que physique, pris en charge depuis tout petit, en fait, par un circuit médicosocial et, toujours à l'heure actuelle, qui n'est pas du tout indépendant. »

Entretien 9

L'aspect d'utilité sociale et de signification de leurs vies (celles des professionnels) par le rapport qu'ils entretiennent avec leur travail, est aussi une occurrence qui revient :

« Je ne sais pas c'est un peu... On parle de la fibre sociale mais, j'y crois vraiment. Je sais que j'aimais ça, je sais que j'aime le contact avec les personnes, j'aime échanger, j'aime écouter, j'aime aider, et me sentir surtout utile... »

Entretien 6.

La sensation d'être socialement utile et dans cette utilité, trouver une satisfaction en soi. Ces professionnels rencontrés ont parfois des métiers très différents mais ils sont dans une sorte de plateforme commune qui est l'accompagnement et l'aide à la personne. Ils partagent des valeurs communes car l'accompagnement est autant une « technique » qu'une « valeur », comme le souligne Dan Ferrand-Bechmann : *« L'accompagnement serait à la fois une technique et une valeur mais surtout un terme en vogue depuis près de vingt ans et qui remplacerait les termes aider, soigner, enseigner, encadrer, former, retirant à la personne visée son autonomie. Il serait surtout employé, dans un premier temps, dans le domaine du travail social pour ensuite voir son usage démocratisé et prendre un caractère normatif. »*³⁴⁸

³⁴⁸ Ferrand-Bechmann Dan (2005), *Les bénévoles et leurs associations : autres réalités, autre sociologie ?*, Paris, L'Harmattan.

Le travail de cette médecin³⁴⁹ rencontrée en zone rurale est parfois « social », c'est aussi dans cette dimension sociale de la maladie que le diagnostic thérapeutique est souvent envisagé car, dans les zones rurales, ce n'est pas souvent d'une atteinte clinico-physiologique dont souffrent les personnes, mais d'isolement, d'absence de liens sociaux et d'une déliaison sociale qui entraîne souvent *de facto* une extrême vulnérabilité des individus. Cette pluralité de métiers dans une unicité morale, dans une conscience morale partagée et entretenue, forme un élément fondateur qui valide la présence d'une sorte de culture professionnelle, d'une économie morale dans l'univers de l'accompagnement médico-social. Ce qui est pertinent dans la convocation du modèle de l'engagement processuel de Doug McAdam, est à percevoir dans le fait que ce modèle s'insère lui-même dans un pôle paradigmatique processuelle prônée par Andrew Abbott.

Pierre Michel Menger dit d'elle qu'elle est une « *sociologie fractale* »³⁵⁰ parce qu'elle renoue avec un précepte fondamentale de la tradition sociologique de Chicago qui expose : « *Aucun fait social n'a de sens abstrait de son contexte dans le temps et dans l'espace social.* »³⁵¹ Dès lors, pour Andrew Abbott leur compréhension [des faits sociaux] passe par la saisie d'« *arrangements d'acteurs particuliers dans des lieux et temps particuliers* »³⁵². Andrew Abbott entretient à ce niveau l'idée héritée de Robert Park qui admet que « *Le monde social est continuellement en train de se faire, se refaire et se défaire à chaque instant.* »³⁵³ L'engagement et l'implication des professionnels sont portés par des motivations qui sont à lire de façon dynamique et processuelle dans la trajectoire et la « carrière » (au sens beckerien du terme) de ces professionnels.

L'hypothèse formulée au départ sur l'idée d'une mentalité sous-jacente qui ordonnerait l'agir individuel de ces professionnels dans le cadre de leur travail s'avère plausible par la présence, comme nous l'avons vu, d'indicateurs professionnels et personnels portés par des éthiques de conviction et de responsabilité. La réflexion autour du modèle de l'engagement processuel de Doug McAdam, inscrit ces pratiques d'engagement et d'implication dans un processus qui

³⁴⁹ Entretien 6.

³⁵⁰ *Op. cit.*, Menger, 2014.

³⁵¹ Jouvenet Morgan (2016), « Contextes et temporalités dans la sociologie processuelle d'Andrew Abbott », *Annales. Histoire, Sciences Sociales*, vol. 71, n° 3, p. 597.

³⁵² Abbott Andrew (1999), *Department and Discipline: Chicago Sociology at One Hundred*. Chicago, The University of Chicago Press, pp. 196-197.

³⁵³ *Op. cit.*, Chapoulie, 2001, p. 108.

formalise en trois temps la construction de cette économie morale du médico-social. Un premier temps, lié à l'appel et au recrutement de ces professionnels (événement marquant, etc.), un second temps, qui va amener l'individu dans le cadre de sa pratique à délibérer entre sa participation quotidienne à un travail d'accompagnement et son identité. Le dernier temps est véritablement celui qui assoit l'idée d'une économie morale puisque le professionnel s'assure dans son engagement et dans son implication, du soutien des personnes qui sont en consonance avec des valeurs liées à son identité personnelle, et dans le même temps, s'assure de l'absence d'opposition dans ces valeurs, des autres individus dans le cadre de son travail d'accompagnement.

« L'Aller-Vers s'est construit en binôme avec B. qui est infirmier psychiatrique. B, que j'avais connu, il faisait aussi partie des gens qui avaient forgé ma culture professionnelle, avec B, on ne s'était jamais revu dans d'autres contextes. On avait..., lui avait quitté le centre Port Bretagne quelques années avant, il travaillait à l'époque sur l'équipe mobile psychiatrique précarité. Il y avait un respect mutuel et puis, un attachement parce qu'il m'avait connu quand j'avais 22 ans en stage et que moi, ça faisait partie de ces vieux de la vieille. Infirmier en psychiatrie qui avait forgé ma culture en psychiatrie, j'avais de l'admiration, c'était un peu fort, un profond respect quoi pour ce qu'il m'avait transmis et du coup B a été recruté et, là, ça été très vite assez évident, c'est drôle parce qu'avec B, on ramenait souvent ça en réunion, les fonctions de chacun quoi, qui faisait quoi ? Il y avait une espèce d'évidence du côté de nos postures réciproques et, il y avait une évidence ça c'est clair, sur notre façon de penser l'humain. »

Entretien 17.

Dan Ferrand-Bechmann voit dans l'accompagnement une technique et une valeur, le modèle de l'engagement processuel démontre dans le cheminement du professionnel, une volonté d'avoir une assise morale lui permettant de s'impliquer et de s'engager au quotidien, dans la réalisation de son travail, par une identité et par des valeurs. Ces dernières s'alignent de façon symétrique, aux environnements interne et externe de la réalité de l'individu. Éric Kérimel de Kerveno écrit à ce propos : *« L'engagement se trouve tout d'abord dans cet enchevêtrement d'un "soi"*

personnel et professionnel, préalable indispensable à la présence d'un authentique "être-là" dans la relation à autrui »³⁵⁴. Cette symétrie, rapport identitaire personnel, lié aux valeurs et le rapport professionnel correspondant à ces dispositions/prédispositions est à la base de l'existence et de l'entretien d'une économie morale spécifique au médico-social.

L'ultime apport théorique à l'existence de cette économie morale du médico-social est aussi analysé et envisagé dans la thèse centrale de l'ouvrage de Florence Osty intitulé, *Le désir de métier. Engagement, identité et reconnaissance au travail*.³⁵⁵ L'auteure postule que la résurgence du travail de « métier » tourne autour de trois notions classiques de la sociologie contemporaine du travail : les compétences (liées aux savoirs techniques et aux savoirs sociaux et expérientiels), l'identité et, enfin, la régulation. Florence Osty invoque une habilitation des pairs dans la construction identitaire du métier et suggère que le collectif d'appartenance se définit par des attitudes, des comportements, des valeurs et des modes de socialisations caractéristiques d'une culture de métier qui a pour objectif d'assurer la cohésion du groupe professionnel³⁵⁶.

Cette culture participe à la construction d'un ordre de coopération d'un environnement souvent en tension entre une dynamique de profession et une dynamique de métier : « Elle crée une zone d'autonomie productive qui énonce ses propres normes d'entraide, de service, d'éthique. »³⁵⁷ Mais, ce qui rattache encore plus l'approche de Florence Osty à notre perspective d'économie morale se situe dans la saisie d'une identité en constance délibération *extra/intra*-individuelle : « L'identité de métier résulte de l'expérience de subjectivation de l'activité de travail et de recherche d'une image positive de soi. »³⁵⁸ « Le désir de métier » envisage un univers post-taylorien du travail dans lequel les professionnels vont donner un sens à leurs pratiques en convoquant un univers qui valide une concordance entre l'individu et son cadre professionnel en termes de valeurs, de jugements et d'affects. Cet univers note la résurgence du métier, que Florence Osty oppose à la profession. Le « métier » se constitue autour d'une culture qui est souvent soutenue par une économie morale.

³⁵⁴ De Kerveno Kérimel Éric (2019), *Posture et travail social. Valeurs, pratiques et conditions*, Nîmes, Champ Social.

³⁵⁵ Osty Florence (2003), *Le désir de métier. Engagement, identité et reconnaissance au travail*, Rennes, PUR.

³⁵⁶ « Les livres » (2004), *Revue française de sociologie*, vol. 45, n° 4, pp. 779-780.

³⁵⁷ *Ibid.*, Osty, 2003.

³⁵⁸ *Ibid.*, Osty, 2003.

3.3. Conception de la réussite sociale et perspective d'une économie morale du médico-social.

« La représentation sociale est un guide pour l'action. Elle détermine, face à une situation, un ensemble d'anticipations et d'attentes qui prédétermine l'interaction. Elle est inductrice de sens par le système de pré-décodage qu'elle engendre. »³⁵⁹ À la suite de ce qui précède, il n'est pas véritablement incongru de soutenir qu'il y a une homogénéité entre tous les professionnels interrogés sur l'idée d'une réussite sociale. Pour la quasi majorité, c'est une approche qu'ils ne conçoivent pas et qui n'est guère conforme à leur sens d'appréhension collective, portée par des valeurs de sollicitude, d'écoute bienveillante, d'humanité et dans l'accompagnement, du refus de contrainte, ou encore d'envisager dans la relation affectuelle de l'accompagnement, une imposition d'objectifs prédéfinis. L'individu accompagné est acteur, il participe et fixe le cap. Comme l'énonce clairement Fabienne Brugère : « *Élucider les tâches de soin, prendre soin du soin lui-même et des institutions qui le fournissent ne sont pas seulement des opérations qui demandent à être reconnues comme telles. Il s'agit bien de déployer une figure inédite de l'attention aux autres et de la responsabilité sociale en mettant en cause une société dans laquelle la réussite individuelle passe par la capacité à devenir un entrepreneur de soi peu soucieux des autres ou du collectif.* »³⁶⁰

Si, tout au long de notre travail, nous avons constamment maintenu cette perception de l'idée de la réussite sociale par les professionnels interrogés dans notre enquête comme le principal indicateur de la culture professionnelle du *care*, c'était principalement dans l'intention de définir ou d'essayer de définir une concordance entre la perception d'un phénomène et l'idée qu'on se fait de ce phénomène, en rapport avec sa posture professionnelle, dans le cadre d'un accompagnement. Autrement énoncé, il s'agissait de voir dans l'attitude des professionnels intervenant dans les dispositifs TAPAJ et l'équipe mobile Aller-Vers, si leur perception d'une réussite socialement définie pouvait participer à une inclinaison au niveau de la posture d'accompagnement pour imposer un modèle à tous les prix ou, alors, s'ils percevaient l'accompagnement comme étant une mise en avant de l'intersubjectivité individuelle des

³⁵⁹ Abric Jean Claude (1999), *Psychologie de la communication. Théories et méthodes*, Paris, Armand, p. 13.

³⁶⁰ Brugère Fabienne (2017), *L'éthique du « care »*, Paris, PUF.

usagers accompagnés. Cette attitude est fondatrice de la philosophie d'accompagnement que ces professionnels adoptent.

Notre postulat, à ce stade, était de tenir que, l'idée et la vision que les individus ont des différents processus sociaux pouvait être en rapport avec la philosophie professionnelle qu'ils adoptaient et qu'ils souhaitaient mettre en œuvre. L'exemple illustratif est celui d'un médecin catholique pratiquant qui serait amené à délibérer dans une décision d'avortement par exemple. Serait-il fortement tenu par sa morale chrétienne ? Ou alors n'aura-t-elle aucune incidence sur sa pratique professionnelle ? Nos observations empiriques et l'analyse de nos entretiens démontrent de façon assez homogène cette permanence d'une communauté commune portée par des valeurs de non-jugement, de bienveillance, d'enrichissement mutuel professionnel/usager et, surtout, d'une perception de l'accompagnant, du professionnel, comme d'un facilitateur, d'un « passeur ». À ce titre, toute perspective de jugement est antinomique du cadre d'expression de cet accompagnement. Avoir une idée très figée et très normative de la réussite sociale, ou alors tenir cette réussite comme un invariant social, c'est affirmer que tous les individus sont les mêmes, ont des buts, des objectifs communs et sont encadrés dans des similitudes sociales qu'il ne faut guère questionner. Bien plus, tenir ce discours sur l'existence d'une trajectoire socialement définie, c'est être dans la célébration d'un nivellement social et moral lié à un conformisme imposé à une époque ou être différent relève du maintien de son identité et de l'affirmation de sa singularité³⁶¹. Car, c'est à partir de l'inscription dans une pluralité de mondes, de contextes, de rencontres que l'individu agit³⁶² traçant par la même occasion sa trajectoire. Au gré des contingences de l'existence humaine, l'individu est pluriel. La réussite sociale « *ça n'existe pas...* » comme l'envisage cette femme médecin :

« Pour moi, ça n'existe pas la réussite sociale... Réussite sociale pour moi ça ne veut rien dire, moi, personnellement je pense que si à la fin de ma vie j'ai réussi c'est que j'aurais contribué à aider des gens et j'aurais réussi à être heureuse, à être sereine et voilà. Moi je pense plutôt à réussite de vie mais, pas sociale parce que, j'aimerais ne pas avoir besoin que la société me dise ce qui est bien ou pas, j'aimerais plus mettre le curseur sur moi et être capable de me dire de moi-même, ce patient-là tu l'as aidé et tu as contribué à faire qu'il soit heureux et pas que la société me dise "hein, tu as bien fait ton boulot". En soi, elle peut, mais, je n'ai pas envie que ce soit ça. »

Entretien 13

³⁶¹ Ion Jacques (2012), *S'engager dans une société d'individus*, Paris, Armand colin.

³⁶² Lahire Bernard (1998), *L'homme pluriel. Les ressort de l'action*, Paris, Nathan.

« *Ce patient-là [je] tu l'as aidé...* ». Ces paroles s'incarnent dans une attitude et dans une dimension qui situent la pratique de l'accompagnement médico-social dans une approche de la prise en compte de la situation de l'autre, comme participante à sa réalisation [celle du professionnel]. Elle participe, de ce fait, à façonner les émotions, les sentiments et les affects et à les disposer dans un univers spécifique : celui de l'agir productif en situation.

Nathalie Burnay écrit : « *Les émotions sont fondamentalement orientées vers l'action. Elles peuvent s'exprimer à travers une gestualité, des comportements, des paroles, des cris, des mimiques, des postures.* »³⁶³ L'économie morale, que Didier Fassin définit comme un univers moral baigné d'affects et de sentiments..., se laisse appréhender au travers « ... *d'une gestualité, des comportements... des postures* » assez cohérentes de tous les professionnels sur l'idée d'une réussite sociale qui en réalité, pour eux, serait fantasmée.

Quels liens tenons-nous, au final, de l'association perception de la réussite sociale/économie morale du médico-social ? Si les professionnels se décentrent majoritairement de l'idée d'une réussite socialement définie et des formats normatifs qui lui sont accolés, préférant pointer le curseur sur l'individu lui-même dans son désir d'accomplissement. Ce que suggère cette approche par les professionnels de l'idée de réussite sociale, c'est la matérialité d'une économie morale du médico-social, antinomique à ces valeurs qui sont opposées à l'idéal du *care* et à la proposition d'une société de la sollicitude, des autres, dans leurs vulnérabilités et dans leurs fragilités. Dans un monde où l'efficacité des systèmes de santé est la norme, où il y a une désaffection en termes de budgets alloués au médico-social, où la souffrance du personnel³⁶⁴ est souvent bien plus importante « [...] *que les logiques comptables et gestionnaires qui s'opposent violemment aux logiques désirantes et humaines soumettent des travailleurs sociaux qui souffrent de cette infiltration des politiques désobjectivantes au cœur de leurs pratiques mais qui n'ont pas le temps de penser ces contradictions qui parfois se soldent purement et simplement en burn out ou en démissions* »³⁶⁵.

Le *care* s'oppose à la centralité du capital dans nos sociétés, le *care* s'oppose à une réussite qui n'est perçue que depuis la rive d'un individualisme exacerbé. Avec la pandémie de la Covid-19

³⁶³ Burnay Nathalie (2021), *Sociologie des émotions*, Louvain-La-Neuve. Deboeck, p. 23.

³⁶⁴ Arborio Anne-Marie (2001), *Un personnel invisible. Les aides-soignantes à l'hôpital*, Paris, Anthropos.

³⁶⁵ *Op. cit.*, De Kerveno, 2019, p. 12.

et la mise en avant « involontaire » du personnel médico-social dans la prise en charge d'une vulnérabilité sociale qui s'est démocratisée et qui s'est infiltrée dans toutes les couches sociales. Les sociétés devraient repenser les communs³⁶⁶, se réinventer et reconstruire ces « communs »³⁶⁷. Dans la perspective de saisir le soin comme une séquence caractéristique de notre époque³⁶⁸, en consacrant prioritairement la mise en avant des principes d'humanité, une éthique de la sollicitude, l'altruisme, comme étant des éléments fondateurs du « vouloir vivre-ensemble » et du « vouloir être-ensemble ».

³⁶⁶ Martuccelli Danilo (2017), *La condition sociale moderne. L'avenir d'une inquiétude*, Paris, Gallimard.

³⁶⁷ Fouliard Jeremy (2022), *L'exclusion sociale : Reconstruire les communs*, Paris, Bréal.

³⁶⁸ Worms Frédéric (2010), *Le moment du soin. À quoi tenons-nous ?*, Paris, PUF.

Chapitre 2 : La place des valeurs dans la quête de sens.

1. Le *care* et les autres valeurs de l'accompagnement médico-social.

1.1. Prolégomènes.

L'idée d'une conception des relations sociales qui tourneraient autour des autres, de l'autre, du soin, de l'attention et du souci qu'on doit porter aux personnes vulnérables et aux couches sociales les plus fragilisées est au cœur des pratiques de l'accompagnement médico-social. Les professionnels qui exercent dans cet espace placent le souci des autres, la recherche de leur épanouissement, comme étant la raison fondamentale de leur agir professionnel. Les entretiens et les différentes observations de terrain effectuées dans le cadre de notre recherche, nous ont permis d'envisager cet espace d'accompagnement, comme un espace dans lequel les valeurs sont un préalable à l'agir *in situ* des professionnels, des valeurs rendues incontournables et indispensables, pour donner une signification à l'action et à l'agir de ces professionnels de l'aide.

Ces valeurs tournent autour de la sollicitude, du soin, du prendre soin, du souci de l'autre, de son épanouissement, ou encore d'une quête permanente du bien-être des individus. Les professionnels observés et interrogés dans le cadre de notre travail l'expriment :

« Mes valeurs sont justement celles d'être aux côtés des autres, au sein d'une équipe, au sein des gens qui souffrent, évidemment, pour lesquels j'ai le sentiment d'apporter une petite pierre à l'édifice de leurs parcours et de leurs vies. »

Entretien 1.

« Je ne sais pas... On parle de la fibre sociale, mais, j'y crois vraiment. Je sais que j'aimais ça, je sais que j'aime le contact avec les personnes, j'aime échanger, j'aime écouter, j'aime aider, et être surtout utile. »

Entretien 6.

« Alors pourquoi médecine ? Parce qu'on soigne. Officiellement, je suis sensée soigner et sauver tout le monde, et en vrai je n'y arrive pas, et j'ai commencé à faire mon deuil là-dessus, non mais, en vrai c'est ça le top : l'impression qu'on a d'aider et de contribuer aussi ... »

Entretien 13.

Il y a, dans l'engagement et dans la motivation de ces professionnels, une certaine idéologie de la sollicitude, de l'aide et du soin qui rappelle en tous points de vue, une philosophie du soin et de la sollicitude venue des États-Unis qu'on nomme l'éthique du *care*, ou encore philosophie du *care*, ou tout simplement le *care*. Le *care*, est saisi comme prolongement de l'idée de sollicitude, même si la traduction n'est pas toujours correcte comme le souligne Françoise Parmentier : « Si le terme n'est pas toujours traduit, c'est que sa richesse sémantique ne

*s'épuise pas dans un unique équivalent français qui serait « prendre soin », « être attentionné », « manifester de la sollicitude »... Entre soin et sollicitude, la notion de care invite à une réflexion approfondie.»*³⁶⁹

Le *care* est un concept développé par Carol Gilligan³⁷⁰, à l'intersection des notions de la sollicitude, du soin, du genre, de la race, de notre commune vulnérabilité et, autour d'une *caring attitude* qui serait une façon de renouveler le problème du lien social par l'attention aux autres : « *L'éthique du care est apparue dans l'Amérique de Reagan. À la célébration de l'individu entrepreneur, intéressé à posséder toujours davantage dans une société de marché autorégulée, elle vient rappeler que les croisades conquérantes des uns ne sont possibles que parce que d'autres, des femmes mais aussi des gens qui ont besoin d'un gagne-pain, des migrants, se portent garants des tâches de soin (des enfants, des personnes âgées, des individus entrepreneurs, etc.)* »³⁷¹ Le *care* se situe bien au-delà de sa spécificité qu'on peut appréhender dans sa dimension médico-sociale, dans une démarche politique et sociale visant à légitimer et à porter au même niveau, l'activité économique et les tâches liées aux soins que notre société a toujours voulu invisibiliser : « *Tout d'abord, soutenir que les tâches de soin, largement occultées ou euphémisées, doivent être reconnues comme condition sine qua non de l'activité économique.* »³⁷²

Cécile Gagnon³⁷³ appréhende l'éthique du *care* comme une activité pratique et une disposition morale. Pour elle, les activités concernant le *care* sont à situer à trois niveaux³⁷⁴ : un premier, qui présente toutes les activités liées aux soins physiques, affectifs et psychologiques (*cure*) ; un deuxième, qui abrite les soins du milieu et de l'environnement (faire le ménage, prendre soin du milieu extérieur, l'écologie) ; et un troisième, qui met en avant la promotion des liens sociaux, une sorte de prise en compte de notre commune vulnérabilité ontologique.

Cette même idée d'une conception du travail et de sa réalisation, bien au-delà de la simple maîtrise d'un geste technique, est aussi prégnante dans la réflexion de la psychologue Pascale

³⁶⁹ Parmentier Françoise (dir.) (2017), *Le care une nouvelle approche de la sollicitude ?*, Paris, Artège Lethiellieux, p. 8.

³⁷⁰ Gilligan Carol (1982), *In a Different Voice*, Cambridge Mass, Harvard University Press.

Gilligan Carol (2008), *Une voix différente*, Paris, Flammarion.

³⁷¹ *Op. cit.*, Brugère, 2017.

³⁷² *Op. cit.*, Brugère, 2017.

³⁷³ Doctorante de philosophie, ses travaux portent principalement sur les théories du *care*.

³⁷⁴ Gagnon Cécile (2019), « Charge mentale et éthique critique du *care* : la division du travail dans la sphère domestique comme enjeu de justice sociale », *Ithaque*, n° 25, pp. 23-44.

Molinier : « *Le care fait cependant écho pour de nombreux professionnels du soin et de l'assistance qui cherchent à formaliser et à faire comprendre la part la moins technique de leur travail, souvent celle qui s'avère la plus importante à leurs yeux : l'attention, la présence, l'accueil, l'écoute...* »³⁷⁵ Dans cette entreprise de définition du *care*³⁷⁶, l'apport de Joan Tronto est assez déterminante pour deux raisons : la première, « *[Pour Tronto], il s'agit de sortir de la défense d'une morale des femmes – morale minoritaire de la sollicitude et du soin – que Gilligan propose de valoriser au nom de sa capacité à traiter les dilemmes ou les conflits moraux, en fonction également de sa grande plasticité contextuelle* »³⁷⁷ et, deuxième raison, l'importance des travaux de Joan Tronto est de proposer une approche politique et sociale du *care*, ce qui va l'amener à définir l'éthique du *care* comme « *Une activité générique qui comprend tout ce que nous faisons pour maintenir, perpétuer et réparer notre « monde », de sorte que nous puissions y vivre aussi bien que possible. Ce monde comprend nos corps, nous-mêmes et notre environnement, tous éléments que nous cherchons à relier en un réseau complexe, en soutien à la vie.* »³⁷⁸

C'est donc une inflexion du postulat premier de certaines éthiques du *care* qui mettaient en avant de façon prioritaire la défense d'une morale des femmes dans les activités du soin.

Pour Tronto, le *care* se situe dans la célébration de sa différence, dans la prise en charge des injustices sociales mais, aussi, dans l'écologie. Sur cet aspect, elle rejoint Cécile Gagnon : « *Assumer la différence, accorder à chacun des humains sa dignité et ses droits, prendre en charge les iniquités matérielles réelles, protéger l'environnement de la planète.* »³⁷⁹ Il y a, par ce fait, chez Tronto, une possibilité d'activation de ce qu'elle va nommer « le bon *care* » qui comprend quatre phases essentielles : « *La première définie comme caring about consiste en cette disposition qu'est l'attention comme reconnaissance d'un besoin. La seconde, taking care of, désigne la prise en charge, le fait d'assumer une responsabilité. Avec la troisième, care-giving est mis en avant le travail effectif du soin et de sa compétence. Enfin, un bon care passe*

³⁷⁵ Molinier Pascale (2013), *Le travail du care*, Paris, La Dispute, p. 10.

³⁷⁶ Dans cette littérature scientifique sur le *care*, on peut ajouter aux États-Unis, la contribution de Nakano Glenn et en France celle de Sandra Laugier et Patricia Paperman.

³⁷⁷ Brugère Fabienne (2009), « pour une théorie générale du *care* », *La vie des idées*, disponible en ligne à l'adresse : <https://laviedesidees.fr/Pour-une-theorie-generale-du-care.html>. [Consulté le 23 Mars 2023]

³⁷⁸ Tronto Joan (2009), *Un monde vulnérable, pour une politique du care*, Paris, La Découverte, p. 143.

³⁷⁹ *Ibid.*, p. 17.

*par le care-receiving, la capacité de réponse du bénéficiaire. L'attention, la responsabilité, la compétence et la capacité de réponse constituent une grammaire éthique de l'acte de care. »*³⁸⁰

Le *care* est perçu dans le médico-social comme la valeur principale à partir de laquelle les autres valeurs à l'instar de l'humanité et l'altruisme sont promues. Le *care* est l'*alma mater* qui crée cet environnement de promotion d'un autre type de liens sociaux axés sur la sollicitude et le soin qu'on procure aux autres.

Les valeurs de l'accompagnement médico-social ne se réduisent pas, de fait, au seul *care*, même si le *care* est perçu comme la matrice qui crée cet univers moral singulier. D'autres valeurs liées à l'ontologie de l'espèce humaine, comme l'humanité, ou encore à l'altruisme y sont aussi présentes... Nos investigations et les différents *verbatim* collectés nous ont autorisés à faire ressortir deux autres valeurs : l'humanité et l'altruisme.

a. **Humanité.**

Yves Gineste et Jérôme Pellissier³⁸¹ situe l'origine du mot « Humanité » en 1980, sous la plume de l'écrivaine suisse Freddy Klopfenstein. Mais, c'est véritablement avec Albert Jacquard, dans son ouvrage *Cinq milliards d'hommes dans un vaisseau*³⁸², que la notion va pour la première fois être analysée et avoir un cadre définitionnel beaucoup plus précis et concret. Pour lui, l'humanité, ce sont « *les cadeaux que les hommes se sont faits les uns aux autres depuis qu'ils ont conscience d'être, et qu'ils peuvent se faire encore en un enrichissement sans limites, désignons-les par le mot humanité.* » À l'occasion d'une communication dans un colloque en 1985, il précisera que : « [ces cadeaux sont] *l'ensemble des caractéristiques dont, à bon droit, nous sommes si fiers, marcher sur deux jambes ou parler, transformer le monde ou nous interroger sur notre avenir* »³⁸³.

³⁸⁰ *Op. cit.*, pp.147-150. (Cité par Fabienne Brugère dans son article).

³⁸¹ Gineste Yves, Pellissier Jérôme (2019), *Humanité. Comprendre la vieillesse, prendre soin des hommes vieux*, Paris, Dunod, p. 324.

³⁸² *Op. cit.*,

³⁸³ Albert Jacquard (1985), « Pour une approche scientifique de la psychosomatique ». Actes publiés dans la revue *Cahiers d'école*, n°1, (Communication au colloque organisé à Royaumont).

L'Humanitude, est premièrement, une caractéristique ontologique des hommes. Elle est surtout ce qui permet aux hommes de reconnaître leurs semblables, à cet aspect physique et biologique ; il y a aussi, une dimension émotionnelle et existentielle liée intrinsèquement à l'espèce humaine : « *l'humanité, c'est ce trésor de compréhensions, d'émotions et surtout d'exigences, qui n'a d'existence que grâce à nous et sera perdu si nous disparaissions. Les hommes n'ont d'autre tâche que de profiter du trésor d'humanité déjà accumulé et de continuer à l'enrichir.* »³⁸⁴ Jacquard va *in fine*, appréhender la notion d'humanité dans le prolongement de la notion de « Négritude » développée par l'écrivain martiniquais Aimée Césaire et vulgarisée par le poète sénégalais Léopold Sédar Senghor : « *un mot nouveau pour désigner l'ensemble des apports des civilisations d'Afrique centrale, l'ensemble des cadeaux faits aux autres hommes par les hommes à peau noire : la négritude.* »³⁸⁵

L'humanité est devenue par ailleurs, une méthode, une démarche de soin. Cette méthode d'humanité sera conceptualisée par une philosophie des soins dans les maisons de retraites, par les canadiens Yves Gineste et Rosette Marescotti.

L'humanité est avant tout, une distinction spécifique du genre humain, cette réflexion sur l'unicité des hommes est le point central de toutes les philosophies sur l'altérité, à l'instar de la philosophie du *care*, éthique éponyme, éthique de la sollicitude, philosophie des soins, *Ubuntu*, et surtout responsabilité de devoir prendre soin de l'autre parce qu'il est le visage et le reflet de notre humanité.

b. L'altruisme.

C'est partant du postulat que notre avenir collectif dépend pour une large part de nos comportements individuels et les rapports que chacun de nous entretient avec les autres, que Philippe Kourilsky énonce que : « *l'altruisme peut être un moteur du progrès social.* »³⁸⁶ Il appelle altruisme : « *... une forme d'altruisme relationnel.* »³⁸⁷

³⁸⁴ *Op. cit.*,

³⁸⁵ *Op. cit.*,

³⁸⁶ Kourilsky Philippe (2015), « Éloge de l'altruisme et de l'altruisme », *Raison présente*, vol. 194, n° 2, pp. 31-43.

³⁸⁷ *Ibid.*, p. 31.

L'altruïté dérive du terme altruïsme, l'altruïsme étant une disposition presque dévotionnelle à autrui. Pour Philippe Kourilsky, il y a de l'autre en chacun de nous et en tant qu'immunologiste, il sait que la reconnaissance du « non-soi » fait partie du « soi ». Avec l'exemple d'une conscience presque innée de l'autre chez le nourrisson qui, même sans l'usage de la parole, arrive à reconnaître les personnes de son entourage. Il postule de ce fait que : « *dans le soi d'une personne cohabite le moi (l'égo), et l'autre (l'alter)* »³⁸⁸, et il ajoute : « *On peut donc tenir pour acquis que, dans le « soi » d'une personne, cohabitent le « moi » (l'égo) et « l'autre » (l'alter). De plus, le « moi » et « l'autre » figurent sous deux formes. L'une relève des émotions, des instincts, de l'inconscient, c'est-à-dire des sentiments, et l'autre de la rationalité consciente, c'est-à-dire de la raison. Cela délimite quatre secteurs (soi/autre, sentiments/raison), dont deux, ceux qui sont concernés par « l'autre » vont retenir notre attention. Dans ceux-ci, la représentation de « l'autre », qu'elle soit fondée sur les sentiments, la raison ou un mélange des deux, peut être orientée de façon positive ou négative. Mes sentiments peuvent aller de l'amour à l'indifférence, ou de la répulsion à la haine. Quant à mon appréhension rationnelle, elle peut ne prendre en compte que mon intérêt personnel, ou celui de l'autre, ou les deux à la fois. Toutes sortes d'attitudes sont donc possibles, de l'égoïsme pur à l'altruïsme porté jusqu'à l'oubli de soi. Ce que je baptise « altruïté » est la partie « positive » du secteur qui recouvre l'appréhension rationnelle de « l'autre ». »³⁸⁹*

L'altruïté est pour Philippe Kourilsky, une approche positive et rationnelle de l'autre. Il joint à cette expression de l'altruïté deux autres notions qui sont : la liberté et le devoir d'altruïté. Car, pour lui, l'altruïté ne peut s'épanouir véritablement dans un environnement de liberté, mais, de libertés individuelles saisies au sens d'Amartya Sen, en termes de capacités et de jouissance effective de ses libertés pour mener à bien son existence. L'altruïté est aussi, un devoir citoyen parce que, comme avec la liberté, il y a une forme de co-construction et d'interdépendance entre les libertés individuelles, et les libertés des autres. Notre liberté individuelle est définie, et définit aussi celles des autres. Plus nos libertés sont grandes, plus notre devoir d'altruïté est grand : « *De cette co-construction des libertés individuelles, dérive un devoir individuel d'altruïté, c'est-à-dire, l'obligation pour chacun d'aider les autres à développer leurs propres libertés individuelles.* »³⁹⁰

³⁸⁸ *Op. cit.*, Kourilsky, 2015, p. 32.

³⁸⁹ *Op. cit.*,

³⁹⁰ *Op. cit.*, Kourilsky, 2015, p. 33.

Ces nécessaires prolégomènes permettent d'introduire la conception et la perception de l'idée des valeurs dans l'espace du médico-social. Les valeurs sont le moteur de l'agir des individus, ce sont elles qui impulsent et qui portent l'action des individus en médiant et en structurant leurs attitudes et les différentes postures professionnelles qu'ils adoptent. L'agir professionnel des individus s'encastre souvent dans des catégories réflexives qui vont chercher à donner un sens au travail, une signification qui va permettre au professionnel d'être en adéquation avec sa *praxis* quotidienne et dans les liens qu'il va tisser dans le cadre de son travail avec les autres.

La réflexion autour de cette partie est de mettre en avant l'imputation de sens qui est fait dans l'agir des individus à partir des valeurs qui leur sont propres et à partir de la communauté des valeurs (économie morale) qu'ils partagent avec les autres professionnels dans l'espace du médico-social.

1.2. *S'engager dans le care pour des valeurs et pour une éthique.*

Les différentes valeurs des professionnels mises en avant grâce à l'analyse du corpus de terrain et grâce aux différents entretiens, tournent autour d'un idéal : celui de l'*alter*, de l'autre, de sa prise en compte et dans la capacité des individus à se reconnaître dans leurs communes souffrances, dans une réflexion liée à leur vulnérabilité ontologique. Si l'humanité est une ode à la prise en compte chez chaque individu des dispositions caractéristiques de l'espèce humaine, l'altruïté va concrétiser ces dispositions caractéristiques dans l'attitude quotidienne et dans les actions individuelles vis-à-vis des autres. L'engagement dans les activités liées au *care* trouve sa source dans les valeurs du travail social et dans une éthique : celle de l'implication. En réponse à une question liée à son parcours professionnel et l'obligation à un moment donné de sa carrière de postuler à une fonction de gestionnaire, voici la réponse d'une professionnelle du médico-social :

« Je n'aurai pas pu, parce que mes valeurs seraient bousculées et je ne changerai pas mes valeurs. Donc voilà. Et en prenant le poste j'avais bien prévu, je ne changerai pas qui je suis. C'est important pour moi ça ... Moi je pense que j'avais un idéal du métier. »

Entretien 3

La motivation première de cette professionnelle est surtout consécutive à ce qu'elle appelle « *ce que je suis* », une sorte d'identité définie principalement par les valeurs, des valeurs qui sont avant tout celles du travail social, des valeurs de respect de la dignité humaine. Mais quel sens peut revêtir ces valeurs qu'on convoque ici ? « *Mais ce qui nous importe ici concerne le sens éthique de la valeur, c'est-à-dire la recherche d'une certaine perfection, de l'ordre du juste, du beau, du bien, bref, ce qui devrait être en rapport avec ce qui est. Nous entendons par valeur, un principe de jugement qui exprime « ce qui importe ».* »³⁹¹

La théorie générale de la valeur cherche à donner prioritairement un sens à tout ce qui revêt et possède une certaine importance pour qui que ce soit. Et comme le montre Brigitte Bouquet, le travail social s'est construit autour de la valeur « personne », autour d'une humanité magnifiée avec la prise en compte réelle et effective de la personne humaine en tant que destinataire de sollicitude. Le travail social en France, dans cette dimension, s'est aussi construit avec l'éthique du *case work*³⁹², une éthique venue des États-Unis. Les professionnels vont s'engager dans le médico-social à cause des valeurs du travail social, valeurs qui n'ont pas été inventées de façon spécifique par le travail social, mais qui « *surgissent dans un monde social institué, fait de valeurs, de lois, et de normes qui déterminent les situations concrètes dans lesquelles il est amené à faire ses choix. Un champ de valeurs est toujours conditionné, remanié, accueilli selon et par des rapports sociaux.* »³⁹³. Les valeurs du travail social traversent, par ce fait, l'histoire, mais elles ont été façonnées à partir de l'idéal de la « personne » humaine. Ces valeurs ont évolué, elles ont été remaniées, médiées avec d'autres doctrines et d'autres philosophies de la sollicitude comme le *care*.

Le *care* se positionne aujourd'hui comme la valeur incontournable du médico-social. Elle est au cœur de toutes les pratiques, elle soutient l'engagement des professionnels, elle maintient surtout chez ces professionnels de l'aide une éthique de l'implication, inhérente au travail dans

³⁹¹ Bouquet Brigitte (2017), *Éthique et travail social. Une recherche du sens*, Paris, Dunod, p. 30.

³⁹² Le case-work français « [] apporte une relation d'aide qui se démarque de l'assistance, et qui s'appuie sur des savoirs, une approche technique et méthodologique, eux-mêmes sous-tendus par des valeurs. Se fondant sur la compréhension dynamique apportée par les disciplines scientifiques (psychologie et psychologie sociale, biologie, ethnologie), la considération de la personne (respect et dignité), l'acceptation de la personne (tolérance, non-jugement), de l'autodétermination (fondée sur la conviction que chacun porte en lui une capacité de développement), la responsabilité et participation (pas de substitution, ni d'imposition contrainte, sauf cas particuliers), la discrétion et secret (respect de la vie privée), valeurs et concepts se confondent le plus souvent. Par la recherche de l'objectivité et par un appui conceptuel, les valeurs, en devenant moins moralistes, recourent, à cette époque, une nouvelle légitimité. ». (Ibid., p. 37.)

³⁹³ Ibid., Bouquet, 2017, p. 34.

le médico-social. Xavier Bouchereau, dans la conclusion de son ouvrage³⁹⁴, écrit : « *J'en appelle à une éthique de l'implication, c'est-à-dire à l'engagement émotionnel assumé et non moins réfléchi des professionnels. Le "savoir-être" au service du "savoir-faire", les affects aux secours de la théorie.* » L'implication est ce qui va imputer un sens à l'agir *in situ* des professionnels, c'est l'implication qui va porter l'investissement, la motivation et l'engagement des individus dans le cadre de leur travail dans le médico-social. Une professionnelle le soulignait à juste titre :

« Il y avait une espèce d'évidence du côté de nos postures réciproques et il y avait une évidence, ça c'est clair, sur notre façon de penser l'humain. [...] Voilà, il y avait vraiment ces valeurs communes, il y avait du côté de la posture professionnelle et les questions de la légitimité de l'intervention [...] et puis il y a comment on s'est imprégné du truc, comment on l'a investi mais aussi, comment on se servait de garde-fou mutuel pour ne pas surinvestir, mais vraiment... enfin, et moi, je sais que j'ai servi de garde-fou à B. à un moment, par rapport à cet investissement. Peut-être qu'il y a un équilibre qui est plus complexe à trouver pour lui actuellement. »

Entretien 17.

La prise de recul, la distance parfois essentielle et nécessaire dans certains métiers, est ici dans le travail médico-social, un frein, une barrière, elle correspond à une mise à distance entre le professionnel et l'accompagné qui peut apparaître comme une limite dans les valeurs que convoque le travail social en général. C'est l'implication du professionnel qui va réduire ce gap, et surtout qui va définir une sorte d'éthique vis-à-vis de la personne souffrante. La distance est l'opposé de l'implication. Ambrose Bierce disait d'elle que c'est « *la seule chose que les riches sont prêts à concéder aux pauvres en souhaitant qu'ils la gardent.* »³⁹⁵ L'implication n'est pas à concevoir comme une limite ; elle est, dans le travail social et dans le médico-social, une des conditions d'engagement et de *praxis* des professionnels. Le professionnel doit être comparé à

³⁹⁴ *Op. cit.*, Bouchereau, 2017, p. 214.

³⁹⁵ Bierce Ambrose (2006), *Le dictionnaire du diable*, Paris, Librio.

un pèlerin *Homo-viator* qui n'a qu'une seule quête : mener son bateau à bon port. « Analyser l'autre comme étant radicalement autre, distant, fondamentalement différent [...] mais d'admettre que ses réactions, ses avancées, ses reculs s'inscrivent dans une dynamique dont nous faisons partie et que les résistances, les symptômes ne sont pas toujours du côté où nous voulons bien les voir. Il n'y a là aucune provocation de ma part, mais la volonté de tordre le cou à une dichotomie manichéenne qui poserait le professionnel en modèle d'intégration sociale et l'utilisateur comme simple réceptacle de son savoir technique ou de sa bonne conscience humaniste. De fait l'activisme charitable et bienveillant ou le professionnalisme neutre et aseptisé abritent souvent les deux facettes d'une même logique où aider l'autre est un moyen plus ou moins conscient de s'en différencier (de s'en distinguer, dirait Pierre Bourdieu). »³⁹⁶

L'implication affective est un impératif de l'intervention dans le médico-social au même titre que les valeurs..., l'implication est « [...] la clause éthique de notre rapport à la personne souffrante. »³⁹⁷

Les valeurs, celles du travail social, construites autour de l'éthique du *case-work* français, ajoutées à une éthique : celle de l'implication, sont à la source de l'engagement dans le *care* par les professionnels. L'éthique du *care* est autant une activité pratique, qu'une disposition morale. C'est donc cette éthique du *care* en tant qu'activité pratique et disposition morale qui va orienter et guider les actions des professionnels dans le cadre de leur travail en s'appuyant sur des valeurs spécifiques, et sur une éthique de l'implication.

2. Imputation de sens à partir d'une ontologie de la vulnérabilité.

2.1. De la notion d'onticité et de l'ipséité.

L'objectif de notre démarche dans cette partie est de postuler pour prise en compte des valeurs dans la *praxis* des professionnels du médico-social. Qu'est ce qui va faire le lien entre la quête de sens, de signification et la dynamique de l'action et de l'agir des professionnels ? Pour qu'un

³⁹⁶ Bouchereau Xavier (2012), « Conclusion. Pour une éthique de l'implication », in Bouchereau Xavier (dir.), *Les non-dits du travail social. Pratiques, polémiques, éthique*. Toulouse, Érès, pp. 213-217.

³⁹⁷ *Op. cit.*, Bouchereau, 2012, p. 216.

individu trouve du sens et de la signification à son action, il faut qu'il trouve de façon permanente un point d'équilibre entre ses valeurs, et les buts (objectifs) de l'action qu'il conduit. Dans le cas de l'agir des professionnels du médico-social cette imputation de sens trouve son origine dans une ontologie de la vulnérabilité, dans une idée de fragilité commune. Les professionnels ont souvent une identification des histoires et de la vie de leurs usagers/patients, qui s'agence avec leur histoire personnelle et familiale. C'est le cas de ces différents professionnels :

« [...] j'ai eu l'opportunité d'aller faire un stage, ça faisait très longtemps que je voulais aller en Afrique, en deuxième année, là c'était lié à mon histoire personnelle, une espèce de mea-culpa où je me demandais voilà, j'ai eu un grand père raciste, presque négationniste qui pouvait avoir des propos sur les êtres humains qui me glaçait et qui aujourd'hui encore à 45 ans sont encore difficiles pour moi, et du coup, j'avais une espèce de chose à régler moi avec l'Afrique et me dire que "Oh les gars on est pas tous pareils regardez..." Et donc je suis allé vérifier ça pendant ma formation d'éduc et j'ai passé 5 mois au Mali auprès des enfants de rue à Bamako dans une association. »

Entretien 17

L'enjeu qui se formalise ici, est celui, d'une histoire personnelle qui se greffe à la vocation professionnelle et qui va porter l'engagement et la motivation de l'individu. Il sera naturellement réceptif à une certaine souffrance, parce que familier de ce sentiment de solitude, de désarroi, d'impuissance, etc. La détresse des autres aura un effet miroir sur son histoire personnelle et familiale.

« Et déjà, à l'époque, à peine en terminale, j'allais travailler auprès des autres. J'ai un petit frère, et un autre, qui était plus âgé et qui est décédé à l'âge de 21 ans dans un accident de voiture dont il n'était pas responsable, il a croisé un jour le chemin d'un homme qui conduisait en état d'ébriété. Voilà ce à quoi je me destinais sans forcément connaître ce que j'allais finalement décider de le faire. Ou encore me dire que j'allais faire infirmier psychiatrique..., ce qui était pour moi une totale inconnue. »

Entretien 11

« J'ai deux frères, un qui a deux ans de moins et l'autre six ans de plus que moi. J'ai 45 ans, un de mes frères...Le plus âgé suite à des soucis à la naissance a quand même une grosse problématique de handicap, on va dire plutôt psychologique que physique. Pris en charge depuis tout petit en fait par un circuit médico-social, il est toujours, à l'heure actuelle, lourdement handicapé et pas du tout indépendant. [...] Pour mon parcours professionnel, j'ai fait, au début, des services comme les urgences, le bloc, l'orthopédie, la maxillo-faciale, la néonatal à l'hôpital de Clocheville à Tours, la réa, et puis je suis partie, j'étais assez intéressée par la psychiatrie, mais ça, ça venait de mon parcours familial... de mon vécu plutôt. »

Entretien 9

Les notions d'ontologie, d'onticité ou encore de l'ipséité participent à ancrer cette construction des valeurs dans le *care* et dans le médico-social, à partir d'une « unicité » de l'espèce humaine. Unicité dans une sorte de « destin biologique commun », unicité en termes de fragilité et de vulnérabilité, unicité aussi, dans une incapacité de fait, de vivre et de satisfaire tout seul ses besoins vitaux. Enfin, c'est cette unicité qui permet l'identification que font les professionnels face aux souffrances de ceux qu'ils accompagnent. Dans la notion d'ontologie ou de l'onticité, on retrouve la question de l'Être, de son essence, de son rapport au temps, au monde et, même celui de sa finitude. Mais, il y a aussi une notion transversale. Celle de l'ipséité, c'est cette dernière qui est déterminante dans la construction des valeurs.

De la notion d'ontologie, étymologiquement, il y a la racine grecque *ontôs*³⁹⁸ qui signifie « étant » ou encore « ce qui est ». L'onticité dérive de l'ontologie, qui elle-même est une branche de la philosophie métaphysique qui s'interroge sur la question inaugurale de l'Être, plus précisément du « qu'est-ce que l'être ? ». Si l'ontologie est souvent définie comme la « propriété propre de l'Être », l'onticité sera appréhendée comme « la propriété des étants à être »³⁹⁹ une sorte de propriété de l'ontologie elle-même, avec cette dialectique entre « êtres/étants », objets/sujets chez les philosophes et notamment, avec la notion du *Dasein* (l'être homme, l'existant) chez Martin Heidegger⁴⁰⁰. L'onticité est dans cette perspective une caractéristique intrinsèque et profonde de « l'étant » ou plus simplement de la personne dans sa corporéité et dans sa présence au monde. Le choix de mettre en avant la notion d'onticité par-dessus celle de l'ontologie, part de l'intérêt de subsumer la profondeur de l'onticité face à l'ontologie elle-même. La valeur de l'humanité est ce qui caractérise l'espèce humaine, ce qui la différencie des autres espèces, elle est une ontologie des humains ... L'humanité est, de ce point de vue, l'onticité des individus, mais, surtout, elle est l'onticité de l'ipséité par interpolation de la formule ricœurienne de « soi-même comme un autre ».

2.2. L'ipséité et la construction des valeurs.

À la recherche d'une réponse à la question de « Qui suis-je ? », Paul Ricœur⁴⁰¹ va convoquer une analyse autour de deux pôles identitaires narratifs qui sont l'*idem* et l'*ipse*. L'*idem*, qu'il nomme encore « mêmeté », ou « mienneté », va correspondre à l'immutabilité du sujet (*idem*) et l'*idem* vaut pour tout objet mais, ne résout pas l'énigme du « Qui suis-je ? » mais plutôt, celle du « Que suis-je ? ». Il faut, par ce fait, chez Ricœur, convoquer l'*ipse* (l'ipséité) qu'il traduit par « soi-même », et qu'il assimile à un maintien volontaire de soi devant autrui, correspondant à la réflexivité de l'*ipse*, pour conjuguer une grammaire sur l'identité des individus et surtout pour répondre à la question première du « Qui suis-je ? ». Il ne faut cependant pas penser une discontinuité ou un avantage de l'*ipse* sur l'*idem*. Chez Paul Ricœur, ils se complètent et,

³⁹⁸ Grec ancien.

³⁹⁹ Collin Franck, Zerba Michelle (2020), « La dialectique Méditerranée-Caraïbe d'Édouard Glissant », in Dominique Aurélia (dir.), *Édouard Glissant, l'éclat et l'obscur*, Pointe-à-Pitre, Presses Universitaires des Antilles, pp. 237-260.

⁴⁰⁰ Heidegger Martin (1927), *Être et Temps*, Paris, Gallimard.

⁴⁰¹ Ricœur Paul (1985), *Temps et récit*, Paris, Seuil (1^{ère} éd. : 1983).

surtout, comme l'affirme Sophie-Jahn Arrien : « *tout individu se constitue dans une narration de soi sans cesse renouvelée* »⁴⁰² entre « mêmété » et « ipséité ». C'est aussi, en lien avec notre travail, l'aptitude des professionnels du médico-social à s'engager en tant que sujet réflexif bien au-delà du « Que suis-je ? ».

La notion de l'ipséité participe *de facto* à cette réflexion générale sur l'éthique du *care*, sur l'économie morale de l'accompagnement médico-social, en ce qu'elle infléchit le rapport de l'existence et son sens, sur un regard qui n'est pas profondément tourné vers soi, en tant qu'« étant », pour emprunter une notion clé de la philosophie heideggérienne mais, que notre vie se trouve envisagée face au rapport de la présence d'autrui dans le prolongement de sa perception sur nous. Le « Qui suis-je ? » de Paul Ricœur est une invite à la permanente et constante prise en compte de l'autre dans toutes nos entreprises socio-relationnelles, « autrui » étant aussi constitutif de l'identité chez Paul Ricœur. Le soi, sans le soi-même qui est la conscience des autres en nous, est incomplet. Toute cette réflexion dresse un arc qui nous ramène constamment à la notion première de la prise en compte de notre humanité et de notre devoir personnel et collectif d'appréhender la vulnérabilité des autres, comme étant constitutive de notre commune humanité. C'est en ce sens que l'humanité est une onticité de l'ipséité, parce que constitutive de notre identité, de notre « être au monde ». L'invisibilisation politique de cette vulnérabilité ontologique interroge fortement notre rapport au monde et notre volonté de construire un « être-ensemble » soucieux des plus fragiles et des plus vulnérables.

2.3. Signification de l'agir à partir d'une vulnérabilité ontologique.

L'utilisation du concept de vulnérabilité en sciences humaines et sociales est plutôt récente comme le souligne Elisabeth Schröder-Butterfill⁴⁰³. Elle a souvent été convoquée dans les sciences environnementales et celles de la gestion des risques naturels : « *Les catastrophes sont depuis longtemps considérées comme le résultat direct de risques naturels, comme les*

⁴⁰² Arrien Sophie-Jahn (2017), « Ricœur et l'identité narrative », *Le Point*. (Article publié en ligne le 21/07/2017 sur le site internet du magazine français *Le Point*. Disponible à l'adresse (https://www.lepoint.fr/philosophie/Ricœur-et-l-identité-narrative-21-07-2017-2144946_3963.php#11), [Consulté le 08 Mai 2023.]

⁴⁰³ Schröder-Butterfill Elisabeth (2013), « Le concept de vulnérabilité et sa relation à la fragilité », in Béland François (dir.), *La fragilité des personnes âgées. Définitions, controverses et perspectives action*, Rennes, Presses de l'EHESP, pp. 203-228.

inondations, les tremblements de terre ou les sécheresses, mais cette vision est ébranlée par le fait que, d'une part, tous les risques ne débouchent pas sur des catastrophes et que, d'autre part, toutes les personnes ou les groupes ne pâtissent pas également lors d'une catastrophe. Le lien crucial entre un risque ou une menace extérieure et une catastrophe a été trouvée dans la notion de population vulnérable. »⁴⁰⁴.

L'emploi de la notion de vulnérabilité dans le domaine des sciences sociales renvoie très souvent aux notions de « pauvre », « fragile » ou encore « dépendant », comme le note, François Delor et Michel Hubert⁴⁰⁵. Elisabeth Schröder-Butterfill va donc proposer de définir la vulnérabilité comme désignant « l'état des personnes vivant dans des conditions d'incertitude, d'insécurité ou d'impuissance »⁴⁰⁶. Cette définition ne souligne pas suffisamment l'identification de ce qui crée la vulnérabilité de la personne⁴⁰⁷ et ignore par ailleurs, la relation de la vulnérabilité avec la fragilité. Robert Chambers, partant de ce constat, va définir la vulnérabilité en mettant en avant deux aspects : « Ainsi, la vulnérabilité a deux aspects : un aspect extérieur constitué par les risques, les chocs et le stress que reçoit un individu ou un foyer, et un aspect interne qui est l'absence de défenses, c'est-à-dire de moyens de faire face sans subir de perte dommageable. »⁴⁰⁸ Ces deux éléments s'arriment avec l'idée de la vulnérabilité qu'énonce Robert Castel : « [...] la zone de la vulnérabilité correspond donc à une double fragilisation : fragilisation des statuts dans la sphère de l'emploi avec le développement de l'emploi temporaire, des statuts atypiques d'emploi, du chômage et en particulier du chômage de longue durée ; mais aussi fragilisation des liens sociaux primaires avec le développement de l'instabilité familiale. »⁴⁰⁹

L'éthique du *care* met en avant l'importance des relations interpersonnelles, la place du soin dans la relation aux autres mais, elle souligne aussi, la reconnaissance de la dimension « morale » du travail de soin. Le *care*, par cette dimension, est une disposition morale et une

⁴⁰⁴ Schröder-Butterfill Elisabeth, Marianti Ruly (2006), « A framework for understanding old-age vulnerabilities », *Ageing and Society*, vol. 26, n° 1, pp. 9-35.

⁴⁰⁵ Delor Françoise, Hubert Michel (2000), « Revisiting the concept of vulnerability », *Social Science & Medicine* 50, pp. 1557-1570.

⁴⁰⁶ *Ibid.*, Schröder-Butterfill & Marianti, p. 203.

⁴⁰⁷ Alwang Jeffrey et al (2001), *Vulnerability: A view from different disciplines*, Social, Protection, Discussion Paper 0115, Washington, The World Bank.

⁴⁰⁸ Chambers Robert (1989), « Vulnerability, coping and policy », *IDS Bulletin*, vol. 20, n° 2, p. 1.

⁴⁰⁹ Claude Martin (2013), « Penser la vulnérabilité. Les apports de Robert Castel. », *Alter: European Journal of Disability Research / Revue européenne de recherche sur le handicap*, vol. 7, n° 4, p. 297.

activité pratique. La disposition morale n'est rien sans l'activité pratique du *care* et l'expression *care* peut regrouper trois catégories d'activités : les soins physiques et psychologiques directs à la personne, les soins du milieu intérieur (ménages et activités domestiques), du milieu extérieur (écologie), et la promotion des liens sociaux entre individus. Dans le prolongement de la réflexion de Joan Tronto et de Cécile Gagnon, il apparaît que l'éthique du *care* est avant tout une éthique de la vulnérabilité.

Ces éthiques du *care* partent du constat que tous les êtres humains sont vulnérables d'un point de vue ontologique, nonobstant leur position sociale, leur génétique. L'idée que ce que les individus ont d'universel : « [...] *n'est pas liée aux besoins, mais c'est d'être des "êtres de besoins" »*⁴¹⁰. Cette perspective envisage la prise en compte de l'incapacité des individus et, surtout, leur incapacité à pouvoir, de façon autonome et individuelle, répondre à tous leurs besoins et, par là même, admettre leur vulnérabilité ontologique. Cette attitude introduit de fait la prise en compte de notre dépendance dans nos relations avec les autres. Ces relations deviennent des relations fondamentalement importantes dans la trajectoire biographique des individus, Elles deviennent un devoir et une exigence morale : « *J'ai besoin des autres ils ont besoin de moi* »⁴¹¹. Cette réciprocité actée, oblige et responsabilise les individus dans leur devoir d'attention vis-à-vis des besoins des autres. C'est cette prise en compte de notre commune vulnérabilité ontologique qui va aider les individus à construire des dispositifs d'attention, d'écoute, des dispositifs qui se soucient des autres en « allant-vers » eux, des dispositifs de soin.

Notre vulnérabilité ontologique est donc au fondement même de la pratique du *care*. Les individus doivent se sentir, tous, vulnérables pour adopter des relations saines avec les autres et surtout, pour annihiler et exclure toutes les relations de domination et de pouvoir qui permettent souvent à certains de différer ou encore de déléguer ces activités du *care* à des personnes moins bien placées dans la hiérarchie socioprofessionnelle et, par-là, les rendant encore plus vulnérables. C'est ce que Joan Tronto, Carol Gilligan et Arlie Hochschild appellent

⁴¹⁰ Podcast de l'intervention Cécile Gagnon sur l'éthique du *care*. Dans l'émission « Éthique en pandémie » du 18 Juin 2020. (*Éthique en pandémie est une baladodiffusion sur l'éthique et les divers enjeux économiques et sociaux qui agitent notre société. Le style est léger, amical et mélange la brève présentation, la discussion avec des invités (de jeunes chercheuses et chercheurs) sur de nombreux sujets (livres, publications, événements, etc.)*).

⁴¹¹ C'est notre incapacité à nous réaliser sans l'aide des autres qui nous engagent à mesurer l'importance de nos relations sociales.

« l'indifférence des privilégiés »⁴¹², cette invisibilisation et cette délégation des activités du *care* dans la sphère du privé par les groupes sociaux les plus puissants qui sous-traitent ces activités à des groupes de plus en plus vulnérables et fragiles créant ainsi une autre forme de « vulnérabilité circonstanciée ». La non prise en compte de cette dimension ontologique liée à notre commune vulnérabilité aggrave le fossé des injustices sociales, injustices genrées (naturalité du *care* chez les femmes et invisibilisation de ce travail dans la sphère publique), injustices raciales (délégation des activités du *care* à des communautés raciales et ethniques plus fragiles). Par exemple, des *caregivers*⁴¹³ venus des pays du Sud, (aides-soignantes africaines majoritaires dans les maisons de retraites), injustices environnementales, écologiques et injustices de domination et de pouvoir.

Parti d'une approche sur la vulnérabilité et la fragilité, on arrive à une problématique qui est au cœur des préoccupations sociales contemporaines, celle des injustices sociales. L'éthique du *care* contextualiste et particulariste, introduit de façon prioritaire, la prise en compte par les individus d'une ontologie relationnelle, d'une ontologie de la vulnérabilité des individus et de leur interdépendance et, surtout, leur disposition biologique à se concevoir comme des êtres de besoins dans leur incapacité presque congénitale à répondre tout seul à tous leurs besoins. C'est ce que Pascale Molinier appelle : « *Le sens d'une humanité commune.* »⁴¹⁴

« *Le patient alcoolisé qui est rejeté, qui n'a rien à faire là, qui est stigmatisé, qui est maltraité. Pour moi voilà, ce sont des parcours de vie. La seule chose à faire, c'est de leur donner les béquilles dont ils ont besoin. Je ne suis pas ..., non, je n'ai pas du tout envie de les mettre dans des cases, ils ont une fragilité, on a tous des fragilités quelque part ...* »

Entretien 9

⁴¹² Tronto Joan et al (2013), *Contre l'indifférence des privilégiés. À quoi sert le care*, Paris, Payot.

⁴¹³ Ensemble de petits métiers qui se définissent principalement par la production du soin. Ces travailleurs et travailleuses vont en priorité procurer, prodiguer du soin.

⁴¹⁴ *Op. cit.*, Molinier, 2013, p. 113.

Alain écrivait : « *Exister, c'est dépendre, c'est être battu du flot extérieur.* »⁴¹⁵ Ces mots soulèvent, avec une acuité particulière, le sens de la réussite et des réussites que les individus pensent construire seuls. Ils soulignent que l'autonomie, norme de notre monde contemporain est un mythe.

L'analyse du travail des professionnels, de leur engagement, de leur implication dans le médico-social passe par une réflexion autour de la place des valeurs dans la quête de sens. Cette quête de signification qui est un point d'équilibre entre les valeurs personnelles et professionnelles des individus, corrélées au sens qu'ils donnent à leur agir. Dans le médico-social, elle fait appel, comme nous l'avons vu, aux valeurs du travail social et à l'éthique du *care*. Une éthique appréhendée de façon conceptuelle comme celle des subalternes, des *caregivers*, de ceux dont le travail est souvent nié, relégué au second plan, invisibilisé de fait.

Saisir la place des valeurs dans l'espace médico-social, c'est aussi convoquer, la perception que les individus ont du souci des autres, de la sollicitude dans notre société..., quelle place est donnée à ces valeurs du *care* dans nos sociétés ? Construisons-nous des sociétés du « soin » qui privilégient l'attention faite aux autres ? La séquence du soin est-elle effectivement envisagée comme caractéristique de notre époque⁴¹⁶ ?

3. Des valeurs rendues invisibles face à une économie du marché

3.1. Care et invisibilisation du travail.

La notion de « travail invisible », comme d'ailleurs celle du *care*, sont encore des notions méconnues en France. Le « travail invisible » peut être facilement définissable comme étant un travail ou « une activité qu'on ne voit pas » mais, bien plus, une activité qu'on ne veut pas voir et qu'on ne veut pas reconnaître socialement⁴¹⁷. On doit aux féministes les premières analyses de ces notions de « travail invisible » et de *care*. Ces analyses militantes et scientifiques, comme l'indique John Krinsky et Maud Simonet, « ont eu notamment pour conséquence de montrer

⁴¹⁵ Chartier Émile dit "Alain" (1998), *Entretiens au bord de la mer*, Paris, Gallimard.

⁴¹⁶ *Op. cit.*, Worms, 2010.

⁴¹⁷ « Reconnaître » ici dans un double sens, celui de la reconnaissance « visuelle », mais surtout, celui de la reconnaissance en termes de « légitimité » sociale.

que les frontières du travail ne sont pas fixes mais sont le produit de rapports sociaux »⁴¹⁸. Ce sont ces derniers, et surtout, ceux liés à la domination, au pouvoir, au genre ou encore à la race, voire parfois, à la génération, qui exacerbent l'invisibilisation de ces activités.

Everett Hughes utilise l'expression de *dirty work*⁴¹⁹ (sale boulot) pour désigner tous ces métiers invisibles. Citant Hughes, Pascale Molinier écrit, « *Le "dirty work" comprend non seulement des métiers considérés comme dégoûtants parce que liés à l'écoulement des humeurs sexuelles ou corporelles, au débarrassage des cadavres ou à l'évacuation des déchets de la vie quotidienne, mais aussi ce qui, dans toute activité, peut se définir comme ce qu'on cherche à ne pas faire et si possible à déléguer à quelqu'un de moins bien placé dans la hiérarchie socioprofessionnelle (subalterne ou plus jeune, moins qualifié, appartenant à un groupe discriminé...)* »⁴²⁰. C'est dans la sphère domestique, de façon principale, que les processus d'invisibilisation du travail sont le plus à l'œuvre : « *Analyser le travail domestique oblige ainsi, à articuler le privé et le public, le travail salarié du dehors au travail gratuit du dedans, la production et la reproduction. Cela oblige surtout à penser la manière dont les rapports sociaux traversent et structurent, construisent et sont produits par ces différentes sphères* »⁴²¹.

Pour Krinsky et Simonet, il existe principalement deux grandes formes d'invisibilisation du travail qui sont le déni et l'euphémisation. Le déni fait référence à la négation presque institutionnelle d'admettre par exemple que, le travail domestique lié à l'entretien du ménage, à l'éducation des enfants, aux tâches quotidiennes, qui participent à l'épanouissement de la famille, soient reconnus comme du travail. Il est accolé à ce travail domestique une sorte de « naturalité », comme le souligne Natalie Binelli et Marianne Modak : « *La production de care va de soi, elle ne se voit que lorsqu'elle manque : la mère peu aimante, l'infirmière froide, l'éducatrice indifférente choquent, alors que l'amour, l'écoute attentive et la disponibilité de la part de ces mêmes personnes passent pour normales* »⁴²².

⁴¹⁸ Krinsky John, Simonet Maud (2012), « Déni de travail : l'invisibilisation du travail aujourd'hui Introduction. Introduction », *Sociétés contemporaines*, vol. 87, n° 3, p. 6.

⁴¹⁹ Hughes Everett C. (1996), *Le Regard sociologique*, Paris, Éd. EHESS.

⁴²⁰ *Op. cit.*, Molinier, 2013, p. 11.

⁴²¹ *Op. cit.*, Molinier, 2013.

⁴²² *Op. cit.*, Binelli & Modak, 2012, p. 39.

Les processus d'euphémisation du travail sont aussi du même ordre et s'inscrivent surtout dans le même objectif à savoir : séparer les activités dites « nobles », « le vrai travail » qui se situe principalement dans la sphère marchande et économique, du travail normal, fait par amour, de nature routinière, allant de soi. C'est l'exemple des carrières invisibles des femmes dans le bénévolat⁴²³, mais aussi, beaucoup plus en lien avec notre étude, celui de l'invisibilisation du travail émotionnel⁴²⁴.

Les professionnels rencontrés tout au long de notre enquête de terrain dans les dispositifs TAPAJ et l'équipe mobile Aller-Vers, soulignaient la non-reconnaissance de cette part du travail émotionnel qui est parfois beaucoup plus impactante au niveau psychologique que l'aspect suivi et accompagnement lui-même. Une professionnelle rencontrée nous expliquait, par exemple, la difficulté émotionnelle post-traumatique qu'elle avait eue après l'agression physique d'une patiente :

« Une patiente qui était placée en SPDRE (Soins psychiatriques sur décision du représentant de l'État) que je devais aller voir parce que, en fait elle n'allait pas bien, elle était en rupture de traitement et puis c'était le début de mon poste sur le CMP (Centre-médico psychologique), au passage de relais en fait, j'étais allé la voir deux fois avec ma collègue, la troisième fois, je l'ai laissée seule et en fait, elle a complètement, disjonctée. J'ai essayé de l'apaiser mais rien, en fait, je suis rentrée, je ne sais pas trop, elle a fermé la porte à clé, elle a tout verrouillé et puis après, c'était hyper délirant, elle criait, avec des objets contondants très présents, mais, j'ai réussi à appeler le SAMU qui est intervenu en passant par le balcon, et ça s'est plutôt bien passé . Mais, j'ai vécu un épisode dissociatif clairement Qui met en branle mes émotions à chaque fois que je me retrouve face à un patient violent. »

Entretien 9

⁴²³ Kaplan Daniels Arlene (1988), *Invisible Careers: Women Civic Leaders from the Volunteer*, Chicago, University of Chicago Press.

⁴²⁴ Hochschild Arlie (2017), *Le prix des sentiments, au cœur du travail émotionnel*, Paris, La Découverte (1^{ère} éd. : 1983).

Il paraît presque impossible pour ces professionnels d'être quotidiennement au contact de la souffrance, de la misère et de la perte de tous horizons de vie des personnes accompagnées, sans en être touchés et déstabilisés eux-mêmes. De retour de certaines visites à domicile avec l'infirmier psychiatrique que j'accompagnais, la situation de l'utilisateur/patient paraissait tellement désespérée que le professionnel en était émotionnellement déstabilisé et affecté à la fin de la visite, s'auto-culpabilisant, se rendant même responsable de n'avoir pas pu l'aider⁴²⁵.

Le *care*, c'est cette « dimension émotionnelle et morale du travail social auprès des personnes vulnérables »⁴²⁶, mais, paradoxalement, c'est principalement cet appel à la subjectivisation de ce travail, qu'on range souvent volontiers dans le domaine du privé qui participe à son invisibilité. Le travail du *care* est un « objet invisible », parfois, très peu enclin à se laisser saisir par une enquête sociologique rigoureuse : « Certains objets sociaux sont peu accessibles à l'enquête sociologique, en particulier ceux que protège le secret des initiés ou dont la présence dans notre quotidien est si banale, la définition si floue que cela les rend invisibles. C'est le cas du *care*. »⁴²⁷

C'est donc cette démarcation assez floue et pas toujours nette entre travail formel et travail informel, entre visible et invisible, entre sphère domestique et sphère publique, qui construit cette « éthique des subalternes »⁴²⁸ participant ainsi à inscrire, de façon profonde, les logiques du travail du *care* dans une invisibilisation normative et parfois instituée, qui insécurise les professionnels en les vulnérabilisant encore plus devant les « vulnérables » dont ils ont la charge.

Cette représentation sexuée du travail et de la richesse a été instituée : « Le débat sur la prise en compte et la mesure du travail domestique qui s'était déployé dans les années 1970 a finalement été arbitré. Il a été décidé de n'intégrer à la comptabilité nationale (donc au calcul du PIB) que la production domestique de biens et d'en exclure les services, notamment ceux résultant des activités ménagères (le travail domestique proprement dit) parce que les biens

⁴²⁵ Un usager accompagné dans le dispositif de l'équipe mobile Aller-Vers, avait appelé à l'aide après une tentative de suicide et notre visite (j'accompagnais l'infirmier psychiatrique), n'a pas suffi à l'apaiser, il promettait de mettre fin à ses jours.

⁴²⁶ *Op. cit.*, Molinier, 2013, p. 10.

⁴²⁷ *Op. cit.*, Binelli & Modak, 2010, p. 39.

⁴²⁸ *Op. cit.*, Molinier, 2013.

autoproduits sont potentiellement davantage échangeables que les services [...] Une telle position exprime ce que l'on peut appeler le dilemme du travail domestique : non reconnu par la comptabilité nationale et non pris en compte dans le calcul du PIB, il est invisible, mais sa valorisation économique reviendrait à légitimer l'assignation des femmes à ces tâches »⁴²⁹.

L'invisibilité du travail du *care* est, par ce fait, constitutive de son essence. La théorie du *care*, dans sa radicalité, propose une mutation des réflexions autour de ce qui est conçu et perçu comme étant prioritaire : « [...] *La perspective du care propose un changement de cap dans nos priorités, un espace attracteur à partir duquel percevoir, conceptualiser, travailler et appréhender le travail différemment...* »⁴³⁰. Pascale Molinier questionne le travail à partir de la notion du *care*, en mettant en avant les rapports sociaux de domination visant à maintenir certaines catégories sociales dans une sous-traitance du *dirty work*. Ces rapports sociaux les insécurisent émotionnellement et moralement de façon permanente. *Care* et « invisibilisation du travail » sont intimement liés dans nos sociétés contemporaines et doivent être analysés ensemble. La production du *care* et sa conceptualisation comme une activité, au même titre que l'idée normalisée du travail, qui est souvent située dans l'espace marchand, doivent permettre de penser une « visibilisation » beaucoup plus naturelle du travail du *care* et, surtout, une reconnaissance de ces professionnels qui prennent en charge au quotidien, la vulnérabilité. Les catégories, privée, subjective, émotionnelle, ne doivent pas être pensées séparément de leurs antonymes (publique, objective, raison). Elles n'en sont pas moins légitimes dans l'orientation de l'agir productif des individus.

Les émotions, selon Vinciane Despret sont : « *des modes de définition et de négociation des relations sociales et du soi dans un ordre moral* »⁴³¹, que chacun va définir en fonction de ses intérêts et en fonction de la situation dans laquelle il agit.

L'analyse de l'invisibilisation du travail du *care* donne à voir la possibilité d'envisager une autre voie, *une voix différente* comme le suggérait Carol Gilligan, une voix qui prend en compte les activités de maintien de la vie ordinaire comme épicerie de l'activité humaine, une voie

⁴²⁹ Talahite Fatiha (2010), « Chapitre 2 - Genre, marché du travail et mondialisation », in Falquet Jules (dir.), *Le sexe de la mondialisation. Genre, classe, race et nouvelle division du travail*, Paris, Presses de Sciences Po, pp. 48-49.

⁴³⁰ *Op. cit.*, Molinier, 2013.

⁴³¹ Despret Vinciane (1999), *Ces émotions qui nous fabriquent. Ethnopsychologie de l'authenticité*, Paris, Points, pp. 282-283.

qui interroge profondément nos sociétés capitalo-centrées, dont la pandémie du Covid-19 a mis à nue l'extrême fragilité et montré l'importance décisive de cette armée de travailleurs du médico-social dans la prise en charge et l'accompagnement des malades et des personnes vulnérables. La soudaine visibilité que la pandémie a autorisé, c'est celle d'un travail que jamais personne ne remarque, c'est celle d'un espace : le médico-social qui est souvent négligé, mésestimé et dont les travailleurs ne sont jamais reconnus à leur juste valeur. Une valeur de la responsabilité collective à avoir vis-à-vis des plus vulnérables, une responsabilité de sollicitude, d'humanité et de solidarité, une responsabilité d'altruisme. Pour migrer *Vers une société du care* et de l'attention, il faut appréhender son destin comme étant entremêlé dans celui des autres et dans le souci de ces autres : « *Nous nous savons séparés des autres dans la seule mesure où nous vivons en connexion avec eux, et nous nous sentons reliés aux autres dans la seule mesure où nous distinguons l'autre de nous-mêmes.* »⁴³²

3.2. *Économie morale de l'accompagnement médico-social et théorie du care : au service de la quête de sens.*

La théorie du *care* est en réalité une *praxis*. Toutes les dimensions du *care* sont données et sont situées dans un agir professionnel qui se concrétise dans l'action et dans le mouvement. Toutes les pratiques du *care* énoncées et détaillées en amont, inscrivent le *care* dans une mentalité spécifique, dans une prédisposition/disposition morale qui met en avant bien au-delà d'un sentimentalisme inactif, une pratique concrète dans l'activité de tous les jours.

Cette économie morale montre de façon pertinente le lien qu'entretient l'éthique du *care* avec cette mentalité spécifique développée ici par les professionnels. La sollicitude, l'attention, l'offre d'écoute dans l'expérience de la souffrance et l'accueil sont des capacités développées par les infirmières, les aides-soignantes, les médecins, les psychologues, les assistantes sociales, les addictologues, les éducatrices spécialisées, rencontrés tout au long de notre enquête. Nous avons pu observer chez ces professionnels, une capacité très visible d'accueil et de réception de la souffrance et de la douleur dans l'expérience de la maladie. Il faut rappeler que « *la*

⁴³² *Op. cit.*, Gilligan, 2008, p. 106.

douleur et plus généralement la maladie chronique suscitent inévitablement des émotions désagréables (colère, peur, anxiété, tristesse.) »⁴³³ chez l'utilisateur/patient et cette douleur est spécifique à chaque individu avec, pour le professionnel une adaptation particulière à ces différentes spécificités. La part du travail émotionnel dans le soin impose au soignant, « *qu'il allège la détresse des patients en prodiguant des soins empreints d'une réelle sollicitude. Une simple intervention centrée sur la tâche à accomplir ne suffit pas* »⁴³⁴. Monique Formarier précise cependant que les infirmières [les professionnels du médico-social] sont souvent déchirées entre leurs valeurs professionnelles et les charges de travail à assumer : « *Bien souvent, les soignants sont confrontés à des dilemmes, partagés entre leurs valeurs professionnelles et les charges de travail à assumer.* »⁴³⁵

Il reste cependant un trait commun entre cette mentalité particulière des professionnels du médico-social et la théorie du *care*, celui de permettre aux professionnels dans leur agir quotidien, d'être en tout temps dans une quête de sens et de signification de leurs pratiques dans la relation qu'il partage avec le patient/utilisateur. C'est de cette quête de sens que sa conduite est édictée avec un entrecroisement constant entre cette économie morale du médico-social, appréhendée comme mentalité spécifique, comme communauté de valeurs, économie morale surtout saisie, comme sens commun et d'appréhension collective d'un problème et l'éthique du *care*. Les figures [5,6] qui suivent, schématisent ce circuit qui met en évidence cette « zone de sens » des professionnels et le vocabulaire mobilisé.

⁴³³ Bonah Christian et al (2011), *Médecine, santé et sciences humaines*, Paris, Les Belles Lettres, p. 406.

⁴³⁴ Huynh Truc et al (2009), « Le travail émotionnel qui sous-tend les soins infirmiers: une analyse évolutionnaire de concept », *Recherche en soins infirmiers*, vol. 97, n° 2, p. 34.

⁴³⁵ Formarier Monique (2007), « La relation de soin, concepts et finalités », *Recherche en soins infirmiers*, vol. 89, n° 2, p. 33.

Figure 5 : Zone de sens pour les professionnels du médico-social.

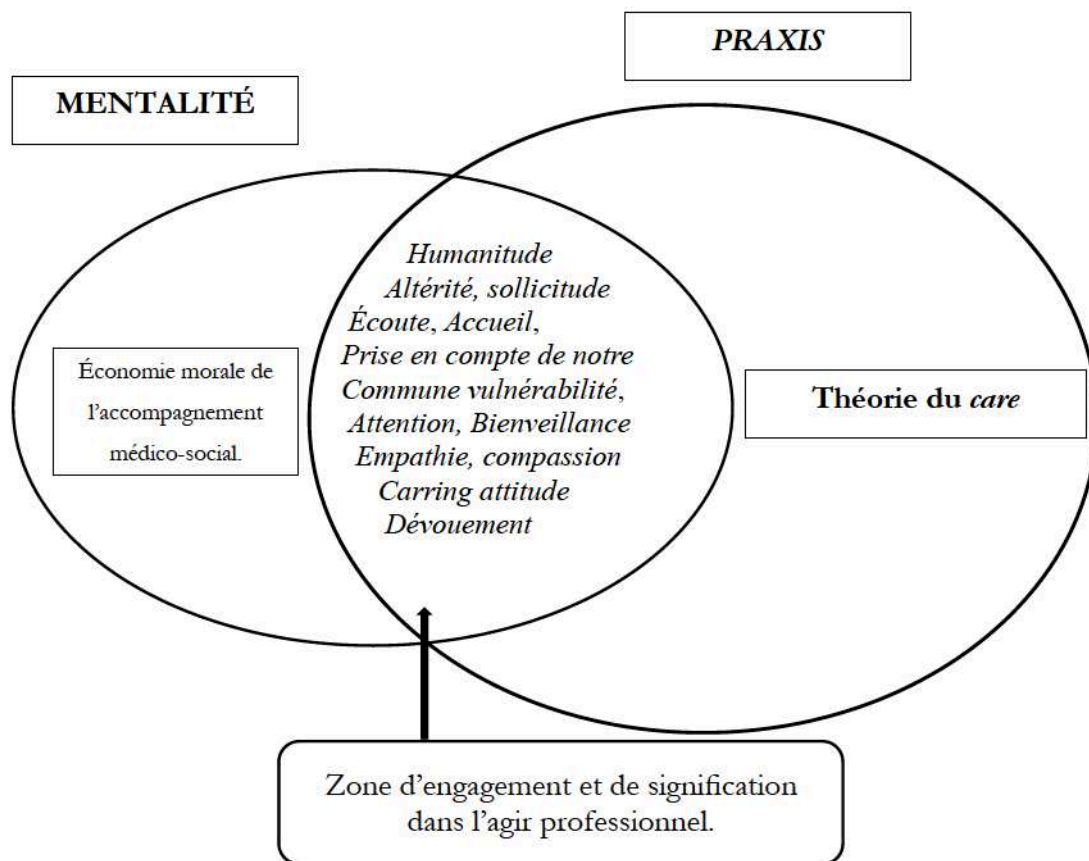


Figure 6 : Qu'est ce qui fait sens pour le professionnel : le vocabulaire mobilisé.



Note : la taille des mots dans le “nuage” est proportionnelle à l'importance de chacun d'eux dans la signification que les professionnels en donnent.

Il y a, dans la pratique quotidienne des professionnels du médico-social, une zone de signification et de sens qui se situe au croisement de cette économie morale spécifique aux professionnels du médico-social, et de l'éthique du *care*. C'est dans cette zone qui mêle toutes valeurs (valeurs morales et valeurs professionnelles) qui font sens pour le professionnel, que se formalise de façon concrète dans la pratique à destination du patient/usager et c'est dans cette zone que se forment, s'éprouvent l'engagement et le sens qui stabilisent l'agir en situation du professionnel, ainsi que le vocabulaire mobilisé.

La quête de sens par le professionnel du médico-social va donc conjuguer une grammaire qui va allier des dispositions particulières liées à une mentalité singulière comme celle de l'économie morale des professionnels du médico-social, avec une *praxis* qui est celle de la théorie⁴³⁶ ou de l'éthique du *care*. Les valeurs qui participent à cette communauté de sens des professionnels du médico-social, peuvent être regroupées dans les catégories de l'humanité et de l'altruisme. Ces deux notions sont les boussoles de l'agir professionnel des individus dans l'espace du médico-social. Elles sont, bien plus, les piliers de la quête de sens de ces professionnels.

⁴³⁶ L'éthique du *care*, est aussi analysé ici, comme une théorie. Les différents travaux sur le *care* démontrent tous et, notamment, ceux de Joan Tronto, ou même en France, de Fabienne Brugère et Hélène Hirata, que la théorie générale du *care* et l'éthique du *care*, sont convoquées pour renvoyer à la même réalité – celle d'une *praxis* spécifique, qui n'est pas non plus juste, une réalisation pratique de quelque chose mais, qui allie en amont une architecture morale agencée par des dispositions psychosociales, affectives et émotionnelles particulières.

Chapitre 3 : Médico-social : pratiques et engagement.

Après avoir situé la place des valeurs dans la quête de signification de l'agir des professionnels du médico-social, avec une mise en avant de certaines valeurs comme celles de l'humanité, de l'altruisme ou encore la sollicitude, l'attention et l'écoute bienveillante, nous poursuivons notre développement dans cette partie liée à l'économie morale du médico-social avec un dernier chapitre qui va analyser les pratiques et l'engagement de ces professionnels. Ce chapitre, à la suite du précédent, expose le « prix » des valeurs dans les pratiques quotidiennes de cet espace. Ces valeurs citées plus haut « obligent », « inclinent » et « engagent » les individus dans une posture professionnelle spécifique, corrélée à cette économie morale. Il y a, par ce fait, un positionnement *in situ*, dans la pratique, qui va être médié entre les valeurs, les politiques sociales, le cadre institutionnel, et les personnes accompagnés. En outre, ce positionnement sera la boussole d'une nouvelle vision de l'accompagnement, plus encline à introduire l'accompagné dans une relation de co-construction ou, il sera le principal acteur du changement dans sa vie.

1. Des valeurs comme préalables.

1.1. Médico-social : une activité chargée de valeurs.

Pierre Bréchon aborde la perspective des différentes définitions des valeurs sous deux focales qu'il oppose : une première très normative et liée à des impératifs moraux, et une seconde, descriptive, qui s'attache à s'enraciner dans les croyances et les motivations individuelles et qui va guider et orienter l'action des individus : « *Les définitions des valeurs sont multiples et varient selon qu'on les aborde de façon normative, comme des impératifs moraux absolument valables, ou de façon descriptive, à partir du sens que les individus leur attribuent. En adoptant une approche compréhensive, on peut les définir comme l'ensemble des orientations profondes d'un individu, ce qu'il croit, ce qui le motive, ce qui guide ses choix et ses actions.* »⁴³⁷

La réflexion sur les valeurs en sciences sociales a toujours été jugée suspecte, partant d'un impertinent postulat sur des déterminismes liés à des caractéristiques individuelles comme la classe, les diplômes, etc., et, en les envisageant comme base de l'agir des individus. Les discours des individus et leurs pratiques étaient considérés comme « *un épiphénomène sans importance, pur produit de leur appartenance sociale, au pire une illusion mystificatrice masquant les intérêts objectifs des classes dominées.* »⁴³⁸ Mais, les différents travaux ⁴³⁹ se sont attachés à mettre en avant la subjectivité de l'acteur social, l'emprise de son expérience, de ses pratiques, de ses motivations dans ses choix au quotidien, démontrant ainsi que les déterminismes ne sont pas toujours pertinents pour définir à eux seuls les orientations individuelles, mais, aussi, en montrant que les identités ne sont pas un continuum linéaire dans la biographie des individus.

L'activité médico-sociale, a toujours été perçue et même envisagée comme une activité d'engagement, une activité où la notion des valeurs est prégnante, nous l'avons vu dans nos différents entretiens⁴⁴⁰. Ces valeurs sont des prérequis essentiels à tout travail social : « *Avant même de décortiquer ce que pourrait être la posture dans le travail social, il convient de définir,*

⁴³⁷ Bréchon Pierre, Gonthier Frédéric (2014), *Les valeurs des Européens*, Paris, Armand Colin. p. 8.

⁴³⁸ *Ibid.*,

⁴³⁹ Boudon, 1995 ; Dubet, 1994 ; Singly, 2009, 2011 ou encore Lahire, 2004.

⁴⁴⁰ Cf (Entretiens 9, 10 ,11 ,13 ,16 ,17).

les prérequis (valeurs) pour que cette posture puisse advenir. Les formations dans le travail social postulent que toute personne peut se doter d'une expérience lui permettant d'acquérir les méthodes nécessaires à l'exercice professionnel. C'est un postulat contestable. Si l'on peut se réjouir que la formation dans le travail social prenne des formes plus universitaires et se dote d'un processus de recherche, le droit à la formation versus parcours sup, risque de multiplier les erreurs d'orientation. Si l'on postule que toute personne ayant acquis un baccalauréat a les capacités de prétendre au travail social cela présuppose dans le même temps que la capacité de rencontrer, accompagner autrui est toujours présente. »⁴⁴¹ L'activité sociale, de façon générale, est une activité chargée et imprégnée de valeurs. Comme le souligne Éric Kérimel De Kerveno plus haut, ces valeurs sont des prérequis qui subsument toute expertise académique ou technique, tout simplement parce que cet espace demande des prédispositions/dispositions aux individus, liées à un encordage humaniste fort et à une expressivité de certaines valeurs qui s'agencent comme des préalables avant tout engagement professionnel.

Chez André Chantreau, la valeur est : « [...] *le caractère estimable ou le prix que l'on attribue à une chose, un objet ou un être en raison de deux critères ; soit de son utilité, soit de sa perfection propre. La valeur qualifie ; la valeur est aussi concrètement cette chose, cette personne affectée de cette qualification d'estimabilité. [...] Les valeurs sont les projets et les idéaux visés pour accomplir au mieux l'unité du lien social, résistant à l'éphémère, à la destruction, au chaos.* »⁴⁴² Il y a donc, dans l'idée de la valeur, des visées liées à des idéaux à accomplir en vue de maintenir l'unité du lien social. La définition de la valeur de Guy Rocher rejoint la définition de Pierre Bréchon, il définira la valeur comme : « *une manière d'être ou d'agir qu'une personne ou une collectivité reconnaît comme idéal, et rend désirables ou estimables les êtres s'y conformant. Les valeurs impliquent la notion de dépassement de la situation actuelle pour atteindre une situation jugée plus en rapport avec notre conception de la personne et de la société.* »⁴⁴³

⁴⁴¹ *Op. cit.*, De Kerveno, 2019, p. 25.

⁴⁴² Chantreau André (1993), « Le concept de valeurs et ses filiations », *Rencontre*, n° 88. Cité par Bouquet Brigitte (2012), « Chapitre 2. Les valeurs du travail social », in Bouquet Brigitte (dir.), *Éthique et travail social. Une recherche du sens*, Paris, Dunod, pp. 25-46.

⁴⁴³ Rocher Guy (1970), *Introduction à la sociologie*, Paris, Seuil.

Les dimensions humaniste et fortement altruiste de la relation d'accompagnement ou de soin, suggèrent un positionnement des professionnels dans un espace qui va mettre en avant inéluctablement leur engagement dans un modèle idéal de société : une société du *care*, une société du prendre soin, mais avant tout, un engagement professionnel porté par des valeurs et des idéaux. C'est aussi pour cette raison que l'espace médico-social est souvent perçu comme un espace vocationnel. Il faut un engagement sur des valeurs marquées et spécifiques à la relation à l'autre et à son bien-être. Ce sont ces valeurs qui prédisposent ou disposent l'individu en régulant son action au quotidien. Eric Kérimel De Kerveno cite quelques-unes de ces valeurs, la politesse et l'hospitalité, l'humilité, la dignité et l'altérité. Cette dernière valeur est à l'origine de la possibilité de la rencontre avec le visage de l'autre (dans la relation « aidante »), ce visage [m'] appelant à « ma » responsabilité. « Pour Emmanuel Levinas, il ne faut pas s'y tromper, la première rencontre est la rencontre du visage de l'autre, et pour le philosophe, l'éthique est la première des philosophies, nous devons agir dans ce qu'il appelle « la responsabilité pour autrui sans demander de réciprocité. L'autre nous apparaît dans son visage : le visage s'impose à moi sans que je puisse cesser d'être responsable de sa misère. Pour Levinas, le visage de l'autre comme le nôtre : dénudé, sans défense. Le visage est sens. Il écrit : le visage parle et autrui est visage... Le visage me convoque, me rappelle à la responsabilité. »⁴⁴⁴ L'altérité comme valeur impose de considérer l'autre, autrui comme nous-même. C'était déjà la réflexion que suggérait Paul Ricœur : « soi-même comme un autre »⁴⁴⁵.

L'engagement dans l'activité médico-sociale ne va pas de soi. Il apparaît poser certains préalables comme condition d'exercice, et, parmi ces conditions, il y a les valeurs. L'encordage humaniste, dévotionnel, presque oblatif de cet espace, demande aux individus de s'enraciner dans une humanité et dans un univers chargé de valeurs. Il est même presque impossible de nier les prétentions démocratiques de l'activité médico-sociale. Les valeurs du travail social sont par nature des valeurs démocratiques dans la reconnaissance de l'autre dans la perception et la prise en compte de sa différence. C'est d'ailleurs ce que suggère Alain Touraine : « [...] une société démocratique est une société qui reconnaît l'autre, non pas dans sa différence mais

⁴⁴⁴ *Op. cit.*, De Kerveno, 2019, p. 39.

⁴⁴⁵ *Op. cit.*, Ricœur, 1990.

comme sujet ; dans son travail pour être sujet, c'est-à-dire pour unir l'universel et le particulier
»⁴⁴⁶.

Les valeurs dans l'activité médico-sociale sont des valeurs qui portent l'individu comme objectif principal vers lequel doit se diriger les actions des professionnels et engager leur responsabilité individuelle, mais aussi, la responsabilité commune de cet espace singulier.

Dans une société marchande qui appréhende toute valeur à l'aune d'une évaluation chiffrée ou comptable, nous pouvons réellement nous interroger sur le prix des valeurs dans l'activité médico-sociale.

1.2. *Le prix des valeurs : l'engagement.*

Dans un ouvrage paru en 2021 sous le titre, *Le prix de nos valeurs*, Augustin Landier et David Thesmar postulent que, de plus en plus, dans les sociétés modernes, les idéaux se heurtent continuellement aux désirs matériels. Ils mettent en avant l'idée que, dans les discours, dans l'espace politico-médiatique, le prix à payer pour défendre les valeurs est rarement évoqué : « *Que l'adhésion à un bien moral – l'écologie, la diversité, l'aide aux plus démunis... – dépende de son coût économique nous met mal à l'aise. Nous aimerions pouvoir faire des choix justes et bons « quoi qu'il en coûte. [...] Pourtant, dans bien des cas, défendre les valeurs, c'est accepter de payer un coût économique. Dans leur vie quotidienne, les individus intègrent naturellement la logique de ce type d'arbitrage : par exemple, en choisissant un métier, ils accordent de l'importance à la question du sens de leur travail, mais ils en accordent aussi à leur salaire. Ils savent bien que les emplois les mieux payés sont rarement ceux qui ont le plus de sens.* »⁴⁴⁷

Les valeurs dans l'activité médico-sociale ont donc un coût sur l'individu, sur le professionnel qui fait le choix de travailler dans cet espace. En se décentrant un peu de l'analyse de Landier et Thesmar, notamment sur le coût économique des valeurs, il y a chez le professionnel du médico-social, un coût qui, par-delà sa dimension pécuniaire et économique, est un coût moral

⁴⁴⁶ Touraine Alain Cité par De Robertis Cristina(2014), *L'intervention sociale d'aide à la personne*, Rennes, Presses de L'EHESP.

⁴⁴⁷ Landier Augustin, Thesmar David (2021), *Le prix de nos valeurs*, Paris, Flammarion, pp. 6-7.

et psychologique. Le précédent exemple de la professionnelle agressée par sa patiente est parlant, ou encore cette douleur qu'ils relatent tous, d'une impossible accoutumance à la détresse et à la souffrance de ceux qu'ils reçoivent et accompagnent au quotidien. Ce coût est celui de l'engagement du professionnel, de son implication et de sa motivation.

L'activité médico-sociale a un prix à payer : celui de l'engagement du professionnel. Cet engagement est tellement conditionnel du travail à réaliser et de la posture éthique du travail social à avoir, que certains comme Éric Kérimel de Kerveno se sont demandé si on pouvait concevoir un travail social sans l'engagement du professionnel : « *S'inscrire dans le travail social c'est sans cesse travailler sur la question du droit fondamental, sur la question des droits de l'homme. Difficile de faire plus politique, difficile alors de ne pas être engagé. Mais de quoi parle-t-on lorsque l'on parle d'engagement tout simplement de veiller constamment à ce qu'une directive ne s'oppose pas aux intérêts vitaux d'autrui et qu'aucun règlement ne puisse nuire à sa dignité.* »⁴⁴⁸

Par décret n° 2017-877 du 6 Mai 2017, l'État adopte une définition du travail social qui est aujourd'hui inscrite au code de l'action sociale et des familles⁴⁴⁹. « *Le travail social vise à permettre l'accès des personnes à l'ensemble des droits fondamentaux, à faciliter leur inclusion sociale et à exercer une pleine citoyenneté. Dans un but d'émancipation, d'accès à l'autonomie, de protection et de participation des personnes, le travail social contribue à promouvoir, par des approches individuelles et collectives, le changement social, le développement social et la cohésion de la société. Il participe au développement des capacités des personnes à agir pour elles-mêmes et dans leur environnement... Le travail social s'exerce dans le cadre des « principes de solidarité, de justice sociale et prend en considération la diversité des personnes bénéficiant d'un accompagnement social.* » Par sa définition et son approche ici, le travail social a des visées politiques, celles de la construction d'une société qui fait attention aux capacités d'agir des individus en cherchant à les développer, dans la promotion de l'inclusion sociale, de la justice, etc.

Le travail social est politique et cette définition du travail social « engage » de fait le travailleur social dans le cadre de ses actions au quotidien. Il n'y a pas, ou très peu, de travail social sans

⁴⁴⁸ *Op. cit.*, De Kerveno, 2019, pp. 77-78.

⁴⁴⁹ CASF.

l'engagement du professionnel. Une reconfiguration ou des mutations de l'engagement sont certainement possibles au fil de la carrière de l'individu mais, les convictions qui l'animent, le portent, et qui l'engagent dans la réalisation au quotidien de son travail, restent un moteur central pour son action. L'engagement fait donc partie de la pratique du social et de l'espace médico-social. Les différentes disjonctions entre travail prescrit et travail réel démontrent plus qu'ailleurs que le professionnel engage bien plus qu'une expertise, une mentalité et des convictions dans la réalisation de son travail, « *Il faut pourtant reconnaître que les travailleurs sociaux engagent une part significative d'eux-mêmes dans la relation* »⁴⁵⁰. C'est d'ailleurs cet engagement qui est paradoxalement à la source des différents malaises et de la souffrance au travail de ces professionnels de l'aide. L'engagement situe le travailleur social dans une posture professionnelle où son objectif est d'aider l'utilisateur/patient à atteindre une autonomie, ou une citoyenneté qui l'amène à développer sa capacité d'agir et d'influer sur le sens qu'il donne à sa vie (on parle aussi de littératie et d'*empowerment*). Mais, généralement, cette relation d'aide est très souvent écourtée ou partiellement empêchée par la prescription publique et institutionnelle. Yves Clot parle de « *qualité empêchée* »⁴⁵¹.

La relation d'aide ne peut s'inscrire dans la même temporalité qu'une relation de service, ou une relation de gestion économique ou marchande. La relation d'aide et la relation de soin s'appuient sur l'empathie, l'écoute et sur la confiance. Il faut du temps au professionnel pour atteindre ces objectifs avec celui qu'il accompagne. Il est souvent aussi possible de voir ce qui pourrait être considéré comme une double disjonction, ou encore une « disjonction dans la disjonction », en termes de lecture et d'appréhension de ce « temps », entre le professionnel et son usager/patient. Le temps du professionnel ne sera jamais celui de l'accompagné, comme l'expose Bertrand Ravon : « [...] *au temps long et englobant d'une action envisagée comme normative, s'opposerait le temps court et incertain d'une action composée autour de la relation elle-même* »⁴⁵². Il existe, de ce fait, une disjonction perceptible pour la majorité de ces professionnels de l'aide entre le travail prescrit, commandé, demandé par l'institution et la hiérarchie, et le travail réel de terrain qui demande souvent, temps, écoute, empathie et établissement des liens de confiance.

⁴⁵⁰ Le Gall Joran, De Robertis Christina (2018), « Travail social et engagements (s) », *La revue française de service social*, n° 270.-3, p. 8.

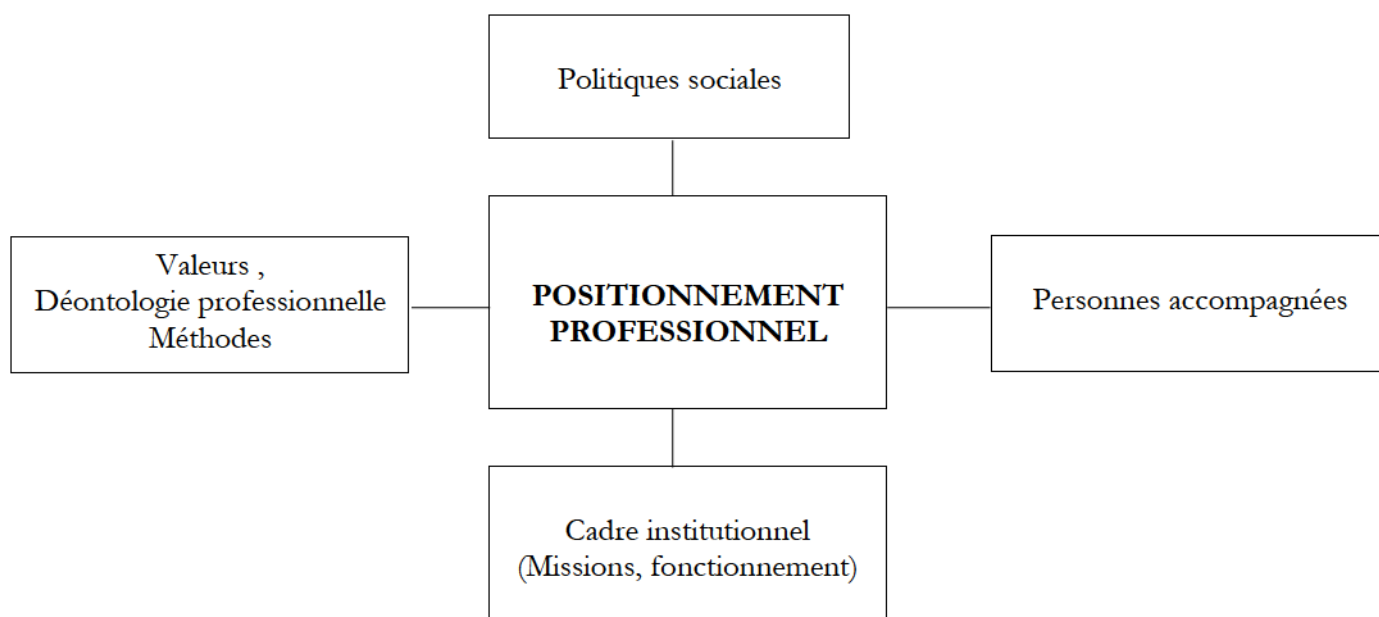
⁴⁵¹ Clot Yves (2015), *Le travail à cœur. Pour en finir avec les risques psychosociaux*, Paris, La découverte.

⁴⁵² Ravon Bertrand (2005), « Vers une clinique du lien défectueux ? » in Ion Jacques, *Travail social et souffrance psychique*, Paris, Dunod, p. 25.

L'engagement professionnel peut aussi, dans plusieurs situations, être analysé comme une anticipation d'un mal être à venir, une sorte de prophylaxie qui construit des digues morales et psychologiques face à la probabilité d'une souffrance et d'un épuisement professionnel : « *Pour certains professionnels, l'engagement consiste également à chercher à "briser la chaîne de l'impuissance" qui fait trop souvent le lit de l'épuisement professionnel.* »⁴⁵³

L'approche, majoritairement conversationnelle de l'accompagnement médico-social, engage le professionnel dans son travail de tous les jours dans un univers moral où prédominent les valeurs, les convictions, les affects, les émotions et les sentiments. Les différentes analyses sur le travail social⁴⁵⁴ ou encore sur l'innovation en action sociale et médico-sociale⁴⁵⁵, convergent toutes vers un constat : celui d'une tension à l'intérieur des pôles constitutifs de l'intervention sociale que Cristina De Robertis appelle le *positionnement professionnel*. Elle dégage alors, de façon schématique quatre principaux pôles qui vont conditionner l'intervention du professionnel de l'action social

Schéma 6 : Le positionnement professionnel.⁴⁵⁶



⁴⁵³ *Op. cit.*,

⁴⁵⁴ (Fustier, 1999 ; Clot, 2015 ; De Robertis, 2014, 2018, 2022 ; Bouchereau, 2012 ; Ion, 2005 ; Ott, 2013 ; Papon, 2014 ; Durnal, 2017), de sa posture et ses valeurs (De Kerveno, 2020 ; Astier, 2010).

⁴⁵⁵ Batifoulier Francis, Noble François (2022), *Conduire l'innovation en action sociale et médico-sociale à l'heure de la transformation de l'offre*, Paris, Dunod.

⁴⁵⁶ De Robertis Cristina (dir.) (2022), *L'intervention sociale d'intérêt collectif de la personne au territoire*, Rennes, Presses de l'EHESP.

Cette figure a été légèrement modifiée au niveau du « centre ». Chez l'auteur nous avons plutôt la formulation « *positionnement professionnel de l'assistant de service social* » que nous avons converti en « positionnement professionnel ».

Les frontières entre l'action sociale et le médico-social n'étant pas toujours étanches, les pratiques et les postures sont les mêmes, les publics sont aussi « pris » dans les mêmes problématiques, celles principalement de la vulnérabilité, de l'exclusion ou encore de la pauvreté. Les liens entre santé, précarité, exclusion et pauvreté sont connus, les méthodologies et les modalités d'accompagnement s'entremêlent et, de plus en plus, ils ont en plus un point commun : ce sont, comme l'indique Xavier Bouchereau, des « *travailleurs du lien social* ».

Les dispositifs comme TAPAJ, l'équipe Aller-Vers, constituent, en leur sein, des équipes pluridisciplinaires dans l'évaluation des situations des usagers/patients. Le positionnement professionnel matérialise l'engagement du professionnel en lui donnant à délibérer dans chaque situation au quotidien entre lui (ses valeurs, sa subjectivité, son éthique, ses convictions, ses affects), l'institution (politiques sociales, hiérarchie, le top management) et celui qu'il accompagne comme le souligne De Robertis : « *Ces quatre éléments, en tension constante, correspondent au cadre professionnel du travailleur social, à l'équilibre ou à la rupture qui se joue entre ces différentes forces, à la recherche permanente d'un choix parmi les possibles engendrés par la situation.* »⁴⁵⁷

Joseph Rouzel soutient dans *Le travail social est un acte de résistance*⁴⁵⁸ que s'il est impossible de concevoir le travail social sans une implication forte du professionnel, qui peut être analysée comme une forme d'engagement, il faut néanmoins s'abstenir de généraliser trop vite, il convient surtout de nuancer le propos pour qu'il tienne dans un équilibre qui ne situe pas le travail social dans un militantisme politique qui lui enlèverait la noblesse de sa vocation. L'engagement des professionnels dans leur activité ne doit pas être un miroir aux alouettes : « *Mais tout le monde ne résiste pas, l'engagement de quelques-uns n'est pas la vérité de tous les autres. Et l'expression de J. Rouzel sonne surtout comme un appel, pas comme une définition. Si je devais définir le travail social, je préférerais parler d'un acte politique [...]* Ce

⁴⁵⁷ *Op. cit.*, De Robertis, 2018.

⁴⁵⁸ Rouzel Joseph (2009), *Le travail social est un acte de résistance*, Paris, Dunod.

qui ici différencie l'acte de l'engagement, c'est la position du sujet. Dans l'engagement, le sujet prend position, il est actif, il se met en danger en livrant sa pensée, en se projetant dans le monde. Dans l'acte, le sujet est simplement en position, il tient une place à laquelle se rattache une fonction politique qui le déborde. »⁴⁵⁹

Nous avons essayé de saisir le prix des valeurs dans le travail social et dans l'activité médico-sociale comme étant celui de l'engagement, un engagement pour des valeurs, un engagement qui fixe un sens dans la réalisation du travail social et surtout, qui ajuste le positionnement professionnel après une médiation entre différents pôles constitutifs de l'intervention du professionnel liés à l'intersubjectivité du professionnel, à l'institution et à l'accompagné. L'exercice du travail d'accompagnement dans l'espace social et médico-social demande au professionnel une part de mise en « je » de lui-même, de sa représentation du monde et de ses valeurs. Si le terme « engagement » peut, parfois, à certains égards, apparaître exagéré, il faut l'entendre comme un appel plutôt que comme une définition de son essence..., un appel à l'implication, au dévouement et, surtout, le voir sous forme d'acte politique : « *Lorsqu'on te parlera de ton dévouement, j'espère que tu seras bien étonné. Ou alors change de métier.* »⁴⁶⁰

2. La guerre des triptyques.

2.1. Diagnostic/accompagnement/orientation

Les fondements de l'intervention sociale sont à repenser⁴⁶¹ et cela implique, avant toute chose, une refonte de l'esprit de l'accompagnement. Dans deux rapports successifs⁴⁶² du Conseil supérieur du travail social (CSTS) datant de 2007, *L'utilisateur au centre du travail social* et *Le travail social confronté aux nouveaux visages de la pauvreté et de l'exclusion*, Le conseil, dans un prolongement de l'esprit des Lois n° 2002-303 du 4 mars 2002, relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé et n° 2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées, demande aux

⁴⁵⁹ Bouchereau Xavier (2012), *Les non-dits du travail social, pratiques, polémiques, éthique*, Paris, Dunod, p. 32.

⁴⁶⁰ Cité par Bouchereau *Ibid.*, p. 19.

⁴⁶¹ *Op. cit.*, De Robertis, 2014.

⁴⁶² CSTS, *L'utilisateur au centre du travail social*, Rennes, Éditions ENSP, 2007 ; CSTS, *Le travail social confronté aux nouveaux visages de la pauvreté et de l'exclusion*, Rennes, Éditions ENSP, 2007.

travailleurs sociaux de mettre au premier plan de leurs pratiques, et du travail social en général, l'usager, source et détenteur de droits. « *Toutes ces lois qui structurent le secteur social et médico-social au cours des années 2000 proposent une approche de la personne à la fois à la source du droit et détentrice de droits auxquels elle peut prétendre.* »⁴⁶³ Cette nécessaire prise en compte de l'usager/patient structure la conduite et les pratiques du professionnel.

Le travail social, et plus précisément l'accompagnement médico-social, se décline souvent sous forme de paradigmes, en fonction des politiques sociales et du contexte politique. Bien plus que des paradigmes, c'est aussi, très souvent, une question liée à la notion du temps, arrimée comme toujours, aux enjeux de productivité. C'est ce que souligne Michèle Benhaim en préface de l'ouvrage *Posture et travail social* d'Éric Kérimel de Kerveno : « *Le temps « pour comprendre » est du temps perdu et qu'il nous faut (le temps c'est de l'argent), « voir » et se dépêcher de « conclure »* »⁴⁶⁴.

De cette conception du temps, s'imposent aux professionnels deux triptyques : un premier, très technique et professionnel, « diagnostic/accompagnement/orientation » et, un deuxième « accueil/rencontre/séparation », très attentif à la notion de rencontre et aux aspects que cette convivialité de situation convoque.

Le terme diagnostic, dans le premier triptyque, est différemment saisi dans le monde médical où il sera en lien avec la détection d'une maladie à partir de certains symptômes. Dans la sphère économique et social, il se rapportera à une réalité commune, celle d'un outil d'analyse très pertinent permettant d'améliorer la productivité et l'efficacité. Dans le cadre du travail social, le premier constat est vite fait, le vocabulaire employé est un vocabulaire d'entreprise, un vocabulaire de rentabilité, un vocabulaire de déclinaison économique. Le professionnel devient un technicien s'inscrivant dans une temporalité chronocentrée, imposée par le haut, qui nie le temps de la rencontre, la substituant en une « temporalité comptée ». Cette déclinaison professionnelle de l'accompagnement déshumanise les usagers, devenus à l'intérieur de cette machine managériale, de simples dossiers à conclure le plus rapidement possible selon l'idéologie du *time is money*⁴⁶⁵. L'esprit des lois de 2002 et de 2005 se trouve complètement dévoyé, nié et relégué au second plan, au profit de politiques désubjectivantes, oubliant, comme

⁴⁶³ *Op. cit.*, De Robertis, 2014.

⁴⁶⁴ *Op. cit.*, De Kerveno, 2019, p. 12.

⁴⁶⁵ Le temps c'est de l'argent.

le souligne Michèle Benhaim, que « [...] *l'être humain n'est pas une équation, on ne gère pas un sujet, on l'accompagne...* »⁴⁶⁶. Ces logiques comptables ne corrompent pas seulement l'esprit des lois, et les recommandations du CSTS, elles déstabilisent le professionnel dans ses pratiques, dans ses valeurs et créent *in fine*, de la souffrance, du mal-être au travail. Le travailleur social se retrouve trahi dans l'idée et dans la conception même de sa pratique, surtout, il s'estime être complice, dans ce travail travesti, d'un système qui exclut au lieu d'inclure : « *Le travailleur social peut constater qu'il est un rouage, parfois un serviteur du contrôle social, dont le dévouement ne sert qu'à permettre au "système" de continuer à exclure.* »⁴⁶⁷

Le triptyque diagnostic/accompagnement/orientation est l'incarnation d'une logique déshumanisante du travail social. L'utilisateur n'est pas au cœur de la pratique du travailleur social, sa subjectivité est étouffée et cette conception de son « projet de vie » s'impose à lui. S'il n'y adhère pas, il est sanctionné. Le triptyque diagnostic/accompagnement/orientation s'aligne en tous points au... « [...] *discours capitaliste qui structure les logiques contemporaines* »⁴⁶⁸, consacrant ainsi ce paradigme comme le plus important dans un espace où le référentiel humaniste est une exigence. « *Le paradigme de la logique économique devient la référence culturelle et sociale* »⁴⁶⁹.

2.2. Accueil/rencontre/séparation.

En amont de notre réflexion sur ce qu'on convenait d'appeler guerre des triptyques, il nous a semblé très important de mettre en avant la notion de la temporalité dans la relation d'aide. L'une des différences visibles en rapport avec cette conception du temps entre les deux triptyques diagnostic/accompagnement/orientation, avec accueil/rencontre/séparation, est celle de la requalification de la relation d'aide en relation de service. Dans le premier triptyque, le temps est appréhendé comme un indicateur de performance. La disposition sémantique du triptyque accueil/rencontre/séparation humanise la relation par l'utilisation d'un vocabulaire de

⁴⁶⁶ *Op. cit.*, De Kerveno, 2019. p.12.

⁴⁶⁷ *Op. cit.*, De Kerveno, 2019.

⁴⁶⁸ *Op. cit.*, De Kerveno, 2019.

⁴⁶⁹ *Op. cit.*, De Kerveno, 2019.

la convivialité, et ordonnance le temps en le disposant en unités temporelles bienveillantes et bientraitantes. « L'accueil », l'inconditionnel accueil, qui est souvent inscrit dans les chartes et les règlements intérieurs de certaines structures, les CSAPA par exemple, et de certains dispositifs médico-sociaux à l'instar de l'Aller-Vers, positionne *de facto* le travailleur social dans une posture d'empathie et d'humanité qui apaise et insère l'utilisateur/patient dans un processus de création d'un lien de confiance.

Le terme « accueillir » vient du latin *accoliger* (recueillir) et souligne une idée de « *prendre soi, faire entrer l'autre dans son espace.* »

« Alors, on va accueillir l'addiction. La plus grosse majorité, alors, ça peut être l'addiction aux produits, l'alcool, etc., ou qui ont des comportements liés à l'addiction, il n'y a pas de différence. On accueille aussi des personnes qui souffrent de troubles post-traumatiques,[...]. Et on accueille des personnes en épuisement professionnel. Mais, toujours avec ces pathologies-là, on essaie de faire le lien avec le risque de mésusage de produits. »

Stéphane Rullac et Laurent Ott précisent la fonction de l'accueil dans l'intervention du travail social : « En tant que travailleur social, l'accueil est le premier acte posé dans l'intervention. Il constitue en soi une pratique. Celle-ci représente la manière, en tant que professionnel, de recevoir toute personne dans un cadre institué. »⁴⁷⁰. L'accueil n'est donc pas seulement une étape, elle est surtout une pratique et une valeur chez les professionnels du lien social. Une valeur qui pense l'altérité, l'autre comme différent et comme semblable : « La pratique de l'accueil vient concrétiser le rapport de l'accueillant à l'altérité. Il questionne, en effet, sa capacité à reconnaître l'autre comme « différent » et comme « semblable ». C'est dans cette reconnaissance que s'installe un mouvement d'ouverture créant un espace pour l'autre en tant que personne. »⁴⁷¹

⁴⁷⁰ Ott Laurent, Rullac Stéphane (2010), *Dictionnaire pratique du travail social*, Paris, Dunod, p. 3.

⁴⁷¹ *Ibid.*, p. 4.

L'instant de l'accueil terminé, le temps de la rencontre peut véritablement s'installer. La rencontre suppose une mise en égalité et une prise en compte par le professionnel des droits de l'usager, un devoir d'écouter, d'entendre et de comprendre cet « autre » qui est « nous ». Cette rencontre met en place un espace parrésiasique⁴⁷², un espace du « *dire vrai sur soi-même* » qui va s'agencer, dans la pensée de Michel Foucault, avec le discours de la vérité, ce dernier passant inévitablement par un « *dire vrai sur soi-même* ». C'est ce temps de rencontre qui humanise la relation d'aide, par l'expérience de l'écoute attentive et compatissante, par l'empathie, par l'usage d'un vocabulaire qui apaise, qui reconforte et qui participe chez l'usager/patient à reprendre confiance en lui-même et dans le développement de sa capacité d'agir.

« En fait, il naît souvent une vraie relation de confiance, c'est vrai, souvent, et c'est là... que ça mérite peut être d'être développé sur le dispositif Aller-Vers. C'est que, les professionnels, sont dans l'intimité du patient, dans leur environnement avec, une véritable vision de la maison, des liens qu'il y a entre les personnes, des aidants familiaux, des voisins... qu'importe. Et, le patient, il a confiance parce qu'il sait que le professionnel, a une vision juste. Ça, ce sont les dires des patients. Il sait que le professionnel, sait de quoi il parle, parce qu'il l'a vu, il le connaît, et, souvent, c'est une marque de confiance. Le professionnel se déplace, il a de l'intérêt pour le patient. Ça change complètement du patient qui fait toujours les démarches pour venir vous [...] »

Entretien 7.

Cette étape s'oppose inéluctablement à une temporalité comptée, à des logiques de comptabilité et d'efficience managériale. La temporalité est celle qu'impose la création du lien de confiance entre le professionnel et la personne accompagnée. C'est dans ce cercle vertueux prenant en compte la singularité de l'individu, ses besoins, réaffirmant les valeurs de la pratique du travail social, du travail de création de liens, que le professionnel retrouve l'épanouissement dans la réalisation de son travail.

⁴⁷² Nous développerons de façon plus profonde cet aspect lié aux espaces parrésiasiques à aménager, dans la troisième partie.

Arrive *in fine*, le moment de la séparation, un moment qui n'est pas subit, qui n'est pas douloureux, puisque que l'agencement de la temporalité d'accompagnement aura permis d'introduire l'usager/patient dans un processus où il s'est senti important, écouté et, surtout, respecté dans ses aspirations et dans ses volontés. L'instant de l'accueil laisse place au temps de la rencontre qui se conclut par le moment de la séparation, un ordonnancement d'une grammaire du temps. Le « temps », ce temps qui est dans nos sociétés synonyme de gain, d'argent et de profit, ce temps qui est l'unité de mesure de toute opération de performance devient celui qui doit cependant séparer la sphère marchande de la sphère sociale. On ne gère pas les hommes, on les écoute, on tient compte de leurs besoins et on les accompagne dans leur réalisation.

L'idée du travail social perçu comme une clinique objectivante, efficiente, performante avec des indicateurs d'entreprise participe à la relégation du travail social en activité de service, à la négation de la particularité du travail social qui est celui d'un travail « porté » et « rempli » par des valeurs et des affects. L'idée du travail social perçu comme une clinique objectivante et efficiente se bute surtout aux pratiques qui encadrent le travail social, des pratiques qui se décentrent de la conception d'une temporalité comptée : « [...] *Je dirai qu'aujourd'hui, un abîme s'est creusé entre les complexités incontournables des situations sociales et/ou psychiques et le discours socio-politique qui vise, via chiffres, performances, résultats, au déni radical de toute complexité. La complexité subjective et sociale a besoin d'espace pour se décliner, de temps pour se dénouer, et d'un corps pour « habiter » un lieu de désir.* »⁴⁷³

3. Accompagner autrement.

3.1. L'incontournable Aller-Vers.

Partant de cette mise en comparaison entre ces deux triptyques, il est flagrant de constater qu'on peut être dans une logique d'accompagnement sans véritablement faire de l'accompagnement. Le positionnement professionnel, inspiré par le paradigme diagnostic/accompagnement/orientation démontre, comme nous l'avons vu, par sa temporalité et par son vocabulaire, que les logiques d'accompagnement mises en œuvre ne font pas partie

⁴⁷³ *Op. cit.*, De Kerveno, 2019, p. 15 (préface de Michèle Benhaim).

des pratiques de la relation d'aide et du travail social. Il se situe dans un registre de culture d'entreprise dominée par la rentabilité et par l'efficacité et l'efficience managériale. C'est d'ailleurs l'une des réelles cause de travestissement des valeurs du travail social et du mal-être des travailleurs sociaux, pour qui, « ce travail » n'a plus véritablement de sens. Et il faut, pour redonner du sens à ce travail, un engagement du travail social, une réorientation des pratiques : « [...] *Un travail de relation d'aide fortement imprégné de connotations d'échanges de type marchand, annihile la dimension fondamentale de la relation, son essence éthique, et envahit alors la scène de cette relation d'absence de repère et de sens. Seule alors la dimension de l'engagement doit prendre le relais et pourrait être le nom du travail invisible non évaluable, non gérable, non comptable.* »⁴⁷⁴

Pour le professionnel, il s'agit par ce fait de redonner du sens à sa pratique par son engagement. Pour cette communauté de valeurs qui est l'économie morale du médico-social, il s'agit de repenser les pratiques qui encadrent le travail social d'accompagnement. La philosophie « Aller-Vers » capitalise tous les indicateurs de cet « accompagner autrement » par une idée de décentrage de la focale sur les professionnels, les institutions ou encore les politiques sociales, et de recentrage sur les individus eux-mêmes dans un mouvement de co-construction comme on le verra, pas toujours évident pour le professionnel lui-même.

« [...] *de libre adhésion, voilà, comme on se disait tout à l'heure et puis, d'aller à la rencontre de... C'est vrai que quand on disait qu'il faut que ce soit l'utilisateur qui appelle lui-même pour un rendez-vous, je savais bien que c'était pas si facile pour l'utilisateur de nous appeler et, que s'il avait pu s'appuyer sur quelqu'un qui avait pu l'aider à dire, oui je veux bien le prendre ce putain de rendez-vous, pour moi, ça allait dans le même sens, c'est-à-dire aller à la rencontre, allé chercher des gens qui n'arrivent pas et pourtant, qui le voudraient bien mais, qui y arrivent pas, et du coup, voilà je me suis positionné sur l'Aller-Vers... »*

Entretien 17

⁴⁷⁴ *Op. cit.*, De Kerveno, 2019, p. 14 (préface de Michèle Benhaim).

« Le terme de patient ce n'est pas trop un terme qu'on va utiliser lorsqu'on va au domicile de la personne. Là on utilisera peut-être aussi beaucoup plus le terme d'usager et, du coup, c'est un usager qui a besoin d'un service, et ces services-là viennent jusqu'à lui comme tout service qui pourrait venir à domicile dans l'idée de l'aider pour un moment pour s'occuper d'un petit peu soit de son handicap, d'une difficulté sociale et c'est vrai que le rapport n'est pas le même quand on va jusqu'à chez la personne que quand c'est elle qui vient nous rencontrer et là on travaille avec ce qu'on a appelé avec Cécile du "sans filet" et avec une part d'improvisation qui va être la découverte de la rencontre et de l'échange. »

Entretien 11

L'Aller-Vers, comme nous l'avons exposé dans la première partie, admet l'idée que la relation de soin, la relation d'aide n'est pas attachée ou encore rattachée inconditionnellement à l'institution physique de l'hôpital. C'est principalement l'idée que le soin, l'aide ne sont pas définis par leur localisation spatiale mais, qu'en tous lieux en tout temps, empathie, écoute, création du lien, aide, sollicitude et bienveillance peuvent être prodigués. La philosophie de l'Aller-Vers est surtout une philosophie de « l'accompagner autrement ». L'approche d'accompagnement est complètement renouvelée, repensée et rapprochée au plus près de l'usager/patient.

L'Aller-Vers s'inscrit, par son essence même, dans le triptyque accueil/rencontre/séparation. Les différentes observations participantes lors des différentes VAD avec l'équipe mobile du dispositif, nous ont permis d'expérimenter ces approches de l'accueil, de la rencontre et de la séparation mais de façon « inversée », c'est-à-dire chez le patient, en total contrôle de son environnement et surtout en totale assurance et confiance.

La VAD autorise, des perspectives, qui ne sont rendues possibles que par le décentrage de l'institution dans la pratique du professionnel, et les résultats sont significatifs. Par exemple dans les rechutes de mésusages de produits addictifs, dans certaines crises d'angoisse et perte de confiance liées à la stigmatisation et aux regards parfois inquisiteurs de certaines personnes à l'intérieur de l'institution hospitalière. L'individu se sent considéré dans sa dignité et respecté. Respect, considération, dignité des ingrédients essentiels pour le développement de la nécessaire confiance en soi, et pour l'estime de soi.

Le médico-social est un espace du travail particulier de par la circulation d'une économie morale spécifique, de par des pratiques reliées à un encordage humaniste, de par les postures et l'éthique du *care*, une éthique de la sollicitude et de la bienveillance. Tous ces particularismes autorisent l'enregistrement de nouvelles pratiques, compatibles avec la perspective et l'approche d'une relation d'aide qui réinterroge les pratiques et les postures, ainsi que le contexte de leur production.

L'engagement comme acte politique dans l'accompagnement médico-social situe l'implication professionnelle dans une position de concordance avec les valeurs, les pratiques que les individus ont et portent. Ces pratiques, ces valeurs et cet engagement, sont diffusés par une économie morale qui sous-tend toute approche du travail médico-social. Mais, comment s'implémente et se matérialise pour l'utilisateur/patient ce recentrage lié à l'accompagnement ? Ou autrement dit, quels sont les objectifs co-construits entre le professionnel et l'accompagné ?

3.2. Développement du pouvoir d'agir : rendre la dignité de « l'homme capable. »

Les structurations théorico-pratiques du travail social en général, et du rôle du professionnel perçu comme facilitateur et « passeur », abondent dans la littérature du travail social chez les anglosaxons. Les notions de littératie et d'*empowerment*, traduits en français par le développement du pouvoir d'agir (DPA) des personnes et des collectivités (PC), qui sont en réalité un processus d'acquisition de « pouvoir » aboutissant à un résultat, sont parfois méconnues en France. Comme, avec le *care*, l'invisibilisation du travail du *care* et de celui des femmes ou des métiers de la sphère domestique, la perception du travailleur social peine encore à évoluer, et surtout à s'arrimer avec les nouvelles pratiques qui ont pour objectifs communs, le développement des capacités individuelles dans une approche de co-construction entre le professionnel et l'utilisateur/patient et de mise en avant des savoirs expérientiels de ce dernier.

Rendre l'individu capable d'agir et d'influer sur le très déterminé destin, c'est le mantra vers lequel convergent aujourd'hui toutes ces notions comme l'*empowerment* qui expose l'idée d'une « prise de pouvoir » de l'individu sur lui-même. Les transformations structurelles des sociétés modernes (chômage de masse, pauvreté, fragilisation des solidarités publiques)

l'apparition depuis quelques décennies d'une précarité et d'une pauvreté presque endémique⁴⁷⁵, ont eu un impact retentissant sur les pratiques du travail et de l'intervention sociale. Les travailleurs sociaux ont été amenés à s'adapter très rapidement tant sur le plan de leurs pratiques, que de devoir trouver un équilibre psychique en lien avec leurs valeurs, et la nouvelle commande institutionnelle commandant de faire plus avec peu de moyens, avec notamment l'arrivée de nouveaux publics de plus en plus vulnérables : « *Les travailleurs sociaux sont ainsi amenés à rencontrer de plus en plus de personnes, des publics nouveaux, alors qu'en parallèle les moyens pour les aider diminuent fortement. Ils sont au cœur d'une injonction paradoxale faire plus (pour plus de personnes) avec moins (avec des moyens en baisse). De plus, ces nouveaux publics attendent la plupart du temps des travailleurs sociaux d'avoir les moyens de vivre normalement, sans passer par une relation d'aide entendue au sens d'un accompagnement sur le long terme. Pour bon nombre de travailleurs sociaux, il s'agit d'une remise en cause des modèles de pratiques sur lesquels ils ont construit leurs compétences.* »⁴⁷⁶

Le DPA-PC (Développement du pouvoir d'avoir des personnes et des collectivités) est de ce fait, une approche novatrice de l'intervention sociale qui se propose d'adapter les besoins des usagers et leurs temporalités avec une conception du travail social qui n'envisage plus, de façon spécifique, l'expertise du professionnel comme étant le fondement même de la relation d'aide. Elle saisit la relation et les interactions entre le professionnel et l'utilisateur/patient comme une relation d'apprentissage mutuel, le savoir théorique et savant du médecin par exemple, ajouté au savoir empirique et expérientiel du malade sur sa pathologie. Il n'y a pas meilleur « connaissant » de son corps et de sa vie que soi-même. L'approche du DPA est donc principalement intéressante parce qu'elle va chercher à entretenir l'idée d'une communion, d'une co-construction entre un usager/patient qui se sent écouté et surtout, qui se positionne comme acteur de sa propre vie, sortant ainsi, de la passive position que pouvait lui imposer une prise en charge prescrite, et le professionnel qui va lui, se positionner de fait comme acteur du changement social. Le DPA est donc, comme le souligne Marc Henry Souley, une démarche de responsabilisation non plus du professionnel, mais de l'utilisateur « [...] pour qu'il engage ses propres ressources afin de développer des initiatives et d'élaborer un projet de vie »⁴⁷⁷.

⁴⁷⁵ Cf. (Castel, 1995).

⁴⁷⁶ Jouffray Claire (2018), *Développement du pouvoir d'agir des personnes et des collectifs, une nouvelle approche de l'intervention sociale*, Rennes, Presses de l'EHESP, p. 11.

⁴⁷⁷ Soulet Marc-Henry (2005), « Une solidarité de responsabilisation ? », in Ion Jacques (dir.), *Le travail social en débat[s]*, Paris, La Découverte, p. 95.

Yann Le Bossé qui a travaillé sur le DPA-PC dans ses travaux, expose qu'il est « *un processus par lequel des personnes accèdent ensemble ou séparément à une plus grande possibilité d'agir sur ce qui est important pour elles-mêmes, leurs proches ou la collectivité à laquelle elles s'identifient* »⁴⁷⁸. La dimension processuelle implique un mouvement, impulse une dynamique qui, à terme, doit amener l'utilisateur ou les collectivités à atteindre un contrôle sur ce qui est important pour leur vie. C'est une possibilité de régulation et de rationalisation par l'individu lui-même ou par les collectivités, des éléments de leur vie. L'approche du DPA-PC s'encadre dans une nouvelle redéfinition du travail social, elle figure d'ailleurs dans la définition du travail social approuvée par l'assemblée générale de juillet 2014 de l'IASSW (Association of schools of social work) qui oriente les postures et les objectifs de l'intervention sociale. L'idéologie du DPA-PC intègre une dimension de capacité et de réhabilitation de la dignité des individus.

Paul Ricœur soutient que la condition de capacité des individus est inhérente à leur reconnaissance⁴⁷⁹ et, donc, à la réhabilitation de l'homme dans sa dignité intégrale. Dans un texte qu'il écrit pour la réception du *Kluge Prize*⁴⁸⁰, texte diffusé dans la revue *Esprit* de Juillet 2005, il écrit : « *Mon titre est double [Devenir capable, être reconnu] : il désigne d'une part les capacités qu'un agent humain s'attribue, d'autre part le recours à autrui pour donner à cette certitude personnelle un statut social. L'enjeu commun aux deux pôles de cette dualité est l'identité personnelle. Je m'identifie par mes capacités, par ce que je peux faire. L'individu se désigne comme homme capable, non sans ajouter... et souffrant, pour souligner la vulnérabilité de la condition humaine.* »⁴⁸¹ Ce qu'il dresse comme une phénoménologie de « l'homme capable », est une liste de capacités affirmées et assumées par l'agent humain... qui présentent au final, l'homme capable comme un sujet responsable, « [...] *je considère tour à tour la capacité de dire, celle d'agir, celle de raconter, à quoi j'ajoute, l'imputabilité et la promesse. Dans ce vaste panorama des capacités affirmées et assumées par l'agent humain, l'accent principal se déplace d'un pôle à première vue moralement neutre à un pôle explicitement moral où le sujet capable s'atteste comme sujet responsable.* »⁴⁸² Capacité, reconnaissance et

⁴⁷⁸ Le Bossé Yann (2012), *Sortir de l'impuissance : invitation à soutenir le développement du pouvoir d'agir des personnes et des collectivités*, Québec, Ardis.

⁴⁷⁹ Cf. Honneth, 2000).

⁴⁸⁰ Prix décerné aux États-Unis (Bibliothèque du congrès) en 2005.

⁴⁸¹ Ricœur Paul (2005), « Devenir capable, être reconnu. », *Esprit*, n° 316-7, Juillet, p. 125.

⁴⁸² *Ibid.*, Ricœur, 2005.

responsabilité, trilogie qui fonde chez Paul Ricœur, la notion de pouvoir d'agir... : « *Par «pouvoir agir», j'entends la capacité de produire des événements dans la société et la nature.* »⁴⁸³

Paul Ricœur admet que l'un des sujets du mal-être et de la souffrance de l'homme est le sentiment d'impuissance, l'impression de n'avoir aucune prise, aucune influence sur les situations de sa propre existence. Accompagner autrement, c'est être non seulement en concordance avec ses valeurs, mais participer, par son intervention, à rendre les individus en capacité de décider et d'être eux-mêmes des entrepreneurs de leur vie. Il ne faut pas cependant perdre de vue une chose, comme le souligne Robert Castel : « *traiter l'usager comme une personne est certainement positif, mais à condition de savoir que c'est une personne fragile, vulnérable, souvent en situation de désarroi, et qui donc a besoin de supports externes.* »⁴⁸⁴ Le DPA-PC est un outil qui peut participer à l'autonomisation et à l'idée de prise en main de leurs vies par les individus, même si, une fois de plus, comme le suggère Mohammed Mechkar : « *Si cette notion rencontre une aspiration sociétale de prise en main de sa vie et de son devenir par nombre de personnes, elle pose un certain nombre de questions et repose parfois sur des positionnements idéologiques parfois très opposés (de l'émancipation au conformisme à un ordre social dominant). Si elle peut se présenter comme une opportunité de changement des conditions structurelles de leur vie comme de celles de l'ordre social, elle peut aussi comporter un risque de maintien, voire de reproduction, des inégalités sociales. Quant au travail social et à l'intervention sociale, ils peuvent, à travers l'utilisation de cette pratique, devenir des acteurs du changement social, ou, à l'inverse, les vecteurs de logiques de domination entre accompagné et accompagnant.* »⁴⁸⁵ Il est, de ce fait, plus qu'important pour le travailleur du lien social, pour le professionnel de l'aide, de veiller, par la convocation de ses valeurs, médiées par l'éthique, une éthique du *care* et de la sollicitude, une éthique de la bienveillance et de la bienveillance, à ce que la DPA-PC, comme le suggère Mohammed Mechkar, ne devienne pas une question sociale paradoxale et sensible.

⁴⁸³ *Op. cit.*, Ricœur, 2005.

⁴⁸⁴ Castel Robert (2005), « Devenir de l'État-Providence et travail social », in Ion Jacques (dir.), *Le travail social en débats*, Paris, La Découverte, 2005, p. 45.

⁴⁸⁵ Mechkar Mohammed (2021), « Le développement du Pouvoir d'Agir dans le champ de l'action sociale. Une question sociale paradoxale et sensible », *Forum*, vol. 162, n° 1, p.3.

Conclusion partielle.

L'ambition de notre travail est de rendre compte de la circulation d'une économie morale dans la sphère du médico-social. Il s'agit principalement d'appréhender l'agir professionnel des individus à l'aune d'une conception de certaines valeurs, d'une certaine vision qu'ils se donnent du monde. Cette économie morale insufflée par ces valeurs va produire un engagement qui va positionner le professionnel dans un univers politique, avec la nuance que l'engagement politique du professionnel ne se situe pas dans un militantisme qui lui retire toute la noblesse de sa vocation mais, dans une posture qui pose cet engagement comme un acte politique...

La transformation, la mutation et l'immédiateté de la « demande sociale » exige des professionnels de l'aide, une inclinaison de leurs pratiques. Les publics attendent désormais, des travailleurs sociaux, d'avoir les moyens de vivre normalement sans passer par une relation d'aide entendue dans le sens d'un accompagnement sur le long terme. Cette nouvelle demande sociale remet clairement en cause le système existant. Il faut une réadaptation des philosophies et des postures, une flexibilité particulière, permettant d'intégrer des concepts comme celui du « démarchage ». L'offre marchande démarché le client... l'assistantat avec l'équipe mobile est dans un mimétisme semblable à ces pratiques marchandes. Mais, il ne faut pas oublier les fins... la quête de l'offre marchande, par l'entremise de son commercial, est de susciter chez le client un intérêt avec des finalités expressives d'achat. Le commercial « social » en la personne de l'infirmier psychiatrique, ou de l'éducatrice spécialisée dans le cas de l'équipe mobile Aller-Vers, n'a d'objectifs et de finalités dans son « démarchage », que ceux de son usager/patient. Là où, dans l'offre marchande la finalité est prédéfinie à l'avance, dans le médico-social, c'est l'accompagné qui fixe les objectifs à atteindre et, c'est vers lui que convergent tous les bénéfices et tous les intérêts

L'univers des valeurs est, par ce fait, un « préalable » à l'action professionnelle de ces individus, c'est cet univers qui est convoqué dans les différentes situations de la pratique quotidienne. C'est cet univers moral lié aux valeurs, qui sera à la source de la production de nouvelles pratiques et de nouvelles modalités d'accompagnement comme l'Aller-Vers,

ou encore la démarche de co-construction à partir du développement du pouvoir d'agir des individus accompagnés.

La troisième partie de notre travail expose l'ultime analyse de notre trilogie en prolongeant la pensée wébérienne sur l'action individuelle. Elle convoque la dimension affectuelle dans l'organisation du travail dans le médico-social, avec l'intention non dissimulée d'analyser l'univers des émotions dans le travail social, dans la relation de soin et dans la relation d'aide.

De quelles manières les émotions sont-elles décisives dans l'agir professionnel de cet espace particulier ? Les émotions ont-elles une raison ? Sont-elles improductives ? En quoi la philosophie africaine de l'*Ubuntu*, dans une perspective d'interculturalité, partage avec l'éthique du *care* une reliance et une résonance qui ont le même objectif : donner un sens humain à la mondialisation ? Quelle est, pour finir, le sens de la notion de *parrèsia* dans la relation affectuelle que partagent le professionnel et l'utilisateur/patient ? Et, en quoi l'aménagement et la construction d'un espace parrésiasique, participe par l'éthique narrative, par les mots à une thérapie duale : celle du professionnel en quête de « sens » dans son agir quotidien, et celle de l'utilisateur/patient dans une perspective de développement de son pouvoir d'agir ?

**PARTIE III : L'ORGANISATION DU TRAVAIL DANS
LE MÉDICO-SOCIAL ET LA DIMENSION
AFFECTUELLE.**

Après avoir tour à tour, analysé la perspective d'une économie morale en partant, comme Weber, d'une rationalité de l'action par finalité, celle qui rationalise l'agir des institutions, des politiques et qui impulse la dynamique d'efficacité et d'efficience des dispositifs comme TAPAJ et L'Aller-Vers, nous avons, par la suite, convoqué dans cette trilogie analytique, une perspective de l'agir individuel à partir de la médiation par les valeurs, les valeurs du professionnel constamment médiées avec la commande institutionnelle liée à une temporalité comptée de l'accompagnement, avec la subjectivité de l'accompagné et les lois managériales, ces valeurs qui permettent par ailleurs, par une perception de la réussite sociale de construire des indicateurs professionnels et personnels de circulation d'une mentalité spécifique au médico-social, que nous tenons comme une économie morale.

L'économie morale, comme nous l'avons suggéré plus haut, est un univers baigné d'affects, d'émotions et de sentiments. Cette dernière partie parachève notre trilogie analytique en posant la dimension affectuelle, émotive, de l'agir des professionnels. Elle va interroger l'utilité des émotions dans la relation d'aide et dans la relation de soin. Elle va plus loin, et opère une réhabilitation des émotions dans le travail et dans l'analyse du *care*. Elle postule, par l'interculturalité, à donner un sens humain à la mondialisation, en outre, elle cherche à aménager des espaces parrésiasiques dans la relation entre le professionnel et l'utilisateur/patient.

L'objet « émotions » n'est pas toujours un objet légitime en sociologie comme le souligne Nathalie Burnay : « *Le traitement sociologique d'une thématique hautement psychologique*

cerne ainsi toute l'étendue de la discipline et surtout déplace quelque peu le curseur des objets légitimes »⁴⁸⁶, car il s'agit « [...] d'appréhender un choc, une réaction du corps... un éprouvé à partir d'une lecture sociologique [...]. En effet, aujourd'hui, sans doute plus qu'hier, penser les émotions s'avère relever d'un devoir théorique, épistémologique et méthodologique de la sociologie. »⁴⁸⁷

Penser les émotions, « entendre » la voix de leur raison, travailler sur une grammaire sociologique qui pense l'émotion comme étant un objet d'analyse légitime au même titre que les objets classiques en sociologie, devient une exigence et un impératif épistémologique parce que les mutations et les métamorphoses sociales n'impactent pas seulement l'agir des individus. Elles affectent aussi le travail sociologique, le forçant à ouvrir de nouvelles perspectives et de nouvelles approches.

⁴⁸⁶ *Op. cit.*, Burnay, 2021, p. 7.

⁴⁸⁷ *Ibid.*,

PARTIE III : ORGANISATION DU TRAVAIL DANS LE MÉDICO-SOCIAL ET LA DIMENSION AFFECTUELLE.

Chapitre 1 : L'utilité des émotions dans le travail du care.

1. Émotions et agir productif.

1.1. *La raison des émotions*

1.2. *Le travail des émotions dans le care.*

2. Économie morale : une socialisation émotionnelle.

2.1. *La place des émotions dans la construction d'une économie morale de l'accompagnement médico-social.*

2.2. *Le care : une perspective de réhabilitation des émotions.*

Chapitre 2 : Affectualité et interculturalité : la philosophie africaine de l'Ubuntu.

1. Ubuntu, une rationalité relationnelle.

1.1. *« Je ne suis que parce que tu es. »*

1.2. *Ubuntu : une pratique avant tout.*

2. Éthique de l'Ubuntu et éthique du care : résonance et reliance.

2.1. *Donner un sens humain à la mondialisation.*

2.2. *Pour un humanisme de notre temps.*

Chapitre 3 : La relation affectuelle professionnel/usager : un espace parrésiasique à aménager.

1. Le soin des mots et de la parole.

1.1. *L'éthique narrative*

1.2. *La parrêsia*

2. Spatialité et le Dire-vrai sur soi.

2.1. *Des espaces de vérité à aménager.*

2.2. *Une thérapie duale.*

Conclusion partielle.

Chapitre 1 : L'utilité des émotions dans le travail du care.

1. Émotions et agir productif.

1.1. *La raison des émotions.*

L'erreur de Descartes postule qu'il existe un lien et une relation fondamentale et déterminante entre la raison et les émotions : « *En me basant sur l'étude neurologique de patients souffrant à la fois de défauts de prise de décision et de troubles de l'émotion, j'ai avancé l'hypothèse, dite des marqueurs somatiques, selon laquelle l'émotion participait à la raison et qu'elle pouvait assister le processus du raisonnement au lieu de nécessairement le déranger, comme on le supposait couramment.* »⁴⁸⁸ Les émotions ont-elles une « raison » ? Ont-elles une logique ? Les émotions incluent les sentiments, les passions et les affects, qui renvoient au registre du ressenti, du vécu, de l'éprouvé, du corps et de ses manifestations⁴⁸⁹.

La part de « l'émotionnel » a toujours été reléguée en second plan ou encore complètement empêchée parce que dans la « société de la raison » et de l'objectivité, elle serait une part de déraison et d'illégitimité dans l'agir productif des individus. Montrer ses émotions est une

⁴⁸⁸ Damasio Antonio (2006), *L'erreur de Descartes, la raison des émotions*, Paris, Odile Jacob (1^{ère} éd. : 1995).

⁴⁸⁹ Cf. (Burnay, 2021 ; Fortino, 2015)

démonstration de sa faiblesse dans nos sociétés. Les individus sont encouragés à se montrer insensibles à toute effusion d'émotions, à l'instar du banquier inflexible qui exige la saisie d'une maison dont le propriétaire vient de décéder et où logent des orphelins mineurs (alors même que sa conscience en est opposée), tout comme un agent de mairie envoyant le véhicule d'une vieille dame de 86 ans à la fourrière pour s'être garée sur une place réservée aux handicapés. C'est ce que décrit Erving Goffman dans ce qu'il nomme la « présentation de soi »⁴⁹⁰, cette image de nous-même projetée dans nos interactions quotidiennes en niant nos vraies émotions, pour établir un rapport de conformité avec les normes culturelles socialement acceptées. La modernité, à l'instar de l'autonomie, a exigé de l'individu d'être un « insensible rentable » dans son agir professionnel, capable de se détacher de la misère et de la souffrance qui l'entoure et de pouvoir mettre en scène sa vie pour présenter une meilleur image de lui-même.

Le travail social, en général, et l'espace médico-social de façon particulière, ont quelque chose de spécifique et de primordial : rendre parfois floues les frontières des sphères de la vie personnelle et celle de l'agir professionnel. C'est par ailleurs, comme le souligne Joran Le Gall et Christina De Robertis, l'une des conditions de l'engagement professionnel des individus : « *L'engagement se trouve ainsi tout d'abord dans cet enchevêtrement d'un "soi" personnel et professionnel, préalable indispensable à la présence d'un authentique "être-là" dans la relation à autrui. Accéder à la réalité de l'autre c'est cheminer ensemble en recherchant les ressources disponibles. Cela exige ainsi parfois du professionnel de faire le deuil d'une quête incertaine de réponses immédiates à l'expression d'une difficulté.* »⁴⁹¹ Il faut saisir l'engagement et l'action ici comme étant « *mise en forme et mise en œuvre d'une volonté collective quant à la façon de vivre* ». On se rend compte que la validité d'une présence « authentique », d'un *Dasein*⁴⁹² heideggérien, n'est rendu possible, dans la relation entre le professionnel et l'utilisateur, que par une confusion entre un « soi » personnel et « soi » professionnel qui s'entremêlent. Il faut aussi ajouter dans ce prolongement de la pensée de Martin Heidegger que, souligne Julien Bernard sur le *Dasein* : « *les émotions, en tout cas telles que nous les concevons ordinairement, dans leur résonance physique et mentale ou dans leurs*

⁴⁹⁰ *Op. cit.*, Goffman, 1973.

⁴⁹¹ *Op. cit.*, De Robertis, 2018, p. 8.

⁴⁹² Le *Dasein* est traduit littéralement en français par « être là ».

expressions plus ou moins réactives, relèveraient plutôt d'un "être-au-monde" qui serait strictement individuel »⁴⁹³.

Le travail d'accompagnement, qui est une spécificité de l'espace médico-social, appelle constamment les professionnels qui y travaillent à des interrogations éthiques, morales et déontologiques qu'on n'observe pas ou moins dans d'autres sphères : une constante médiation entre nature et culture, entre ce qui est légale et ce qui est légitime, entre raison et émotion, personnel et professionnel, et une possibilité de désobéissance qui positionne le professionnel dans une dimension affective faisant appel à l'économie morale du médico-social, à une affirmation de ses valeurs dans un authentique « être là », dans la relation qu'il partage avec ceux qu'il accompagne. Le travail sur les émotions, qui s'exprime chez l'individu dans son agir productif, convoque une définition qui va nécessairement rendre opaque les frontières qui séparent le personnel du professionnel, l'intime du public. Les émotions ont, par essence, une assise dans l'espace du personnel, dans sa dimension affectuelle. Le registre affectuel chez Max Weber n'est pas en opposition avec celui de l'objectivité et de la raison, lui le penseur des ambivalences et des tensions avec, par exemple, l'irrationalité qui ne s'oppose pas à la rationalité, ou encore, l'éthique de responsabilité qui ne saurait se conjuguer sans l'éthique de conviction. Le postulat de Weber suggère que la sociologie devrait se garder, avant toute chose, d'être normative. Elle doit constamment penser les corrélations entre physique, matériel et spirituel, entre économie et religion, entre émotion et raison dans une idée de *wahlverwandtschaften*⁴⁹⁴.

La perspective wébérienne va donc insister sur le caractère performatif des émotions parce qu'elles portent l'action individuelle par ses ressorts de cognition individuelle. Il y a, dans cette conception du modèle de l'action de Max Weber, une prise en compte du contexte et du cadre d'agissement de l'individu. Les émotions prennent, par ce fait, une dimension « raisonnée » qui ne relève plus seulement du simple éprouvé mais, deviennent la condition de possibilité de l'action dans le médico-social parce qu'elles saisissent le « *caractère social de l'intime* »⁴⁹⁵. Les distances premières, prises par la sociologie ou encore l'anthropologie sur l'objet

⁴⁹³ Bernard Julien (2015), « Les voies d'approche des émotions : Enjeu de définition et catégorisations ». *Terrains/Théories*, (10.4000/teth.196). (hal-01638449)

⁴⁹⁴ Affinités électives.

⁴⁹⁵ *Op. cit.*, De Robertis, 2018, p. 8.

« émotion », sont consécutives du fait que les émotions sont le produit d'une perception ou d'une appréciation subjective d'un objet ou d'une situation⁴⁹⁶. Dans son ouvrage *La société des affects*, Frédéric Lordon l'explique en écrivant : « [...] *Le problème est que... les sciences sociales ont un problème avec le désir et les affects. À leur décharge, il faut bien reconnaître qu'il y a de quoi. Les sciences sociales se sont construites comme sciences des faits sociaux – et non des états d'âme. Or les états d'âmes et les émois intérieurs des individus sont le point où semble reconduire fatalement toute évocation du désir et des affects. On comprend donc sans peine le long tourment des sciences sociales : confrontées à une sorte d'évidence massive – la présence obvie des émotions dans les comportements humains –, elles ne s'en sont pas moins imposé une stricte censure, et l'interdiction formelle d'y toucher. Accordons que cette réticence n'était pas totalement illégitime : il n'était pas absurde de penser qu'en revenir aux émotions comportait un risque sérieux d'involution vers une sorte de spiritualisme psychologue – duquel le geste constitutif même des sciences sociales avait été de s'extraire. Si c'était pour transformer les sciences du social en psychologie sentimentale, mieux valait en effet s'abstenir.* »⁴⁹⁷ Cette distance était constitutive du fait que les émotions ont toujours été associées à la psychologie contre laquelle la sociologie s'est en grande partie construite.

Pour réellement convoquer la « raison des émotions » et la légitime empreinte qu'elles inscrivent dans l'agir individuel, il faut faire appel au pragmatisme américain⁴⁹⁸ pour qui les émotions sont définies comme des formes de jugement, orientant l'agir, « [...] *rappelant par là qu'il n'y a ni morale, ni raison, sans émotion.* »⁴⁹⁹ On peut aussi ajouter les travaux cités plus haut d'Antonio Damasio. C'est dans cette littérature anglosaxonne qu'on retrouve aussi la perspective interactionniste d'Arlie Hochschild avec son concept de « travail émotionnel » qu'elle définit comme étant les efforts déployés par la travailleuse ou le travailleur pour afficher les émotions que lui dictent les normes culturelles et sociales en place, plutôt que celles qu'elle ou il éprouve réellement⁵⁰⁰. La « raison des émotions » se démontre aussi, dans un vaste travail de recherches dans les sciences sociales françaises avec, entre autres, les travaux d'Angelo

⁴⁹⁶ Cf. (Bertrand, 2015).

⁴⁹⁷ Lordon Frédéric (2013), *La société des affects*, Paris, Seuil, p. 7.

⁴⁹⁸ Cf. (James, Dewey, Peirce).

⁴⁹⁹ *Op. cit.*, Damasio, 2006.

⁵⁰⁰ *Op. cit.*, Hochschild, 1983.

Soares⁵⁰¹ sur les éboueurs, les caissières et les infirmières, Bernard Rimé⁵⁰² sur les croque-morts, Sabine Fortino⁵⁰³ avec les conducteurs de train, Diane Desprat⁵⁰⁴ avec les coiffeurs ou encore Thomas Bonnet⁵⁰⁵ sur la régulation du risque émotionnel chez les soignants, les policiers et les agents funéraires. Toute cette fertile littérature, ce nouvel intérêt pour les émotions, amène clairement à parler d'une « réhabilitation » des émotions ou encore d'un « tournant émotionnel » dans les sciences sociales⁵⁰⁶.

Confiner les émotions dans une matrice essentiellement subjective, alors même que les différents travaux l'a positionne comme une forme de jugement qui oriente l'agir des individus, est improductif. Car ce sont souvent les émotions qui sont à la base de l'action à travers des attitudes, une gestuelle particulière des comportements, des mots, une expression du visage, des postures⁵⁰⁷.

Frédéric Lordon lie la notion de *conatus* spinozienne avec celle des affects : « Mais le conatus, effort générique de la "persévérance dans l'être", ne dit encore rien en lui-même de ce qui le détermine à diriger son élan par ici ou par-là, à faire concrètement ceci ou bien cela. Or, ce qui donne au conatus ses orientations déterminées, dit Spinoza, ce sont les affects. »⁵⁰⁸

L'univers émotionnel qui fait appel à plusieurs notions, les affects, les sentiments, les émotions, les passions⁵⁰⁹, propose des normes émotionnelles, dans un *éthos* professionnel⁵¹⁰ en fonction de la spécificité du métier, le vocabulaire de l'aide et du soin va mettre en avant des émotions comme l'empathie, l'écoute, la bienveillance, la sollicitude, etc. La perspective rationnelle des émotions est une perspective pertinente dans l'analyse des faits sociaux. L'émotion elle-même étant socialement produite et historiquement située de par sa dimension civilisationnelle

⁵⁰¹ Soares Angelo (2003), « Les émotions dans le travail », *Travailler*, vol. 9, n° 1, pp. 9-18.

⁵⁰² Rimé Bernard (2009), *Le partage social des émotions*, Paris, PUF.

⁵⁰³ Fortino Sabine (2014), « Invisibilisation de la pénibilité au travail, mixité et rapports de genre », *La nouvelle revue du travail* [En ligne], 4, URL : <http://journals.openedition.org/nrt/1422> ; DOI : <https://doi.org/10.4000/nrt.1422>. [Mis en ligne le 01 mai 2014, consulté le 25 septembre 2023]

⁵⁰⁴ Desprat Diane (2015), « Une socialisation au travail émotionnel dans le métier de coiffeur », *La nouvelle revue du travail* [En ligne], 6, URL : <http://journals.openedition.org/nrt/2149> ; DOI : <https://doi.org/10.4000/nrt.2149>. [Mis en ligne le 30 avril 2015, consulté le 25 septembre 2023]

⁵⁰⁵ Bonnet Thomas (2020), *La régulation sociale du risque émotionnel au travail*, Toulouse, Octarès éditions.

⁵⁰⁶ Kaufmann Laurence, Quéré Louis (dir.) (2020), *Les émotions collectives. En quête d'un « objet » impossible*, Paris, EHESS.

⁵⁰⁷ Pagès Max (1986), *Trace ou sens, le système émotionnel*, Paris, Hommes et Groupes.

⁵⁰⁸ *Op. cit.*, Lordon, 2013.

⁵⁰⁹ *Op. cit.*, Burnay, 2021.

⁵¹⁰ *Op. cit.*, Fortino, 2015.

contemporaine. Elle interroge, par les métamorphoses de la question sociale, son rapport à l'expérience. En d'autres termes, cette perspective dans sa dimension critique cherche-t-elle aussi à déterminer si l'expérience émotionnelle est le témoin d'une domination sociale ou culturelle ? Ou encore si elle s'inscrit dans un *éthos* de classe, d'âge de genre ? L'expérience émotionnelle est-elle enfermée uniquement dans le *care* ? En quoi le travail des émotions dans le *care* est-il décisif ? En suggérant que les émotions ne peuvent pas, de façon pertinente, être analysées dans un registre qui scinde ou oppose les sphères : passion/raison, personnel/professionnel, intime/public, nature/culture, objectif/subjectif. Nous avons fait le choix de penser le registre émotionnel comme un registre rationnel et la dimension affectuelle comme une dimension décisive dans le travail du médico-social, et principalement dans le travail du *care*.

1.2. *Le travail des émotions dans le care.*

La notion de *care*, comme nous l'avons déjà vu, est un processus⁵¹¹ qui fait intervenir différents discours autour du soin, du « prendre soin », prendre soin des autres et prendre soin de l'environnement : « *le care est à la mode, disent certains. Ce serait le pire qui pourrait lui arriver. Car le care n'est pas une mode mais une autre façon de penser. Mettre une proposition éthique – le souci des autres – comme priorité d'un agenda simultanément théorique, méthodologique et politique ne va pas de soi.* »⁵¹² Cet aspect du prendre soin et celui de voir émerger une société plus solidaire, plus fraternelle, est aussi une interpellation portée par des personnalités politiques en France comme Martine Aubry qui écrit, : « *Une société solidaire est une société qui prend soin de chacun, où chacun prend soin des autres et où, ensemble, nous prenons soin de l'avenir de la planète : c'est l'un des buts les plus nobles que la gauche puisse se donner* »⁵¹³. Il y a donc, aussi, une dimension écologique dans le *care*.

Le *care*, nous l'avons vu, se définit comme le « souci des autres », l'attention accordée aux plus vulnérables. Le *care* est un courant de pensée, une philosophie développée aux États-Unis

⁵¹¹ *Op. cit.*, Tronto, 2009.

⁵¹² *Op. cit.*, Molinier, 2013, pp. 9-10.

⁵¹³ Aubry Martine & 50 chercheurs et citoyens (2011), *Pour changer de civilisation*, Paris, Odile Jacob.

autour de certains courants féministes, demandant aux sociétés modernes de changer de paradigme en introduisant dans leurs priorités, les liens sociaux, la prise en compte des autres et appelant à une centralité de la sollicitude.

Pour aborder la thématique des émotions dans le *care*, dans la relation de soin, l'entrée peut se faire à deux différents niveaux : un premier niveau, en passant par les émotions du malade, sa souffrance et sa douleur ; un second niveau, qui va nous intéresser, celui des émotions des soignants, des accompagnants, des professionnels du soin et de l'aide, dans leurs interactions avec le malade. Bien plus, c'est l'importance de ce qu'Arlie Russel Hochschild appelle « *le travail émotionnel* » chez ces professionnels.

Antonio Damasio demande de faire une distinction nette entre les émotions, les sentiments et les affects. Dans une large acception, les émotions et les affects sont perçus comme des réactions physiologiques et donc, en lien avec le vécu, l'expérience des individus, et surtout un ressenti et un éprouvé du corps. Elles représentent, de ce fait, des réactions corporelles. Pour Damasio, quand on parle des émotions, on parle surtout de comportements moteurs, on parle des actions. Quand on parle de sentiments, on parle de quelque chose qui se passe dans l'esprit, le *psyché*, c'est la possibilité de voir et de percevoir ce qui se passe dans le corps. Quand on a une émotion, quelque chose change dans le corps, quand vous avez un sentiment, c'est la possibilité de percevoir ce qui se passe à l'intérieur de votre corps. Et pour Eva Illouz⁵¹⁴, il faut également distinguer les émotions des affects : « [Elle] établit une intéressante distinction entre affects et émotions. Tandis que l'affect peut être défini à un niveau non cognitif ou précognitif comme une "intensité" affective ou émotionnelle par rapport à un événement ou à un contenu, l'émotion peut se définir comme une intensité mais une intensité que l'on a dû qualifier. Ainsi l'émotion se prête-t-elle au récit, aux échelles sémantiques et sémiotiques. »⁵¹⁵ La thématique du travail des émotions dans le travail du *care* est décisive parce que, à l'instar du *care*, elle change la perception du travail que les individus ont dans les sociétés modernes, en outre, elle pose un regard critique sur la négation des émotions et des sentiments dans l'univers du travail, univers qui est dans ces sociétés un espace de rationalité, un espace « a-émotionnel ».

⁵¹⁴ Illouz Eva (2020), *La fin de l'amour. Enquête sur un désarroi contemporain*, Paris, Seuil, p. 322.

⁵¹⁵ *Op. cit.*, Burnay, 2022, p. 23.

Nous l'avons souligné plus haut, les différentes socialisations professionnelles créent des normes émotionnelles avec une cartographie des émotions qui recensent dans divers univers de travail, les émotions qui doivent être mises en avant et celles qui doivent être empêchées, niées, refoulées et reléguées au second plan. C'est ce qui va créer ce que Hochschild va appeler une « dissonance émotionnelle », par exemple le fait de ne pas montrer les émotions comme le dégoût, etc. Les émotions deviennent des moteurs d'adhésion au travail, les individus vont valoriser les émotions recherchées et positives. Les émotions seront mises en avant mais à condition qu'elles servent la rationalité et l'efficacité⁵¹⁶. Ces discours du management sur les émotions ne se traduisent jamais en actes concrets au travail, seules les émotions prescrites doivent être mises en avant, une forme de marchandisation des émotions⁵¹⁷. Mais qu'est-ce qui a favorisé ce que plusieurs chercheurs ont appelé le tournant émotionnel ?

Pour Aurélie Jeantet, il faut envisager une réhabilitation des émotions dans les sciences sociales à partir de plusieurs perspectives : la montée des services, l'apparition de nouvelles formes de management fondées sur une mobilisation de la subjectivité des travailleurs⁵¹⁸, la mise en avant des émotions comme moteur d'adhésion au travail. Jeantet parle des émotions comme relevant d'une « *subjectivité incarnée* » et situées à l'entrecroisement du social et du psychique. Elle va chercher, de ce fait, à saisir les émotions comme production du travail, les émotions comme savoir-faire (un indicateur de ce qui compte) et les émotions comme forme de travail avec l'exemple du *care* et des professionnels du médico-social.

Dans l'analyse des émotions dans le travail, il est important de différencier les univers de travail dans cette production et dans cette mise en avant des émotions. Il y a, comme nous l'avons vu plus haut, des métiers où la production des émotions va se situer dans une forme de prescription managériale liée principalement au rendement et à l'efficacité. *A contrario*, certains métiers, notamment ceux du *care*, de l'accompagnement médico-social, comportent une part d'émotions requises par les professionnels. L'un des objectifs de l'idéologie du *care* est de réhabiliter l'apport humain par le biais des émotions dans le travail social et médical et surtout de contester la technicité, la rationalité comme centralité du savoir : « *Une personne dépourvue d'émotions*

⁵¹⁶ Jeantet Aurélie (2018), *Les Émotions au travail*, Paris, CNRS Éditions.

⁵¹⁷ Illouz Eva (2022), *Les émotions contre la démocratie*, Paris, Premier Parallèle.

⁵¹⁸ Linhart Danièle (2015), *La comédie humaine du travail. De la déshumanisation taylorienne à la sur-humanisation managériale*, Paris, Érès.

ne dispose d'aucun système d'alerte, d'aucune indication concernant la signification personnelle d'une vision, d'un souvenir ou d'un fantasme, mais le sentiment est l'indication essentielle qu'un certain point de vue existe et remplit sa fonction. »⁵¹⁹

La relation de soin et la relation d'aide projettent les professionnels du médico-social dans un espace émotionnel très puissant, un espace où la détresse humaine liée à la maladie, à la pauvreté ou encore à l'exclusion, peut susciter chez l'accompagnant des formes d'émotions et d'affects très importantes. C'est ce que l'étude faite par Jean Peneff ⁵²⁰, au début des années quatre-vingt-dix dans un hôpital, démontre. Il fait le constat que les professionnels du soin ont tendance à s'identifier et à s'attacher aux patients avec lesquels il existe des similitudes biographiques. Il cite l'exemple des infirmières particulièrement attentives à la détresse des femmes battues ou encore au désespoir des jeunes qu'elles identifient comme celui de leurs propres enfants.

Le rôle de l'accompagnateur du soignant ne se limite pas souvent simplement au geste thérapeutique, au traitement de la maladie, il devient souvent le partenaire affectif, un ami intime ou un confident⁵²¹. Et sa vie personnelle et intime sera convoquée dans une forme de transférabilité comme le souligne Talcott Parsons, « *par le mécanisme de transfert, le malade, en général, sans très bien savoir ce qu'il fait, non seulement manifeste certaines résistances, mais s'efforce par projection d'assimiler son médecin à une certaine forme de relations particularistes chez lui.* »⁵²² Si la thèse principale de Parsons postule qu'une prise de distance est nécessaire entre le médecin et le malade pour assurer une intervention thérapeutique efficace, de plus en plus, les formations médicales intègrent une prise en compte et une revalorisation des émotions dans la médecine. L'idée du « *travail émotionnel* » d'Arlie Hochschild est de montrer avant tout que le travail émotionnel est une compétence au même titre que les autres compétences techniques. Ce travail émotionnel demande aux professionnels de produire ou alors de réprimer des sentiments dans le but de faire coïncider leurs émotions aux attendus qu'impose la situation. Et, comme le souligne Anne-Laurence Penchaud,

⁵¹⁹ Hochschild Arlie (2017), *Le prix des sentiments, au cœur du travail émotionnel*, Paris, La découverte, p. 19.

⁵²⁰ Peneff Jean (1992), *L'hôpital en urgence*, Paris, Métailié.

⁵²¹ Bonah Christian et al (2021), *Médecine, santé et sciences humaines*, Paris, Les Belles Lettres.

⁵²² Parsons Talcott (1955), « Structure sociale et processus dynamique : le cas de la pratique médicale moderne », *Éléments pour une sociologie de l'action*, Paris, Plon, p. 197-238. (Introduction et traduction de F. Bourricaud).

« Ce travail n'est pas superficiel, il ne se limite pas à se conformer en surface aux émotions prescrites. Il peut prendre la forme plus poussée de modification de l'état émotionnel des travailleurs afin qu'ils ressentent réellement les émotions prescrites. »⁵²³

Le travail émotionnel peut donc aussi être source de souffrance au travail et de *burn-out*. Mais, dans le *care*, écouter les émotions, c'est être réceptif aux indicateurs d'urgence de l'individu, c'est anticiper sur l'attitude à avoir, mais aussi envisager, pour soi-même, la perspective qu'elles soient un indicateur, une unité de mesure de ce qui est tolérable ou intolérable, de ce qui est juste ou qui a trait à l'injustice, du supportable ou encore de l'insupportable. Les émotions sont, comme l'a souligné Aurélie Jeantet, un moteur d'adhésion au travail, un moteur pour l'action du professionnel dans le travail du *care*. L'ultime argument en faveur du pouvoir du travail des émotions dans le *care*, nous vient d'Antonio Rosa Damasio, dans son ouvrage *L'ordre étrange des choses. La vie, les sentiments et la fabrique de la culture*, qui a longtemps fait des émotions, des sentiments et des affects son principal champ d'appétence : « Quant à mon idée, elle est très simple : j'estime que les sentiments propulsent, évaluent, négocient nos activités et nos productions culturelles, et que leur rôle n'a pas été jusqu'ici reconnu à sa juste valeur. Les humains se sont distingués du reste du monde vivant en élaborant une spectaculaire collection d'objets, de pratiques et d'idées – collectivement nommés "cultures". Cette collection renferme les arts, la philosophie, la morale et la religion, la justice, la gouvernance, les institutions économiques, la technologie et la science. Pourquoi ce processus a-t-il vu le jour – et quand ? Vaste question. La réponse la plus fréquente évoque une importante faculté de l'esprit humain (le langage verbal) ainsi que des traits distinctifs (socialité intense ; intellect supérieur). [...] Mon idée centrale ne conteste pas ces faits ; elle postule toutefois que la grande épopée culturelle de l'humanité a été activée par un élément supplémentaire. Un élément moteur ; un facteur de motivation. Je veux parler des sentiments – depuis la douleur et la souffrance jusqu'au bien-être et au plaisir. »⁵²⁴ Son hypothèse est de saisir les émotions comme motivateurs et arbitres de toute l'épopée culturelle humaine, de dire que les sentiments ont cette puissance et cette capacité parce que très liées à la « gouvernance de la vie » et à ce qu'il appelle l'« homéostasie ». Pour lui, ce n'est pas seulement la vie intellectuelle, celle de la perception, de la mémoire, du raisonnement cartésien qui compte. Quand on invente ou on crée

⁵²³ *Op. cit.*, Bonah Christian et al 2021, p. 328.

⁵²⁴ Damasio Antonio (2017), *L'ordre étrange des choses. La vie, les sentiments et la fabrique de la culture*, Paris, Odile Jacob, pp. 7-8.

des instruments de culture (Arts, Musique, Sciences etc.) ou, dans notre cas, quand on travaille dans l'accompagnement médico-social ou dans le *care*, quand on fait ces inventions ou quand on accompagne, l'ordre intellectuel fait la plus grande partie. Mais il ne faut pas oublier les sentiments, le fait de se sentir bien ou mal, de la douleur ou de la souffrance ou de l'idée du plaisir. Et Antonio Damasio prendra de nouveau un exemple concret pour l'illustrer : « *Prenons l'exemple de la médecine, l'une de nos productions culturelles les plus significatives. Cette alliance de la technologie et de la science a vu le jour en réaction à un constat : il existait des douleurs et des souffrances provoquées par des pathologies de toutes sortes (traumatismes physiques, infections, cancers) et il existait leur contraire (le bien-être, les plaisirs, la perspective de l'épanouissement personnel). La médecine n'a pas été créée pour servir de simple sport intellectuel ; ses inventeurs n'avaient pas pour seul but de se mesurer à quelque énigme diagnostique ou physiologique. La médecine est le fruit de sentiments spécifiques éprouvés par les malades – et de sentiments spécifiques éprouvés par les premiers praticiens, parmi lesquels la compassion, elle-même issue de l'empathie.* »⁵²⁵

Le *care* est un espace de travail singulier qui convoque comme éléments moteurs des éléments d'adhésion au travail, des éléments d'engagement, motivateurs et arbitres de l'agir professionnel : les émotions et les sentiments. Comme nous l'avons démontré avec le travail émotionnel, ce travail demande chez les individus des capacités émotionnelles à même de s'adapter pour convenir à l'action *in situ*.

La réhabilitation des émotions dans le travail, mais aussi dans les sciences sociales, ce qu'on a appelé « *tournant émotionnel* », participe d'une volonté de ne plus tenir en un bloc monolithique l'univers du travail, de la rationalité, de l'objectivité mais de saisir la subjectivité des individus, leurs sentiments et tout cet univers émotionnel, comme une compétence qui, sans s'opposer au savoir technique, le complète et lui transfère un caractère humanisant, avec une prise en compte de la raison des émotions : « *l'homme qui pense est toujours un homme affecté.* »⁵²⁶

⁵²⁵ *Ibid.*, Damasio, 2017.

⁵²⁶ Le Breton David (2004), *Les passions ordinaires. Anthropologie des émotions*, Paris, Payot, p. 136.

2. Économie morale : une socialisation émotionnelle.

2.1. *La place des émotions dans la construction d'une économie morale de l'accompagnement médico-social.*

Dans notre démarche qui est de démontrer l'existence et la circulation d'une économie morale propre au médico-social, nous avons mis en avant différents indicateurs personnels et professionnels qui suggéraient l'idée d'une mentalité spécifique, d'une communauté de valeurs commune à cet espace particulier du médico-social, mentalité que nous avons saisie comme une économie morale de l'accompagnement médico-social. Cette mentalité va s'illustrer dans des postures, une éthique propre et dans un univers moral dans lequel baignent sentiments, émotions et affects. Les différents univers de travail, comme souligné dans la partie précédente, convoquent un « *travail émotionnel* » qui est aussi important que le travail dit « rationnel ». Avec Hochschild, nous avons vu l'importance des émotions perçues comme de véritables indicateurs d'urgence, permettant au professionnel par l'empathie, la sollicitude et par l'expérience de l'écoute, d'avoir toujours un cadre dans son agir *in situ*. Mais elles sont aussi ces émotions, une forme de travail, parce qu'il faut refouler celles qui ne sont pas bonnes pour le rôle à tenir⁵²⁷ ou encore celles qui ne sont pas recherchées. Cependant, il y a une socialisation émotionnelle en lien avec des normes émotionnelles dans l'accompagnement médico-social qui pose les bases de cette mentalité singulière que nous nommons ici économie morale de l'accompagnement médico-social.

La socialisation émotionnelle, telle que décrite par Aurélie Jeantet, est une régulation des émotions par le groupe des pairs, c'est ce groupe qui va édicter des normes morales typiques d'un univers de travail donné : « *La socialisation est entendue dans un sens englobant d'une part l'apprentissage et la transmission, et d'autre part, le rôle des collectifs dans la manière dont les émotions sont socialisées, régulées [...].* »⁵²⁸ Dans nos différents entretiens lors de notre enquête, à l'intérieur des *verbatim*, les professionnels s'accordaient tous à relater l'apprentissage ou encore le compagnonnage de leurs débuts en disant par exemple :

⁵²⁷ *Op. cit.*, Goffman Erving, 1973

⁵²⁸ *Op. cit.*, Fortino, 2015.

« J'ai appris le métier auprès d'un tel, c'est lui qui m'a donné les rudiments du travail », ou encore « Il/elle a été un mentor ».

« [...] il y avait un respect mutuel et puis un attachement parce qu'il m'avait connu quand j'avais 22 ans en stage et que moi ça faisait partie de ces vieux de la vieille. Infirmier en psychiatrie qui m'avait forgé ma culture en psychiatrie, j'avais de l'admiration, c'était un mentor ...».

Entretien 11

Dans l'espace du médico-social, et dans les deux dispositifs étudiés, ce *mentoring* a pour objectif principal de soumettre le professionnel à une socialisation émotionnelle, une sorte d'accoutumance à ce « travail émotionnel » et à cet univers particulier ou baigne émotions, sentiments et affects et de permettre la transmission d'un « savoir-faire émotionnel ».

Il faut donc des prédispositions typiques à cet univers qui vont permettre à l'individu, par cette socialisation avec les émotions recherchées et convoquées dans la sphère du médico-social, de réguler sa pratique de tous les jours. Cette socialisation émotionnelle va, *in fine*, aboutir à l'édiction de normes émotionnelles. Ce sont ces dernières qui seront en correspondance avec les objectifs recherchés dans l'accompagnement avec les usagers et dans la relation de soin.

L'évocation chez d'Arlie Hochschild, de ce qu'elle appelle « dissonance émotionnelle », vient avant tout de l'idée, dans le travail du *care*, de ne pas mettre en avant les émotions non-recherchées comme celle du dégoût par exemple. La socialisation émotionnelle, est de ce fait, une régulation des émotions à l'intérieur d'un univers de travail, une mise en avant de certaines émotions. Bien plus, elle est au fondement même des économies morales car c'est bien cette socialisation qui va familiariser les professionnels avec la production du type d'émotions recherchées.

Nous l'avons déjà souligné plus haut, les émotions sont toujours appréhendées comme étant irrationnelles et l'espace du travail comme un espace a-émotionnel. Pourtant, les travaux⁵²⁹ de

⁵²⁹ Pollak Lauren Harte, Thoits Peggy A. (1989), « Processes in Emotional Socialization », *Social Psychology Quarterly*, Vol. 52, n° 1, Special Issue: Sentiments, Affect and Emotion (Mar., 1989), pp. 22-34. [<https://doi.org/10.2307/2786901>]

la sociologie de l'éducation et de l'école, démontrent que l'apprentissage de certaines émotions est considéré comme un savoir dans certaines écoles spécialisées. L'apprentissage des savoirs s'accompagnent en effet des affects qui vont avec. À ce propos Jeantet écrit : « *Il est des affects scolaires, c'est-à-dire générés par l'institution pour faciliter les apprentissages et la vie en collectivité (la honte de recevoir une mauvaise évaluation, la fierté d'être premier, la peur de la sanction, etc.). Certains sont purement sociaux (honte, peur, gêne, embarras) et d'autres plus spécifiquement scolaires (la curiosité, le goût de la compétition, la fierté du travail bien fait) – dont on sait, depuis les travaux de Bourdieu sur la reproduction, combien nombre sont semblables aux émotions apprises dans les familles aux capitaux culturels élevés. Certaines de ces émotions se retrouveront par la suite dans le monde du travail, ou plus particulièrement dans certains métiers : le plaisir à réussir certaines activités (le beau geste), l'émulation lors de la participation à des projets collectifs...* »⁵³⁰

Le cadre institutionnel est producteur d'émotions, les affects du *care* sont spécifiques à l'univers du médico-social et, comme avec les affects scolaires et l'apprentissage de certaines émotions, il existe aussi une socialisation émotionnelle conduisant à la production des affects du *care*, ce sont ces derniers qui vont façonner l'économie morale de l'accompagnement médico-social. Toutes ces émotions, produits de la socialisation émotionnelle, façonneront un sens commun d'appréhension collective d'un problème, une communauté des valeurs bien spécifique à un univers de travail donné.

Les émotions sont à l'économie morale de l'accompagnement médico-social ce que le *yin* est au *yang* dans le taoïsme chinois..., une indissociabilité de fait, une alternance, des interactions, un dialogue permanent et un lien intrinsèque. Ce sont les émotions dans leur dialogue permanent avec le sens du travail et son organisation dans le *care* qui guident, encadrent et médient de façon constante l'agir des professionnels de l'accompagnement médico-social.

⁵³⁰ *Op. cit.*, Jeantet, 2018.

2.2. *Le care : une perspective de réhabilitation des émotions.*

L'économie morale de l'accompagnement médico-social s'encadre dans une idéologie et dans une *praxis* beaucoup plus vaste, et beaucoup plus globale qui est le *care*. Nous avons, depuis la précédente partie, saisi le *care* comme processus, philosophie, idéologie, courant de pensée, éthique mais, avant tout, comme une *praxis*. Le *care*, comme le suggère Carol Gilligan, est une voix différente. Il est la proposition d'une société de l'attention, de l'empathie et de la sollicitude, une société du « prendre soin ». Longtemps cantonnée en courant de pensée féministe, parce que portée et impulsée par des intellectuelles féministes, le *care* est aujourd'hui une pensée de plus en plus consensuelle et au carrefour de plusieurs concepts, comme la race, le genre, l'interculturalité et l'intersectionnalité⁵³¹.

La pandémie de la Covid-19, entre février 2020 et mai 2023⁵³², a mis au-devant de la scène des métiers, des personnes, dont la fonction sociale n'est pas toujours jugée par la société comme étant décisive pour la vie sociale et pour le devenir des sociétés. Infirmières, aides-soignants(es), travailleurs sociaux, éducateurs(rices) spécialisés(ées), etc., ont été, par leur bravoure, par leur sens du devoir, par leur éthique du *care*, du prendre soin, dans les bataillons les plus avancés dans cette guerre que le monde entier livrait contre ce virus. Ces très discrets travailleurs, dont la majorité du travail est souvent invisibilisé par les politiques, les médias et même la société, ont soudainement été perçus comme les archétypes d'individus qu'il fallait à nos sociétés, à notre planète pour préserver la vie, la vie des hommes et celle de la nature. Le *care* a été aussi mis au-devant de la scène par tous ces « petits métiers », souvent considérés à tort comme du *dirty-work* : coiffeurs, éboueurs, caissières, livreurs à vélo, qui ont bravé le virus au péril de leurs vies pendant les confinements, pour principalement répondre à une demande de sollicitude, de présence humaine, de réconfort et de préservation de liens sociaux, de préservation de la vie des autres et celle de la nature. Cette dimension écologique du prendre soin de la nature et des hommes rend cette philosophie, qui se conjugue uniquement par la pratique, dans une disposition d'esprit qui interroge de façon permanente notre responsabilité vis-à-vis des autres, encore beaucoup plus consensuelle aujourd'hui.

⁵³¹ Crenshaw Kimberle (1989), « Demarginalizing the Intersection of Race and Sex: A Black Feminist Critique of Antidiscrimination Doctrine, Feminist Theory and Antiracist Politics », University of Chicago Legal Forum: vol. 1989: Iss. 1, Article 8. [Consultable à <http://chicagounbound.uchicago.edu/uclf/vol1989/iss1/8>.]

⁵³² Date à laquelle l'organisation mondiale de la santé (OMS) va officiellement déclarer la fin de la pandémie.

L'idéologie du *care* est un cosmos dans lequel les principales planètes sont en lien avec les émotions, avec le ressenti, cet éprouvé du corps des individus, ressenti et éprouvé perçus comme rationnels. Si Descartes posait une séparation nette entre le corps (émotions) et l'esprit (raison), le *care*, postule une équivalence entre le travail cartésien observé et perçu depuis la rive de la raison, d'avec le travail dit « subjectif », émotionnel. Ce travail qui fait de la subjectivité et de l'intersubjectivité un univers logique et complètement rationnel. Le *care* est une théorie critique radicale de la rationalité et du positivisme qui s'oppose au triomphalisme de la raison construit pendant longtemps sur le déni et la relégation des émotions. Tous les travaux cités précédemment convergent vers la même réflexion : celle qui va saisir les émotions comme des « indicateurs » de raison, et surtout celle qui fait des émotions le moteur qui impulse et qui guide l'action des individus. Le *care*, par la place qu'il donne au travail émotionnel, à l'univers des affects et à celui des sentiments, procède par une approche de réhabilitation des émotions parce qu'il suggère que nos priorités soient recentrées autour des autres, de l'attention que nous leur cédon, du soin, de la place que nous accordons à la sollicitude dans nos sociétés.

Le désir de voir arriver une société du *care* passe aussi par l'idée d'une citoyenneté juste, d'une équité sociale plus fine, d'une reconsidération de notre rapport au travail et à son organisation, à celui qu'on fait le choix de déléguer parce que jugé moins important, au rapport de sexe, de genre, de race, et d'interculturalité comme nous le verrons par la suite. Le *care*, c'est la perspective d'une société où les émotions, sans être célébrées à leur paroxysme pour basculer vers un sentimentalisme béat, ne sont pas niées et surtout où elles sont reconnues comme participant au mécanisme de décision individuelle. Elles sont une unité de mesure de ce qui peut être perçu comme tolérable ou intolérable, juste ou injuste, bon ou mauvais. Le *care* est aussi la reconnaissance de la part des émotions dans le souci des autres et dans cette disposition d'esprit à leur venir naturellement en aide. C'est cette culture de profond humanisme et d'altruisme qui a valu à cette philosophie du *care*, d'être inscrite dans la constitution de l'Uruguay parmi, les besoins primordiaux des citoyens au même titre que l'éducation et la santé⁵³³. Comme nous l'avons déjà souligné, l'hypothèse organiciste qui saisissait le corps comme lieu d'expression des émotions dans une perspective de leur dénier tout caractère objectif et raisonnable est battue en brèche par ce tournant émotionnel porté par la visibilisation du *care* et la *praxis* de son éthique. Le *care* « fait penser le corps », ce processus de mise en

⁵³³ Molinier Pascale (2018), *Le care monde*, Lyon, Éditions ENS.

visibilité du *care* s'insère dans une dynamique de réhabilitation des émotions et de leur centralité dans l'agir social des individus. Les émotions sont au *care* ce que la raison est au positivisme.

Chapitre 2 : Affectualité et interculturalité : la philosophie africaine de l'Ubuntu.

La transition peut être assez tranchée, partir d'un développement sur l'utilité des émotions dans le travail du *care*, pour convoquer une philosophie africaine, bien que connue dans les milieux universitaires et hospitaliers, méconnue du grand public, peut légitimement prêter à équivoque. Mais, à l'intérieur de notre cadre d'analyse d'une économie morale de l'accompagnement médico-social, nous avons choisi d'envisager une approche méthodologique qui se donnait pour ambition, entre autres, de saisir la dimension affectuelle, affective, de l'action dans la construction des économies morales, en situant l'utilité des émotions dans le travail du *care*. La partie qui suit va convoquer dans l'analyse de cette dimension affectuelle qui mêle affects, sentiments, émotions et passions, une grille de lecture interculturelle, avec la philosophie africaine de l'*Ubuntu*.

1. Ubuntu , une rationalité relationnelle.

1.1. *Je ne suis que parce que tu es.*

La première curiosité pourrait prolonger l'interrogation sur le lien ou les liens qui peuvent exister entre l'économie morale de l'accompagnement médico-social, thématique principale de notre travail et cette philosophie qui est aussi une éthique et une *praxis*. Nous avons, et ce de façon itérative, souligné que l'économie morale dont il est question dans ce travail, est une mentalité spécifique, un univers émotionnel singulier, une communauté de valeurs à l'intérieur du médico-social lié à l'accompagnement des individus, qui met en avant le souci des autres, la sollicitude, la bienveillance et qui est adossé enfin, à l'éthique et la philosophie du *care*. Le *care* pose une virulente critique sur l'orientation individualiste des sociétés modernes et cette philosophie appelle à un recentrement des priorités sociales et individuelles, du sens qu'on donne au travail, à son organisation, des liens de domination de la société capitaliste, et de l'idée d'un humanisme qui place l'homme au centre d'un réseau relationnel dont il est la principale attraction.

Deux éléments essentiels peuvent rendre audibles la convocation d'une philosophie africaine dans la dimension affectuelle du *care*. Le *care* met en avant une réflexion globale du souci des autres. La définition du *care* de Joan Tronto intègre, comme nous l'avons déjà souligné, une dimension écologique décisive car elle ramène la conception et l'idée même du monde, de la terre et sa préservation en un souci commun dont la responsabilité incombe à tous les peuples du monde. Les humains, tous les humains et la nature, sont liés et sont interdépendants.

Le second élément, rappelle un autre aspect déjà abordé ici, celui de notre commune vulnérabilité ontologique. La pandémie de la Covid a fini de convaincre les uns et les autres que ce que les humains avaient d'universel, c'est leur appartenance à une même espèce, avec des fragilités biologiques, des besoins physiques, affectifs, moraux identiques. Et la pandémie a été une menace pour l'espèce humaine sans distinction spatiale, une menace qu'aucun « mur » n'a pu freiner. C'était un danger pour la condition humaine elle-même, comme le note Frédéric Keck : « *Si les pandémies suspendent les activités d'échanges et de communication qui tissent les relations entre humains, elles portent atteinte non pas à tel ou tel groupe en fonction de son*

exposition mais à la condition humaine elle-même. »⁵³⁴ Ces deux éléments convoquent et suggèrent l'appel au dialogue interculturel dans la philosophie du *care*. C'est par ailleurs ce que propose Pascale Molinier : « *L'éthique du care invite donc à interagir avec d'autres systèmes de pensées, d'autres philosophies.* »⁵³⁵

Il y a un dernier aspect qui rend plausible la pertinence de la convocation de la philosophie de l'*Ubuntu* dans notre travail, c'est celui, avant tout, des *verbatim* des entretiens avec les professionnels interrogés. En effet, il y a dans la vie de plusieurs de ces professionnels un lien étroit avec la culture originelle, l'immigration et donc une certaine conception de l'idée de la sollicitude et des liens communautaires sacrés. C'est l'exemple de B :

« B. né 26 mars 1961 à Tours. Deux parents, pour l'un d'origine italienne, j'y tiens et c'est ça aussi qui m'a constitué puisque lorsque j'avais 17 ans à l'époque où les enseignants, les conseillers d'orientation me demandaient ce que je voulais faire, je répétais un tout petit peu de façon systématique que j'avais envie de travailler avec des immigrés. Ils sont mes origines italiennes, ils ne sont pas pour rien et d'ailleurs c'est avec un grand-père italien que je ne connaissais pas bien qui a certainement participé à mes motivations. »

Entretien 11

Mais, il y a aussi, la permanence chez certains d'un lien déterminant avec l'Afrique. Un lien parfois de sang, un lien représentatif d'un espace culturellement corrélé à l'idée même de la sollicitude et du rapport aux autres dans la configuration des liens sociaux. Plusieurs de ces professionnels se sont rendus en Afrique pour des stages en rapport avec leur vocation et dans l'idée de valider cette vocation ou alors de saisir ce continent comme destinataire de sollicitude. Chez d'autres, on note, une éducation originelle conservée malgré la migration, dont la sollicitude et l'aide à l'autre sont la pierre angulaire :

⁵³⁴ Keck Frédéric. « Pandémie », in Didier Fassin (dir.), *La société qui vient*, Paris, Seuil, 2022, p. 108.

⁵³⁵ Molinier, Pascale. « Care », in Didier Fassin (dir.), *La société qui vient*, Paris, Seuil, 2022, p. 916.

« Il y a le médecin, il y a l'infirmier, on participe chacun, tout le monde fait son travail. On s'occupe de notre camp entre guillemets, c'est un peu comme notre camping. C'est à peu près ça et on vit ensemble et, donc, ça, ça m'a plu en fait. Ça m'a construit, ça m'a aidé à me construire, ça me sert aussi à comprendre quelles sont les difficultés que peuvent rencontrer les patients que j'ai. Ça enrichit dans tous les cas parce que ça fait résonance avec les expériences de vie qu'on a pu avoir, des personnes qu'on a rencontrées, qu'on a croisées dans sa vie pro voilà, donc, oui c'est un exercice qu'on doit faire. Je suis allé, du moins, j'ai vécu deux ans à l'étranger, j'ai été travailler à la république de Djibouti pendant deux ans et puis j'ai fait pas mal de missions à l'extérieur surtout en Afrique. Ça m'a permis de découvrir le monde un peu, pas un peu parce qu'il suffit de voyager un peu pour se rendre compte de certaines choses. Ces missions m'ont enrichi. »

Entretien 15

« Et après, je voulais travailler avec le public migrant. Je ne trouvais pas de poste, donc, j'ai postulé sur Blois dans un Centre d'hébergement et de Réinsertion Sociale (CHRS) qui accueillait des hommes seuls sans enfants et, il y avait aussi, beaucoup de migrants, mais, pas que. J'y suis resté 8 ans et demi. [...] Parce que ça m'intéressait. J'avais fait un stage à l'étranger, en Côte d'Ivoire [...] Voilà pendant le coup d'État de Robert Guéï tout ça en 2001, voilà, c'était une continuité et puis, il y avait sûrement un truc autour du fait de me rapprocher un peu de mon métissage tout ça, même si, c'est pas du tout la Côte d'Ivoire, c'est les Antilles mais, le côté culture noire quoi besoin de... et voilà, donc du coup [...] Avec mon père antillais, guadeloupéen. Et tac... oui l'interculturalité ça m'intéressait tout ça, c'est un sujet qui m'intéressait voilà, j'ai fait socio, il y avait une espèce de logique, et puis après, aussi, c'était un peu comment dire, je me suis rendu compte que j'étais trop jeune quand je suis parti en Côte d'Ivoire... Et puis en fait on est tous frères là-bas. »

Entretien 16

« Par rapport à la culture, c'est vrai qu'il n'y a pas eu d'influence mais, c'est vrai que ça compte beaucoup., Moi je suis d'origine antillaise et c'est vrai que travailler c'est important, donc voilà, d'avoir un bon travail c'est important, si une personne ne travaille pas, elle ne sera pas bien vu. Moi, si j'ai décidé de faire ce métier c'est par rapport à mon passé qui a été très difficile et par rapport à mes parents aussi, mes parents donc, en fait, le social, moi ça m'apporte beaucoup, tout ce que je n'ai pas eu, j'ai envie de le transmettre donc, c'est ça qui me motive, que ce soit en formation ou en stage, en fait, toutes ces personnes-là qui ont des difficultés, j'ai besoin... en fait, je sens que j'ai besoin de les aider donc, c'est pas une influence puisque je ne suis pas du tout influençable donc, c'est vraiment personnel, en fait, moi et mes parents on n'a pas du tout fait la même chose, on est complètement différents aussi, donc, j'ai pas le même parcours qu'eux c'est plus un choix personnel qu'une influence. »

Entretien 14

Nous pouvons de nouveau faire allusion à l'exemple de l'éducatrice spécialisée (Entretien 17) qui forme le binôme avec l'infirmier psychiatrique de l'équipe mobile Aller-Vers. Cette professionnelle s'est rendue en Afrique plus précisément à Bamako au Mali pendant la deuxième année de son stage. Et ses motivations de se rendre en Afrique tournaient principalement sur son histoire personnelle (grand-père raciste) :

« [...] Voilà j'ai eu un grand père raciste, presque négationniste qui pouvait avoir des propos sur les êtres humains qui me choquait, qui aujourd'hui à 45 ans sont encore difficiles pour moi et du coup, j'avais une espèce de chose à régler moi, avec l'Afrique »

Entretien 17

« [...] donc, une expérience professionnelle très variée. J'ai commencé à travailler auprès d'un centre de rééducation en CDD 18 mois et, après quand mon épouse a été elle-même diplômée [elle est psychomotricienne], nous avons décidé de partir, nous sommes partis 4 ans en Outre-mer, 2 ans à Mayotte et 2 ans en Polynésie française... »

Entretien 18

« Je suis parti travailler un an en Martinique à l'hôpital de Fort-de-France, c'était chouette, j'ai travaillé en Martinique en gérontopsychiatrie donc on a été fermé, ensuite je suis revenu en France. »

Entretien 4

Ces différents récits posent la rationalité de ces travailleurs qui passe aussi par la culture. On l'a vu avec B. (Entretien 11) d'origine italienne, qui va situer les sources de son « appel » par ses racines méditerranéennes avec une conception des liens familiaux et communautaires qui sont souvent décisives pour l'épanouissement de l'individu. Jennifer Downd⁵³⁶, expliquant dans un article publié dans le journal *Le Point*, les raisons de la haute mortalité observés en Italie lors de la pandémie de la Covid 19 disait : « *La famille élargie est l'un des piliers de la société où les grands-parents vont chercher leurs petits-enfants à l'école, les gardent, font peut-être les courses de leurs enfants de 30 à 40 ans, s'exposant dangereusement à la contagion.* »⁵³⁷ Ce n'est donc pas une fixation sur l'Afrique mais, avant tout, une évocation de certaines cultures comme l'*Ubuntu* qui solidifient et rationalisent l'agir de ces professionnels.

⁵³⁶ Jennifer Downd est démographe et professeure de santé publique.

⁵³⁷https://www.lepoint.fr/monde/coronavirus-pourquoi-le-bilan-est-il-si-lourd-en-italie-20-03-2020-2368077_24.php#xtmc=pourquoi-morts-italie&xtnp=1&xtcr=1. [Consulté le 20 Avril 2023].

Dans l'émouvant éloge qu'il rend à Nelson Mandela⁵³⁸ à l'occasion de ses obsèques le 10 décembre 2013, Barack Obama disait : « *Il existe un mot en Afrique du Sud : Ubuntu, il était son plus grand don, sa reconnaissance du fait que nous sommes tous liés d'une manière qui peut être invisible à l'œil nu, que l'humanité est unie, que nous nous accomplissons en partageant avec les autres et en prenant soin de ceux qui sont autour de nous.* » Le concept, ou mieux la philosophie de l'*Ubuntu*, est au cœur d'un aphorisme Zulu⁵³⁹ qui, traduit en français, dit : « *Je suis ce que je suis, grâce à ce que nous sommes* ». Ou encore : « *Je ne suis que parce que tu es.* » Il fait écho à la réflexion de Judith Butler, « *Le sujet que je suis dépend du soin que je reçois, non seulement pendant la prime enfance mais aussi à travers la vie tout entière, et ce « soin » doit être conçu moins comme une disposition maternelle que comme l'ensemble des mesures sociales et institutionnelles qui rendent une existence vivable.* »⁵⁴⁰

L'*Ubuntu* est une philosophie profondément humaniste dont le sens renvoie à plusieurs sphères à la fois. Elle est une éthico-théologie chez Desmond Tutu⁵⁴¹ avec une théologie du pardon dans le contexte de l'après apartheid en Afrique du Sud, une philosophie politique de réconciliation chez Mandela, l'*Ubuntu* est surtout, comme avec le *care* en Uruguay, un concept immortalisé dans la constitution sud-africaine.

Le philosophe sénégalais Souleymane Bachir Diagne⁵⁴² va définir l'*Ubuntu* comme étant « *la réalisation de mon humanité, dans le mouvement de réalisation de notre humanité commune. [...] Un moyen de donner voix au pluriel de l'humanité sans jamais renoncer à construire un universel véritablement commun à tous les hommes.* » L'*Ubuntu*, dont la racine « *ntu* » signifie « homme », est contenu dans la grande majorité des langues bantoues⁵⁴³ de l'Afrique centrale et australe, et s'appréhende comme une humanité de la réciprocité qui trouve sa genèse dans la relation que les individus entretiennent avec autrui, avec les autres, une humanité du respect de l'autre et du vivant. C'est cette rationalité relationnelle où nous

⁵³⁸ Premier président noir de l'Afrique du Sud, Nobel de la paix en 1993.

⁵³⁹ Langue sud-africaine.

⁵⁴⁰ Butler Judith, Worms Frédéric (2021), *Le vivable et l'invivable*, Paris, PUF, p. 40.

⁵⁴¹ Militant des droits de l'homme sud-africain, archevêque de l'Église anglicane il reçoit en 1984 le Nobel de la paix pour sa lutte contre l'apartheid dans son pays.

⁵⁴² Dans texte écrit à l'occasion de l'exposition intitulée : *Ubuntu, un rêve lucide*, au Palais de Tokyo à Paris (26.11.2021 – 20.02.2022).

⁵⁴³ Les Bantous sont une communauté linguistique locuteurs communs de plus de 400 langues, avec une cosmogonie partagée, répartie du Cameroun en Afrique du Sud, et du Soudan au Comores « *bantu* » constitué aussi de la racine « *ntu* »(homme) et du pluriel « *ba* » qui signifie « humains ».

n'existons principalement que dans le regard et le miroir humanisant de l'autre, dans cette humanité comme le souligne Souleymane Bachir Diagne, qui ne s'accomplit que dans le mouvement de réalisation de l'autre, qui rejoint dans notre analyse toutes les valeurs du *care* que nous avons énumérées et analysées plus haut. C'est cette explication que donne Mungi Ngomane⁵⁴⁴ dans son ouvrage *Ubuntu. Leçons de sagesse africaine*, en écrivant : « L'idée qu'une personne qui a Ubuntu est un exemple à suivre. Le fondement de cette philosophie est le respect, envers soi et envers les autres. Si nous sommes capables de voir les autres, même les inconnus, comme des êtres humains à part entière, nous ne pourrons jamais les traiter comme s'ils étaient remplaçables ou sans valeur. »⁵⁴⁵

Il y a dans cette philosophie des éléments d'analogie avec plusieurs notions et concepts d'analyse que nous avons développés tout au long de notre travail. Cette rationalité relationnelle qui va saisir l'*Ubuntu* comme une humanité de la réciprocité, nous l'avons suggéré au travers de la notion de vulnérabilité ontologique contenue dans le *care*. L'idée première d'être attentif à l'autre, principalement parce que nous partageons la même humanité que lui et parce que nous sommes des êtres fondamentalement de besoins. Cette réalité impose une incapacité ontologique à répondre soi-même à tous ses besoins vitaux. Nos « humanités » sont inextricablement mêlées par cette fragilité qui part du constat que tous les êtres humains sont des êtres vulnérables et dépendants des autres, « Mon grand-père, l'archevêque Desmond Tutu, décrivait l'essence d'Ubuntu ainsi : " Mon humanité est entremêlée, inextricablement liée, à la tienne. " [...] Toute personne n'est une personne qu'à travers d'autres personnes »⁵⁴⁶.

C'est parce que dépendants et interdépendants des autres que les individus vont concevoir l'importance de leurs relations avec les autres. Cette éthique qui fait écho à la philosophie du *care* et à l'*Ubuntu* impose, par la prise en compte de cette vulnérabilité ontologique, de construire des dispositifs d'écoute, de soin, d'attention et de sollicitude. Il y a de ce fait une dimension affectuelle qui traverse les murs et les frontières culturelles pour donner « le sens d'une humanité commune »⁵⁴⁷. La pandémie de la Covid-19 a montré que l'humanité était au-devant d'un ennemi qu'aucun mur n'arrête et ne freine. Cette pandémie a, en outre, réaffirmé

⁵⁴⁴ Petite fille de Desmond Tutu.

⁵⁴⁵ Ngomane Mungi (2022), *Ubuntu, Je suis car tu es. Leçons de sagesse africaine*, New-York, Harper Collins, p. 24. (Traduit de l'anglais (Sud-africain) par Chloé Royer.).

⁵⁴⁶ *Op. cit.*, Ngomane Mungi, 2022, p. 17.

⁵⁴⁷ *Op. cit.*, Molinier, 2013, p. 113.

une nouvelle fois le devenir et la destinée commune de notre planète : « [...] *si nous ne le savions pas déjà, combien notre terre est petite et notre monde fini. Elle nous rappelle également combien nous sommes vulnérables et combien nous avons besoin, après le premier mouvement de repli sur soi, sur nos dérisoires frontières, d'envisager un avenir de solidarité autour de la sécurité humaine, de la valeur de la vie. Une politique d'humanité ou Ubuntu.* »⁵⁴⁸

Partout où un aspect lié à la consécration de l'humain comme destinataire prioritaire et principal de nos actions et de nos intentions est, il se formalise chez les individus des réflexions qui convergent vers un idéal commun, cherchant à protéger, à soulager et à aider les autres, à aider l'autre.

L'*Ubuntu*, comme rationalité relationnelle place au cœur de son expression notre attitude vis-à-vis des autres. L'*Ubuntu* nous interpelle dans notre responsabilité vis-à-vis d'autrui car c'est véritablement dans l'humanité de l'autre, que notre humanité s'accomplit et se réalise pleinement. C'est ce lien qui est fait entre cet aphorisme Zulu et l'économie morale de l'accompagnement médico-social, dans ses valeurs, dans les principes même du travail social et son éthique, dans les postures d'accompagnement des individus. La nécessaire prise en compte de l'intersubjectivité de l'autre dans le travail d'accompagnement, dans la relation de soin, comme étant décisive. C'est aussi, la reconnaissance que cet autre, qui n'est pas différent de nous, se réalise dans cet échange avec nous, et dans ce partage parce que, comme avec le *care*, « *Ubuntu reconnaît nos différences et en célèbre la valeur* »⁵⁴⁹, et que, au final, « *Je ne suis que parce que, tu m'autorises à être.* »

1.2. *Ubuntu : une pratique avant tout.*

Bien au-delà de ces principes généraux qui peuvent s'assimiler à une philosophie sentimentaliste, comme avec le *care*, c'est bien dans la *praxis* de tous les jours que l'*Ubuntu* devient une éthique de vie et du rapport des humains entre eux. On parle de l'*Ubuntu* comme d'une possession, sa dimension matérielle imagée est profonde. Desmond Tutu dans la préface

⁵⁴⁸ *Op. cit.*, Souleymane Bachir Diagne.

⁵⁴⁹ *Op. cit.*, Ngomane Mungi, 2022, p. 26.

de l'ouvrage de sa petite fille écrit : « Dès le début de ma vie, j'ai compris qu'être connu comme quelqu'un qui a Ubuntu était l'un des plus grands honneurs qu'on puisse recevoir »⁵⁵⁰. Être reconnu comme quelqu'un qui « a » l'Ubuntu, l'Ubuntu est donc bel et bien une pratique conçue dans l'imaginaire des individus, comme une possession, comme un caractère inaliénable et intrinsèquement lié à un individu donné. Il est aussi appréhendé comme une personne, une personne dotée d'une existence : « Pour tout vous dire, mes sentiments envers Ubuntu sont si profonds que je me le suis fait tatouer à l'intérieur du poignet droit. »⁵⁵¹ Ubuntu est ainsi conçu et perçu au travers d'une personnification idéale. On a des sentiments pour lui, on souhaite l'avoir, il chemine avec nous, il nous conseille, il nous enseigne : « Cependant, Ubuntu nous apprend aussi à regarder en-dehors de nous pour trouver les réponses. [...] Ubuntu consiste à tendre la main à nos semblables, car c'est auprès d'eux que nous pouvons trouver le réconfort, le contentement et le sentiment d'appartenance dont nous avons désespérément besoin. Il nous montre qu'un individu n'est rien sans les autres êtres humains qui l'entoure. Il englobe tout le monde, quelles que soient son origine, ses croyances ou sa couleur. Ubuntu reconnaît nos différences et en célèbre la valeur. »⁵⁵²

Dans son ouvrage Mungi Ngomane égrène quatorze leçons de sagesse et de philosophie Ubuntu. Elle démontre, par ces énoncés, comment pratiquer l'Ubuntu dans les situations de tous les jours.

La première leçon « Se voir dans autrui », convoque les individus à un partage incessant et à l'humilité de reconnaître, par exemple dans le cas de l'accompagnement médico-social, que le professionnel peut aussi se retrouver dans la position du patient/usager. C'est ce que rappelle cette professionnelle :

« La différence, en fait moi, je n'oublie jamais que je peux me retrouver à la place de cette personne qui est en face de moi. En fait, je ne l'oublie jamais, on ne sait jamais ce qui peut se passer dans notre vie. Je ne sais pas demain si j'ai une maladie, on peut vite en fait basculer de l'autre côté. »

Entretien 6

⁵⁵⁰ *Op. cit.*, Ngomane, Mungi, 2022, p. 17.

⁵⁵¹ *Op. cit.*, Ngomane, Mungi, 2022, p. 24.

⁵⁵² *Op. cit.*, Ngomane, Mungi, 2022, p. 24.

Le « Bonjour » sud-africain, « *Sawubona* », traduit ce cycle de la vie qui prend sa source chez l'autre, chez autrui. « *Sawubona* » dans la langue zulu signifie, « *je te vois* », et il renvoie principalement à la prise en compte de la présence de l'autre, une présence authentique, « *Je te reconnais, ta présence est importante et décisive pour moi, je me sens responsable de toi, nous partageons le même chemin, etc.* », ce qui va faire appel au respect qu'on donne à l'autre, à l'usager/patient qu'on accompagne :

« *C'est différent quoi, ça veut dire que le patient, du fait qu'il se sente respecté et important, il accueillera beaucoup mieux les paroles du professionnel sur les choses qu'on peut modifier. Moi, je sais que quand je fais un point avec le CSAPA pour un patient, je demande toujours si le patient est d'accord évidemment mais, toujours, le patient est d'accord. Je n'ai jamais eu un patient qui m'a dit non je ne préfère pas, souvent, c'est un référent un peu, c'est un peu vécu comme ça pour le patient. Et, souvent, on prépare cet entretien avec le dispositif avant de recevoir le patient et ça permet que les messages parfois soient portés par le professionnel du CSAPA et ça c'est intéressant quoi ... »*

Entretien 7

« *Je te vois* » est aussi lié à la bonté et à l'amour en référence au « *voir le non-moi* » et au « *ne pas voir* », c'est cette pensée de la philosophe Iris Murdoch⁵⁵³ que Pascale Molinier convoque quand elle écrit : « *Selon la philosophe Iris Murdoch, "la bonté et l'amour sont liés à l'effort pour voir le non-moi". Murdoch insiste sur l'effort. L'amour et la bonté ne sont pas des effusions naturelles mais le fruit d'une élaboration secondaire, d'un travail à la fois matériel et psychique. Un travail de l'attention. Ces affects apparaissent donc, selon elle, à l'issue d'un effort qui contrarie la tendance à ne pas voir. Cet effort est doublement singularisant, il fait apparaître ce qui est vu dans sa différence (comme non-moi) et il singularise la personne qui, en voyant, accroît son expérience d'une perception agissante, plus affûtée, plus sensible. Le travail du care peut conduire à des formes d'attachement, de tendresse que les soignantes elles-mêmes désignent souvent du terme polysémique d'amour.* »⁵⁵⁴ Cette prise en compte de l'altérité va se matérialiser dans un *Dasein* avec l'autre. « *Ubuntu réfute l'idée qu'une personne puisse*

⁵⁵³ Murdoch Iris (1994), *La souveraineté du bien*, Paris, Éditions L'éclat, p. 113 (1^{ère} éd. : 1970).

⁵⁵⁴ *Op. cit.*, Pascale Molinier in Fassin Didier. 2022, p. 913.

*se construire sans l'aide de personne, car nous sommes tous interconnectés. Nous ne devrions pas nous laisser abuser par le mythe de l'individu qui ne doit rien à personne, car nul n'existe dans l'isolement complet. Pour citer le poète John Donne : « Aucun homme n'est une île. »*⁵⁵⁵

L'ouvrage développe de nombreuses leçons sur la pratique de l'*Ubuntu*, allant de « chercher à créer des liens » à « croire en la bonté de chacun » ou encore à « apprendre à écouter permet de mieux entendre », avec une idée perpétuelle et constante : celle du souci des autres, celle du soin qu'on donne, de l'attention et de l'écoute qu'on peut proposer.

Loin d'être envisagée faussement comme une simple gentillesse, l'*Ubuntu* est avant tout la reconnaissance et la célébration de l'homme dans des dispositions d'esprit, et dans le développement de valeurs, des qualités qui le réhumanise, qui lui rende sa dignité⁵⁵⁶ originelle face aux sociétés modernes axées sur l'égoïsme, l'appât du gain, la course effrénée aux profits et aux bénéfices. Face aussi à la relégation de l'homme, de l'humain en second plan.

Penser l'universalisme peut parfois être une quête délicate, fragile, assimilable à un conformisme abêtissant, à un clonage culturel aliénant... mais, l'humanisme universel est commun à tous les peuples, à toutes les cultures, il n'y a pas de culture quand on fait la promotion et la célébration des valeurs de la vie. Cette vie qui est partagée par tous, cette humanité avec laquelle nous vivons. Les valeurs de sollicitude, du souci de l'autre, sont des valeurs universelles, cette humanité de la réciprocité et du respect de l'autre n'est pas un artefact euro-crocentré ou encore afro-centré. Les individus vivent dans un monde fini, limité, la pandémie de la Covid-19 l'a rappelé avec force, que les murs culturo-civilisationnels qui sont érigés, ne sont pas toujours à même de protéger l'espèce humaine, et que noirs, blancs, jaunes, musulmans, bouddhistes, athées, etc., partagent tous la même vulnérabilité ontologique.

Léopold Sédar Senghor disait : « l'orgueil d'être différent ne doit pas empêcher le bonheur d'être ensemble »⁵⁵⁷. Les êtres humains sont avant tout, des êtres de besoins dans une incapacité congénitale de satisfaire seuls, ces besoins sans l'aide des autres.

⁵⁵⁵ *Op. cit.*, Ngomane Mungi, 2022, p.3 8.

⁵⁵⁶ Fleury Cynthia (2023), *La clinique de la dignité*, Paris, Seuil.

⁵⁵⁷ Cité par Souleymane Bachir Diagne dans un entretien publié dans *Le Monde* du samedi 2 avril 2022.

2. Éthique de l'Ubuntu et éthique du *care* : résonance et reliance.

2.1. Donner un sens humain à la mondialisation.

L'*Ubuntu* maintient le dialogue avec le *care* et la production des économies morales comme celles de l'accompagnement médico-social, au travers d'une idée de l'humanité des individus, de leur conception du monde qui les entourent et de l'importance des liens de dépendances et d'interdépendances entre eux. Les différentes communautés ethniques, culturelles, religieuses ou encore raciales, ont en commun, de par leur essence et de l'idée de leur survivance, différentes philosophies de vie liées à une sagesse pratico-morale qui commande l'agir des individus. Les cultures mélanésiennes conçoivent une personne comme étant la forme que prennent ces relations. L'individu est perçu comme un composé de relations plutôt que comme individu⁵⁵⁸.

Nous continuons de voir l'importance capitale des liens entre les personnes dans la philosophie africaine de l'*Ubuntu* avec un aspect centrale qui expose que c'est en intégrant la primauté des liens avec les autres qu'on peut dire qu'on possède l'*Ubuntu*. On peut, par ailleurs, faire appel à la pensée aborigène dont l'écho est fait par la philosophe australienne Val Plumwood⁵⁵⁹ dans un développement écologique qui pose l'importance du monde, de la nature qui nous entoure et de la relation que l'homme entretient avec ce monde, mais aussi, la réflexion de Judith Butler⁵⁶⁰ énoncé plus haut.

Tous ces rapprochements culturels et civilisationnels posent l'inconditionnelle réflexion sur le sens que les sociétés veulent donner à la mondialisation. Une mondialisation a-humaine, qui dénie aux individus et aux communautés leur dignité en brisant parfois la seule richesse qu'elles ont, à savoir les liens sociaux, les liens avec la communauté. L'*Ubuntu* principalement, et toutes les philosophies de la sollicitude et du souci des autres qui se rattachent à l'éthique du *care*, partagent un objectif commun : celui de donner un sens humain à une mondialisation qui élude souvent les aspects non-marchands de la connexion entre les individus dans le monde.

⁵⁵⁸ Haraway Donna (2020), *Vivre avec le trouble*, Vaulx-en-Velin, Éditions des mondes à faire, p. 293.

⁵⁵⁹ Plumwood Val (2015), « La nature, le moi et le genre : féminisme, philosophie environnementale et critique du rationalisme », *Cahiers du genre*, vol. 2 n° 59, p. 21-48.

⁵⁶⁰ *Op. cit.*, Butler, 2021.

« L'éthique du care pose donc le problème de la morale en termes de responsabilité relationnelle. C'est la relation, le fait d'être en relation, qui crée la responsabilité. »⁵⁶¹ Ce sens humain passe inexorablement par la responsabilisation de tous et de chacun, sur la création de liens sociaux vertueux qui célèbrent l'individu dans ce qu'il a de singulier.

« Dans l'Ubuntu, le sens de la responsabilité repose sur la relation de l'individu avec son prochain dans la communauté, plutôt que sur l'autonomie individuelle. »⁵⁶² Le lien perdure entre responsabilité et relation avec l'autre. La communauté ici ne renvoie pas toujours à un tout qui annihile *de facto* la singularité des individus « Le caractère unique de l'Ubuntu réside principalement dans le fait que la communauté est un tout organique, car ce ne sont pas les individus qui se mettent ensemble pour la former, mais plutôt leurs identités qui sont formées par elle. En outre, la notion de communauté ne se limite pas à la société humaine : elle s'étend aussi au monde naturel et au monde invisible. »⁵⁶³

La perspective et le processus de l'Ubuntu s'opposent de fait à la nature mercantile de l'échange ou des échanges humains « Dans une société qui mettait en avant le bien-être humain, comme c'est le cas dans l'éthique de l'Ubuntu où les gens ont une tendance naturelle à s'occuper les uns des autres, il ne pouvait y avoir de relations économiques basées sur une course au profit [...]. »⁵⁶⁴ C'est aussi ce que suggère le care, celui de dire que cette éthique n'est pas une marchandise, mais un travail dont on ne peut pas estimer la valeur⁵⁶⁵.

Toutes ces passerelles et ces ponts culturels, construits autour de la primauté du bien-être des individus, conjuguent une grammaire de l'altérité avec pour éléments d'analyse des philosophies du care, du souci des autres, avec un décentrement de différents paradigmes, sur le travail, sur la réussite sociale, sur les relations avec les autres, sur toutes les formes de vie. C'est en cela que l'Ubuntu et le care comme éthiques portent une voix différente, une voix qui cherche à soutenir, à perpétuer et à réparer le monde. Si, dans sa définition du care, Joan Tronto

⁵⁶¹ *Op. cit.*, Pascale Molinier in Didier Fassin, 2022, p. 917.

⁵⁶² Murove, Munyaradzi Felix (2011), « L'Ubuntu », *Diogène*, vol. 235-236, n° 3-4, p. 49.

⁵⁶³ *Ibid.*, p. 53.

⁵⁶⁴ *Ibid.*, Murove, 2011. p. 49.

⁵⁶⁵ Mugnier Christophe et al (dir.) (2020), « Peut-on évaluer le travail inestimable ? », *Psychiatrie, psychanalyse et sociétés*, vol. 9.

parle de « *soutenir, perpétuer et réparer notre monde* », c'est principalement parce qu'il est malade, parce qu'il y a risque dans la demeure.

L'activité humaine, les politiques économiques, l'individualisme exacerbé et le système capitalisme parfois, associé à une mondialisation sauvage, ont plongé le monde dans une profonde crise existentielle, crise écologique, de par les activités humaines qui amenuisent au jour le jour la vie sur terre : réchauffement climatique, destruction des espaces protégés, de la faune, de la flore, des ressources liées au sous-sol, etc., crise liée au primat de l'économie sur les autres sphères de la vie sociale, ce volet rentabilité et économique qui coupe parfois l'individu par le travail de tous les liens sociaux à même de lui permettre de se réaliser et de s'accomplir pleinement, comme le note ce psychiatre dans un entretien :

« Mais, aujourd'hui, quand même à l'hôpital, dans une double contrainte qui est celle de la contrainte financière, notamment par les dernières lois, c'est donc euh, des activités dont on voit aujourd'hui les limites [Réflexion] Après, j'ai moi aussi un sentiment euh [Réflexion] que je partage avec d'autres, quand j'en parle, comment dire avec des gens qui sont un peu de ma génération, qui ont été formés à l'hôpital, que ce soit des médecins, des infirmiers, des aides-soignants, etc., tout ça dans le champ sanitaire, quand on regarde aujourd'hui, j'ai quand même le sentiment que nous avons embrassé une certaine mission au sens vraiment noble du terme, alors que beaucoup de gens aujourd'hui, malheureusement, font ces formations médicales pour trouver un travail et un salaire et, ça change beaucoup, beaucoup de choses et ce que tu décris comme quelque chose de déshumanisant, de rigide au sens voilà du partage de l'échange, c'est probablement parce que, en effet, en voulant rationaliser à tout prix l'hôpital, on voit bien que ça ne peut pas fonctionner comme une entreprise qui fabrique des pneus. Mais, en même temps, je pense que c'est aussi le reflet de la société telle qu'elle évolue dans le sens de l'individualisme, du consumérisme, du repli sur soi. La pandémie c'est un exemple frappant et, euh voilà, je pense que moi, ce que je ressens comme crainte pour l'avenir, que ce soit dans nos métiers au sens plus large, c'est vraiment le fait qu'on ait beaucoup moins à faire société mais, plutôt, à être un peu les uns à côté des autres, dans un chacun pour soi quand même. »

Entretien 12

Toutes ces pathologies sociales ou liées au social rendent pertinentes les perspectives du *care* et de l'*Ubuntu*, perspectives qui se donnent l'objectif par une approche anthropocentrée critique, de tracer une ligne d'avenir pour les différentes sociétés en termes de démocratie, d'écologie et du souci des autres par la sollicitude et par le soin.

Avec des personnes qui vivent de plus en plus longtemps, une augmentation de l'espérance de vie consécutive aux progrès technologiques et aux progrès de la médecine, il faut envisager d'avoir une réflexion sur la finitude des individus, sur leur prise en charge en maison de retraite, sur l'accompagnement en fin de vie, sur l'importance des relations sociales qu'ils doivent maintenir. Tous ces aspects font inéluctablement appel à ce paradigme du *care* qui va infuser des dispositifs d'écoute, de soin, d'empathie, et de sollicitude... Ce sont des aspects inhérents au développement des sociétés, un développement qui ne peut pas se penser unilatéralement à partir de la sphère économique ou encore marchande que proposent la mondialisation et le capitalisme, mais un développement qui va capitaliser toute cette production sociale liée à cette société de « subalternes », travailleurs sociaux, éboueurs, coiffeurs, nounous, ménagères, infirmières, etc., et qui soutient, perpétue et « répare » le monde en donnant un sens définitivement humain à la mondialisation.

2.2. Pour un humanisme nouveau.

L'humanisme est souvent comparé à une incantation morale à laquelle se greffent toutes sortes d'idéologies, comme l'impérialisme, le colonialisme, le catholicisme, etc., parfois paré de toutes les bonnes intentions, l'humanisme est une valeur de plus en plus en recul. L'humanisme et l'universalisme sont aujourd'hui en crise. *Le temps des tribus* jadis prophétisé par Michel Maffesoli⁵⁶⁶ a anticipé la montée des replis identitaires et communautaires. L'idée même que l'humanité forme une communauté liée principalement par le partage d'un même espace et d'une même condition, la condition humaine, est de plus en plus disputée et délégitimée, au profit de discours qui mettent en minorité ceux qui pensent qu'à la lecture des événements actuels, liés aux menaces globales, consécutives au terrorisme, aux catastrophes nucléaires, aux

⁵⁶⁶ Maffesoli Michel (1988), *Le temps des tribus. Le déclin de l'individualisme dans les sociétés de masse*, Paris, Méridiens Klincksieck.

crises économiques et aux crises sanitaires, une prise de conscience commune doit être faite pour préserver l'espace commun et perpétuer la condition humaine. Mais, même si la morale de l'humanisme universaliste connaît un net recul, elle reste le meilleur garant de la diversité culturelle comme le suggère Francis Wolff⁵⁶⁷. Pour lui, seules les idées universalistes permettent la coexistence des cultures. Le philosophe inscrit sa pensée dans le prolongement d'un rationalisme hérité des lumières franco-kantiennes et, pour lui, il s'agit de « [...] *défendre la raison scientifique. Contre l'empire des identités, il faut refonder une éthique de l'égalité et de la réciprocité* »⁵⁶⁸.

L'humanisme « nouveau » est celui de la réciprocité. S'il y a un point d'attache, une « reliance » commune à tous ses développements, ce lien se fait autour d'une perception de la réciprocité entre les individus et avec le monde qui les entoure. L'humanisme que les différentes cultures doivent construire est celui de la réparation des liens entre les hommes et de la préservation de leur espace de vie. Cet humanisme universel se doit de prendre sa source dans les philosophies de la sollicitude à l'instar du *care* et de l'*Ubuntu* et bien d'autres philosophies qui s'attèlent par la morale et par l'action à orienter l'agir des individus pour leur épanouissement et pour la préservation de l'environnement dans lequel ils vivent. L'usage des notions d'universalisme et d'humanisme étant parfois très équivoque, dans notre cas, il ne s'agit pas d'avancer des thèses antinomiques, à savoir postuler avec le *care* et l'*Ubuntu* d'un côté, les tares d'une mondialisation et d'une globalisation qui ont montré leurs limites à rendre à l'homme sa dignité, et qui se sont pourtant déployés au nom de l'universalité et, d'un autre, proclamer une renaissance pour l'humanisme ou pour l'universalisme. Il s'agit ici, comme le souligne une fois de plus Francis Wolff, de « [...] *démontrer que l'universel, loin d'être le tombeau des singularités et des valeurs particulières, est la condition de leur existence même.* »⁵⁶⁹ Le philosophe le démontrera avec l'exemple de la laïcité : « *La laïcité – ce n'est pas sa seule dimension – permet la coexistence des croyances dans un espace commun. Ainsi pose-t-elle, dans le même mouvement, l'universalité de cette coexistence et soutient-elle la valeur propre, dans leur champ, des croyances qui coexistent. Cela n'empêche en rien, bien sûr, de défendre votre croyance et de penser qu'elle est la seule vraie. Mais vous ne pensez pas pour autant –*

⁵⁶⁷ Wolff Francis (2019), *Plaidoyer pour l'universel*, Paris, Fayard.

⁵⁶⁸ Wolff Francis (2019), « Plaidoyer pour l'universel. Fonder l'humanisme », *Humanisme*, vol. 325, n° 4, p. 75.

⁵⁶⁹ *Ibid.*, Wolff, 2019, p. 77.

*depuis du moins le XVI^{ème} siècle et l'invention de la tolérance – qu'il ne puisse pas exister ailleurs, ou pour d'autres, des croyances que vous ne partagez pas. »*⁵⁷⁰

L'humanisme n'est donc pas la négation des particularismes. L'universalisme, du moins celui que nous convoquons, n'est pas liée à une idéologie de domination ou encore à une doctrine de la conformité et de la relégation des identités et des minorités. Au contraire, l'humanisme « nouveau » dont il est fait allusion ici, est celui de la réciprocité relationnelle entre les individus et les cultures dans l'objectif de permettre aux hommes de se réaliser pleinement dans leur agir social, professionnel, et dans la relation qu'ils partagent avec les autres.

Cet humanisme et cet universalisme sont aussi un dialogue entre les cultures, un dialogue qui s'articule autour de la commune vulnérabilité ontologique de l'espèce humaine et des risques que les individus se partagent dans cet habitat commun. L'humanisme « nouveau » est celui qui appelle, par le souci des autres, par la sollicitude et par l'empathie à prendre une nouvelle voie, un itinéraire nouveau, à changer de paradigme et à considérer que, aussi longtemps que nos attitudes et nos relations vis-à-vis des autres, ne seront pas définies comme des relations décisives pour nous-mêmes et pour la société, nous continuerons à produire de la souffrance, du stress, des environnements pathogéniques.

L'idée de notre travail est d'analyser l'agir professionnel des individus dans un espace de travail donné, celui du médico-social. Cet agir n'est pas que régi et agencé par les seules lois managériales qui régulent les actions individuelles. Notre hypothèse est de dire, et d'essayer de montrer que cet agir professionnel *in situ* est porté par une économie morale spécifique à l'accompagnement médico-social, que cette économie morale est un pan d'une plus grande philosophie qui est celle du *care*. C'est cette éthique dite des « subalternes » qui va produire et porter un certain nombre de postures, de motivations et même soutenir l'engagement du professionnel. La convocation de la philosophie de l'*Ubuntu* cherche à montrer que l'universalisme et l'humanisme du souci des autres et de la sollicitude n'ont pas une situation spatiale définie, que chaque culture porte une philosophie du *care* qui trouve sa finalité dans l'orientation de l'agir individuel.

⁵⁷⁰ *Op. cit.*, Wolf, 2019.

Nous avons voulu clore notre travail par une réflexion autour de l'accompagnement que les professionnels apportent aux usagers/patients. Cette relation est une relation décisive, décisive pour l'accompagné (l'utilisateur/patient). Ce dernier attend d'être écouté et, loin de tout jugement, dans un cadre de confiance, avec en face de lui quelqu'un qui fait preuve de sollicitude et d'empathie. L'accompagnant attend aussi que cette relation soit une relation dans laquelle il s'accomplit dans le cadre de son travail. L'affectualité de cet espace est prégnante, sa dimension affective est forte. Par ce fait, la notion de *parrésia*, envisage l'aménagement d'espaces parrésiasiques entre l'accompagnant et l'accompagné en mettant en avant le soin par les mots et l'importance d'une éthique narrative, dans un objectif thérapeutique dual, celui de soigner par la parole, l'utilisateur/patient, ainsi que le professionnel.

Chapitre 3 : La relation affectuelle professionnel/usager : un espace parrésiasique à aménager.

L'architecture de notre entreprise se structure en trois parties : la première partie, avec une identification des enjeux politiques de la fabrique des dispositifs, fait appel à une rationalité par finalité. La seconde partie envisage l'analyse de l'économie morale de l'accompagnement médico-social en convoquant une rationalité par valeurs. La dernière partie de cette trilogie structurale pose la dimension affective de l'action individuelle en mettant en avant une analyse sur l'importance de la subjectivité dans l'agir des individus et sur les « affinités électives » qui existent et qui se construisent entre les cultures du *care* à travers le monde. Cette dernière partie propose l'aménagement des espaces du « *dire vrai sur-soi* », des espaces de *parrésia*, qui participeraient par une médecine narrative, à offrir une cadre thérapeutique lié à l'écoute mutuelle et réciproque entre le professionnel et l'utilisateur/patient.

1. Le soin par les mots et la narration.

1.1. L'éthique narrative

Après ce qui a été défini dans les sciences humaines et sociales comme étant « *un tournant émotionnel* », nous avons aussi assisté dans les années quatre-vingts, au « *tournant narratif* »⁵⁷¹, lié au *narrative ethics*. Les éthiques narratives s'inspirent majoritairement de la pensée de Paul Ricœur sur l'identité narrative. Pour lui, l'identité est constituée de deux pôles qui ont pour principales fonctions de médier la permanence de celle-ci dans le temps et en fonction des situations. L'identité-*idem* correspondant à la « *mêmeté* », à la permanence de ce que nous sommes. Elle peut être partagée avec les choses, parce qu'elle est valable pour tout objet qui subsiste dans le temps. L'identité-*ipse*, ou encore « *mienneté* » va correspondre à soi-même, à l'ipséité, et c'est ce qui va différencier le sujet d'une simple chose qui n'a d'identité que dans l'*idem*. L'*ipse*, c'est le maintien volontaire de soi devant autrui, c'est l'engagement dans la relation avec autrui de ce que nous avons de plus « *mien* » en nous.

Paul Ricœur postulera par ce fait que les êtres humains sont, avant tout, des êtres de récits. Ce sont les récits que nous produisons de nous-mêmes et sur nous-mêmes qui permettent le maintien de notre (nos) identité(s) dans la fluctuation et la variation de nos différentes expériences biographiques. Tout individu va donc se constituer et se construire dans une narration permanente et renouvelée de soi. Pour le dire autrement, les individus doivent continuellement produire des récits d'eux-mêmes qui soient significatifs pour eux et qui puissent faire sens. Pour cela, ces récits doivent pouvoir trouver une congruence, une identification à ceux des autres, à l'intérieur du cadre dans lequel ils se situent, comme le fait remarquer Valérie Gâteau : « *Mais ce récit doit aussi pouvoir s'enchevêtrer dans un récit collectif, dans un tissu internarratif dans lequel notre histoire peut s'inscrire dans celle des autres. À défaut, cela génère de la souffrance. Dans cette perspective, le récit partagé est*

⁵⁷¹ Gaille Marie (2012), « Des mots et des maux : Que peut-on espérer des récits de vie dans la relation de soin à travers les âges ? », *Med Sci* (Paris), Vol. 28, n° 2, pp. 213-214.

*porteur de la constitution, du maintien et, éventuellement, du rétablissement de l'identité personnelle. »*⁵⁷²

Les apports de la philosophie de la narration comme outil de prévention et de résilience des soignants⁵⁷³ sont aujourd'hui connus et démontrés. L'irrigation de cette philosophie, dans l'aspect clinique et thérapeutique, est de plus en plus un impératif pour la médecine, dans un contexte d'humanisation des rapports entre patients/usagers et professionnels. Les pratiques narratives vont mettre en avant le fait que l'identité de l'individu est le produit des relations qu'il a construit depuis sa prime enfance⁵⁷⁴. La médecine et la santé utilisent la narration et le soin par les mots, comme un outil de révélation de l'individu à lui-même. C'est la narration de soi, la signification de cette narration qui rend la connaissance de soi possible⁵⁷⁵. On peut de ce fait comprendre l'intérêt de la médecine et de l'espace médico-social pour la narration.

La médecine a fait de la connaissance de l'homme dans sa dimension psychosomatique, l'enjeu principal de son utilité et de sa possibilité de prodiguer le soin. C'est l'approche cathartique du récit qui va intéresser la médecine et le médico-social. Cette démarche, qui combine libération des émotions par le « dire », la parole et le soulagement, et la catharsis du récit, peut susciter chez les professionnels et chez les usagers/patients un désir « authentique » de se raconter. Dans *L'éthique*, Spinoza saisit l'esprit comme une « *idée du corps* ». On peut se rendre compte du lien qui s'opère dans cette idée spinozienne, entre les dimensions psychologiques et les dimensions d'identification de la maladie. Le malade a une identité de par sa maladie, cette identité l'assigne à une position sociale à l'intérieur de l'institution hospitalière dans la relation qu'il partage avec le médecin ou l'accompagnant. C'est l'idée que développe Éric Delassus, « *Il peut sembler pertinent de s'interroger sur ce que peut être l'idée d'un corps malade. Cette idée est-elle "contaminée" par ce dont elle est l'objet ou peut-elle, malgré la maladie, conserver une certaine cohérence interne ?* »⁵⁷⁶

⁵⁷² Gateau Valérie (2022), « L'éthique narrative : Un outil de prévention et de résilience face au burn-out des soignants », *Gestions hospitalières*, n°618 - août/septembre, [réflexion].

⁵⁷³ *Ibid.*,

⁵⁷⁴ *Op. cit.*, Bonah, 2021, p. 181.

⁵⁷⁵ Bruner Jérôme (2002), *Pourquoi nous racontons-nous des histoires ?* Paris, Retz.

⁵⁷⁶ Delassus Eric (2016), « L'éthique narrative selon Paul Ricoeur: une passerelle entre l'éthique spinoziste et les éthiques du care. », *Revue du CRÉUM*, vol. 1, n° 3. pp.149-167.

L'accompagnement d'un malade dans sa souffrance ou l'accompagnement d'un malade social (exclu, sans domicile fixe, toxico, personne précaire et vulnérable), doit s'organiser autour de la parole et du « dire vrai sur soi-même », pour se sentir exister dans une élaboration d'une idée cohérente de son corps dans ce vécu qui le fragilise... « *L'homme vulnérable a donc besoin pour se sentir exister d'élaborer une idée cohérente de son corps. Le récit est l'une des voies lui permettant de progresser dans cette direction. Encore faut-il qu'il ne soit pas seul pour le faire et qu'il trouve face à lui des pourvoyeurs de care susceptibles de susciter en lui le désir de se raconter et disposés à l'écouter.* »⁵⁷⁷

Nos différents développements et analyse sur l'économie morale de l'accompagnement médico-social pensent cette économie morale comme une communauté de valeurs portée par l'éthique du *care*, cette éthique de la sollicitude qui passe essentiellement par l'expérience de l'écoute de l'autre. Écouter l'autre, c'est être attentif à ses besoins, à son bien-être. Mais être attentif, c'est avant tout créer un cadre d'attention, un cadre qui va susciter le récit de la personne vulnérable. C'est dans l'acte du récit que l'individu va se réapproprier sa vie en « [...] *sujet du récit qu'il élabore.* »⁵⁷⁸ C'est en ce sens que l'accompagnement peut opérer une thérapie duale entre, comme on le verra plus tard, l'accompagnant et l'accompagné, parce que le soignant lui-même, dans cette « rencontre », est lui-aussi porteur d'histoires.

Différentes études, et notamment celles de Rita Charon⁵⁷⁹, ont démontré la pertinence des pratiques narratives dans la thérapie des malades : « [...] *Des pratiques narratives augmentent l'observance thérapeutique des patients (compliance) et encouragent les stratégies individuelles pour faire face à la maladie (coping). De plus, les plaintes et les réclamations diminuent dans les établissements de santé lorsqu'on pratique la médecine avec des compétences narratives, car les patients se sentent écoutés par les médecins et acceptent mieux la faillibilité de la médecine.* »⁵⁸⁰ L'idée de Rita Charon est de dire que « *tout ce qui manque à la médecine aujourd'hui – en humilité, en responsabilité, en empathie, en individualisation –*

⁵⁷⁷ *Op. cit.*,

⁵⁷⁸ *Op. cit.*,

⁵⁷⁹ Professeure de médecine et docteure en littérature anglaise, l'américaine Rita Charon est surtout l'une des fondatrices de la médecine narrative.

⁵⁸⁰ *Op. cit.*, Bonnah, 2021, p. 184.

peut être apporté, en partie, par un entraînement narratif intensif »⁵⁸¹ et de définir la médecine narrative comme une compétence en médecine qui bouleverse le savoir du pratiquant et qui met en avant l'idée que le patient se fait de lui-même dans l'expérience de sa souffrance et de sa maladie : « une médecine exercée avec une compétence narrative permettant de reconnaître, d'absorber, d'interpréter les histoires de maladie, et d'être ému par elles. »⁵⁸²

La narration devient une éthique de l'attention et un outil de diagnostic permettant au professionnel de « reconnaître, d'absorber... et d'être ému par elles. » C'est la manifestation du *Dasein* chez le professionnel, un « être-là » vrai et authentique qui convoque de nouveau cette intelligence émotionnelle, si importante dans l'accompagnement médico-social. La parole devient donc « soin », l'acte thérapeutique physique n'étant qu'un complément du soin par la parole : « *La sollicitude où se manifeste le soin est faite de présence, d'actes et de paroles. C'est dans la parole que s'accomplit de manière privilégiée la recherche de l'égalité de respect et du lien de solidarité entre le soignant et le soigné : la possibilité pour celui qui souffre, qui ignore, qui s'inquiète, au sein de la situation médicale, d'être comme l'égal respecté et le semblable aidé. La parole qui dit la plainte, le problème, l'inquiétude, se noue alors à la parole qui rend possible leur expression en se faisant considération de la personne, et qui est en cela déjà un acte de soin. La parole du médecin, et de tout soignant, n'a de sens qu'à naître de l'accueil et de l'écoute de la parole du patient. »⁵⁸³*

L'accompagnement des personnes rendues vulnérables, soit par la maladie, ou simplement par les apories et les pathologies sociales telles que l'exclusion, la pauvreté ou encore la grande précarité, convoque, chez les professionnels, la prise en compte des mots et de leur poids. Les mots dans le soin ont cette fonction cathartique qui soulage, qui libère les émotions et qui apaise.

Les mots et la parole dans leur utilisation peuvent aussi produire inquiétudes, angoisses, incompréhensions et colère. Avec l'exemple d'une absence de tact dans l'annonce d'une pathologie grave, d'un décès, la non prise en compte du ressenti du soigné, est une sentence prononcée par le canal des mots. La médiation de l'usage des mots et de la parole dans le soin se fait à partir de l'éthique du *care* et de la sollicitude dans l'expérience de l'écoute et de

⁵⁸¹ Charon Rita (2006), *Narrative Medicine. Honoring the Stories of Illness*, New-York, Oxford University Press, p. 13. Cité par Rossi, Silvia. « Médecine narrative », in Delory-Momberger Christine (dir.), *Vocabulaire des histoires de vie et de la recherche biographique*. Érès, 2019, pp. 236.

⁵⁸² *Ibid.*, Charon, 2006, p. 15.

⁵⁸³ *Op. cit.*, Bonnah, 2021, p. 191.

l'attention que cette philosophie convoque. Il y a tout un pan des pratiques narratives qui porte sur l'idée d'une co-construction entre l'accompagnant et l'accompagné. Cette co-construction suggère une idée de mutualisation des savoirs : d'un côté, le savoir académico-technique de l'accompagnant ; d'un autre, le savoir expérientiel de l'accompagné. Ce dernier est le savoir du vécu, dans l'expérience de la vulnérabilité, qu'elle se présente sous la forme d'une pathologie, de précarité ou parfois en cumul des deux.

La narration va faire appel de façon inéluctable à la vérité, non pas une vérité normalisée et extérieure à l'individu, mais un *logos* autour de « sa vérité » et d'un « dire vrai sur soi-même », que Michel Foucault appelle la *parrêsia*.

1.2. La *parrêsia*

L'herméneutique du sujet est un cours que Michel Foucault donne au Collège de France de 1981 à 1982, dans un prolongement de sa réflexion sur une archéologie du savoir et de la vérité. Il y introduira la notion du « *souci de soi-même* » qu'il posera d'ailleurs comme étant plus importante que la prescription delphique⁵⁸⁴ du « *connais-toi toi-même* »⁵⁸⁵, parce que, pour lui, la connaissance en tant que savoir ne rend pas accessible le discours sur la vérité... c'est plutôt une forme de vigilance sur-soi par des techniques spécifiques qu'on autorise la vérité à s'offrir à soi, « [...] *mais qu'il y faut une forme d'attention tournée vers soi, d'actions sur soi par lesquelles on se transforme, ce qui suppose, bien sûr, des exercices, des techniques particulières.* »⁵⁸⁶ L'une de ces techniques est la *parrêsia*. Michel Foucault poursuivra ses développements sur la *parrêsia* dans ses cours au Collège de France et dans les conférences qu'il tiendra sur *le discours de la vérité, l'herméneutique du sujet et le gouvernement de soi et des autres*, entre 1981 et 1983.

Frédéric Gros, en introduction de l'ouvrage de Michel Foucault *Discours et vérité. Précédé de La parrêsia*, résumera sa pensée sur cette notion en écrivant : « *La parrêsia est un terme grec*

⁵⁸⁴ Boyer Charles (2016), « Foucault : “ L'homme, en Occident, est devenu une bête d'aveu ” », *L'Enseignement philosophique*, vol. 66a, n° 3, p. 27.

⁵⁸⁵ Selon le Charmide de Platon, elle est la plus ancienne des maximes gravées à l'entrée du temple d'Apollon à Delphes.

⁵⁸⁶ *Op. cit.*, Boyer, 2016.

qui signifie le fait de "tout dire". "Tout dire", ce qui peut signifier sans doute dire n'importe quoi, sans faire le tri, sans retenue ni entraves, mais aussi, et peut-être surtout, oser dire ce que notre lâcheté ou notre honte nous retiennent immédiatement de délivrer – ou encore plus simplement : s'exprimer avec sincérité et franchise. Parler sans pudeur et sans peur. On peut donc traduire par : " franc parler ", " dire-vrai ", " courage de la vérité ", " liberté de parole "... »⁵⁸⁷ Ces caractéristiques liminaires remontant à l'antiquité grecque avec Platon et Socrate, mais aussi, en remontant à la chrétienté, montrent, chez lui, que la *parrêsia* est l'obligation de dire la vérité sur soi-même et de contester les normes, même à ses propres dépens, avec l'exemple du procès et de la mort de Socrate.

La *parrêsia*, c'est tout dire sans rien dissimuler en étant en accord avec soi, un discours vrai qui se situe dans le rapport de soi à soi, un discours indexé à la vérité et au courage de cette vérité. C'est l'exemple du courage de la vérité philosophique qui est extrait du procès de Socrate au tribunal de l'Héliée à Athènes en 399 avant J.-C. Socrate est accusé par ses concitoyens Méléto, Anytos et Lycon d'une certaine attitude incommode avec la vérité de son temps. Il ne reconnaît pas les dieux de la cité et est accusé de corrompre les jeunes gens et d'introduire de nouvelles divinités (*daimôn*). Au terme du procès, Socrate sera reconnu coupable, mais a la possibilité d'échapper à son sort. Il répondra qu'il serait un bien mauvais soldat s'il abandonnait la place qui est la sienne. Socrate fera preuve de courage, de *parrêsia* philosophique.

Michel Foucault va saisir la *parrêsia* à travers trois dimensions : la *parrêsia* philosophique avec l'exemple du courage de Socrate et son attitude critique vis-à-vis des normes de la cité athénienne ; la *parrêsia* politique qui cherche sans cesse à réévaluer le rapport de la démocratie à la vérité ; et la *parrêsia* éthique, décisive pour configurer les liens entre le sujet et la vérité. C'est à cette *parrêsia* éthique que nous consacrerons les développements qui suivront, même s'il restera toujours la possibilité de convoquer, d'une façon ou d'une autre, une ou deux dimensions de la *parrêsia* philosophique en tant que *praxis* critique sur soi-même.

Michel Foucault va saisir la dimension parrésiasique éthique dans un cadre apolitique en se concentrant sur les pratiques de « direction de conscience » : « *Il s'agit donc, dans un cadre cette fois franchement apolitique, de conduire les âmes vers la sagesse et la vérité, en usant*

⁵⁸⁷ Foucault Michel (2016), *Discours et vérité. Précédé de La parrêsia*, Paris, VRIN, pp. 11-12.

d'une parole directe qui dénoncerait sans détours les passions mauvaises du dirigé. C'est dans ce cadre que la parrêsia peut prendre davantage l'aspect d'une "technique", technique tout à la fois de persuasion et de soin qui permet d'adresser les bonnes paroles au bon moment à celui dont les défauts ont besoin d'être corrigés. »⁵⁸⁸ Mais la quête de vérité dont il est continuellement question dans l'énonciation de ce courage de la vérité est à préciser. Les travaux de Michel Foucault portent le « souci de soi » comme une « attitude éthique principielle »⁵⁸⁹. Il suggère que chacun doit porter une attention fondamentale sur soi-même, dans l'objectif de diriger sa vie vers des éthiques de justice et de rationalité qui s'instaurent grâce au gouvernement de soi. Car, ce n'est pas la connaissance en tant que savoir, comme nous le notions plus haut avec la prescription delphique du « *Connais-toi toi-même* », qui offre au sujet la vérité ; c'est surtout, et avant tout, le rapport de soi à soi qui révèle au sujet la vérité. Une vérité qui n'est pas sophiste, mais une vérité qui s'élabore dans la relation du sujet face à lui-même. L'enjeu de la vérité dans l'œuvre de Michel Foucault est le suivant : « *Depuis Nietzsche, la question s'est transformée. Non plus quel est le chemin le plus sûr de la Vérité ? Mais quel a été le chemin hasardeux de la vérité ? Il s'agit par conséquent de reconstituer une vérité rendue à l'histoire et exempte de rapports avec le pouvoir, et d'en identifier à la fois les contraintes multiples et les enjeux dans la mesure où chaque société possède son propre régime de vérité, c'est-à-dire les types de discours qu'elle accueille et fait fonctionner comme vrais ; les mécanismes et les instances qui permettent de distinguer les énoncés vrais ou faux, la manière dont on sanctionne les uns et les autres ; les techniques et les procédures qui sont valorisées pour l'obtention de la vérité ; le statut de ceux qui ont la charge de dire ce qui fonctionne comme vrai. [...] Le problème semble par conséquent être pour Foucault d'interroger les jeux de vérité – c'est-à-dire les rapports au travers desquels l'être se constitue historiquement comme expérience – qui permettent à l'homme de se penser quand il s'identifie comme fou, comme malade, comme déviant, comme travaillant, vivant ou parlant, ou encore comme homme de désir. C'est pour cette raison que le philosophe définit à la fin de sa vie, et de manière rétrospective, son travail comme une "histoire de la vérité."* »⁵⁹⁰

Chez Michel Foucault deux aspects sont particulièrement importants dans l'énonciation de ses concepts. La « vérité » et le « pouvoir » sont pour lui des concepts qui sont presque insignifiants

⁵⁸⁸ *Op. cit.*, Foucault, 2016, p. 14.

⁵⁸⁹ *Ibid.*,

⁵⁹⁰ Revel Judith (2002), *Le vocabulaire de Foucault*, Paris, Éditions Ellipses, pp. 64-65.

sans la mise en discours des choses (l'aspect discursif) et la *praxis*, la pratique des choses, à savoir les processus de mise en actes du pouvoir ou encore de la vérité. Il faut donc saisir la vérité chez Foucault par la *parrêsia* comme le propose Cynthia Fleury, dans une double logique : une logique logocratique, dans sa dimension du *dire-vrai sur soi-même*, par une éthique de la vérité sur soi-même, la vérité chez Foucault ne nous étant pas extérieure, mais aussi, dans logique de *praxis*, qui accorde le logos à l'action pratique. La *parrêsia* est donc une éthique de la vérité et une *praxis* qui nous obligent « nous » prioritairement. « Le "parrésiate", celui qui parle vrai, dit en effet ce qu'il pense, mais surtout, il "se lie à cette vérité, il s'oblige, par conséquent, à elle et par elle". Pour qu'il y ait parrêsia, il faut que le sujet [en disant] cette vérité qu'il marque comme étant son opinion, sa pensée, sa croyance, prenne un certain risque, risque qui concerne la relation même qu'il a avec celui auquel il s'adresse [...] Elle [la vérité] cherche à créer les conditions de possibilité d'un dire qui s'oblige et non d'un dire qui oblige les autres. »⁵⁹¹ C'est donc ce lien avec une vérité qui s'opère dans un rapport de soi à soi, et qui, oblige le sujet, et le « délien » entre une vérité sophiste qui s'impose aux individus dont le sujet fait partie et qui les obligent primordialement.

La *parrêsia*, peut aussi s'envisager et s'appréhender dans le principe injonctionnel kantien du *sapere aude*, qui est traduisible par « Aie le courage de te servir de ton propre entendement ! ». Dans notre analyse, on peut transférer ce caractère parrésiasique dans l'économie morale de l'accompagnement médico-social dans l'idée de demander aux accompagnés et aux accompagnants d'avoir le courage d'un jugement critique autonome dans cet espace du dire-vrai qu'ils partagent réciproquement. Jugement critique autonome de l'accompagné, de l'utilisateur, du soigné, du malade dans la perception de son mal-être et de l'attitude parrésiasique, du courage qu'il engage pour dire sans détours « sa vérité » qui est ici la « vérité ». Mais, aussi, jugement critique autonome de l'accompagnant, du médecin, du travailleur(euse) social(e), de l'éducateur(ice), de l'infirmier(e), qui se remet continuellement en question, qui crée des espaces de confiance et de *parrêsia* dans lesquels il s'oblige et s'engage lui aussi, dans ce discours sur la vérité, discours dans lequel il engage, une part de lui-même, une part authentique, un *dasein* vrai.

⁵⁹¹ Fleury Cynthia (2012), « Liberté et vérité : quels liens, quels déliens, dans la vie privée et publique ? », in Frydman René (dir.), *Tout dire ? Transparence ou secret. Colloque Gypsy XI*. PUF, pp. 76-77.

2. Spatialité et le *Dire-vrai* sur soi.

2.1. Des espaces de « vérité » à aménager.

La convocation de la philosophie de Michel Foucault sur la vérité, une vérité sur soi, dans le rapport de soi à soi, dans notre travail sur l'économie morale de l'accompagnement médico-social est rendue possible par l'oralité de la parole à l'intérieur de la relation de soin que partagent l'accompagnant et l'accompagné. Nous l'avons vu plus haut, le soin passe par l'oralité, par la parole. La bienveillance se démontre par la sollicitude qu'on exprime par les mots qui sont dits. L'éthique narrative, comme nous l'avons vu, est une éthique de l'attention, les bonnes pratiques d'accompagnement sont à envisager comme des techniques de l'attention et de l'écoute, « [...] *la bonne pratique médicale est à envisager comme une technique de l'attention, de l'écoute et du dialogue, basée sur la dialectique entre proximité et distance, entre parole et silence et sur la conscience de l'impossibilité à séparer, dans le geste clinique, l'aspect technique, l'aspect symbolique et l'aspect émotionnel. Le soin se fonde sur une communication corporelle et sur la dimension émotionnelle et politique de la relation médecin-patient. En ce sens, les pratiques de soin se structurent dans la tension de la rencontre, dans l'art de communiquer, et sont à mettre en rapport avec les dynamiques sociétales, économiques et politiques d'envergure mondiale.* »⁵⁹²

Le soin passe principalement par les mots. Les dispositifs que nous étudions sont des dispositifs qui vont combiner cet aspect curatif, lié à une prise en charge thérapeutique avec, majoritairement, dans le dispositif TAPAJ par exemple, des jeunes avec des consommations problématiques aux substances addictives, aux produits stupéfiants et à d'autres drogues. Et un aspect d'accompagnement social intégrant des dimensions éducatives, citoyennes et civiques.

Une fabrique politique similaire de ce type de dispositif est observé avec l'équipe mobile de l'Aller-Vers du CSAPA 37. Le soin dont il est question ici, est surtout un soin saisi et appréhendé à l'aune de la philosophie du *care*. Ce soin n'est donc pas à envisager dans une perspective hospitalo-centrée. Ce soin est celui que va donner un médecin, une éducatrice spécialisée, un infirmier psychiatrique ou une assistante sociale, dans le cadre de son travail

⁵⁹² *Op. cit.*, Bonnah, 2021, p. 191.

d'accompagnement. Toutes ces différentes situations professionnelles dans le médico-social vont convoquer une présence, des actes et des mots.

Si certains mots font mal, et peuvent produire ce que Elsa Dorlin appelle le *dirty care*⁵⁹³, une parole aimante, respectueuse, a une dimension cathartique pour la personne qu'on accompagne. Il faut pour cela créer des modalités et des espaces qui rendent possibles cette ressource de la parole dans le cadre de la relation de soin que va partager le professionnel et la personne qu'il accompagne. Ces perspectives posent les conditions de possibilité de l'aménagement d'espaces du *dire-vrai* dans lesquelles l'accompagné et l'accompagnant co-construisent une dynamique thérapeutique centrée sur la *parrêsia*, dans un objectif dual, comme on le verra plus tard. Nos observations de terrain dans les deux dispositifs étudiés et les différents professionnels rencontrés rendent compte d'une volonté de ces dispositifs d'inscrire leur démarche d'accompagnement dans des espaces parrésiasiques.

TAPAJ propose déjà ce cadre et cet espace avec « l'entretien côte à côte » qui est un espace de libre échange dans lequel le professionnel (psychologue, infirmier, éducateur spécialisé, etc.), va avoir un échange, plus précisément un entretien sur un chantier pendant le travail avec un « Tapajeur », lorsque le professionnel et l'utilisateur/patient partagent la même posture physique et la même position dans cet espace singulier. Les retours à travers les observations *in situ*, à travers différents entretiens entre d'un côté les Tapajeurs, d'un autre les professionnels sur cette expérience, sont significatifs et témoignent de la relation de confiance et de « vérité » qui s'installe et se noue dans la relation de soin entre le professionnel et l'utilisateur/patient. Tous, le professionnel et l'utilisateur/patient, s'accordent à reconnaître les dimensions cathartiques et parrésiasiques qu'offre ce lieu, cette spatialité étrange.

Le dispositif Aller-Vers va encore plus loin. Il conceptualise, avec la VAD, un paradigme du soin et de la spatialité du soin, qui va faire du lieu où est prodigué le soin un élément de thérapie curative. La philosophie de l'Aller-Vers, nous l'avons démontré précédemment, intègre des aspects « hors-les-murs » qui placent au cœur de cette pensée l'idée que l'institution hospitalière n'est pas, de façon inconditionnelle, l'unique lieu du soin. L'Aller-Vers postule que c'est le patient, l'accompagné, qui porte le savoir et la connaissance de son mal-être, de sa

⁵⁹³ Dorlin Elsa (2017), *Se défendre. Une philosophie de la violence*, Paris, Zones.

maladie de par son expertise expérientielle et que l'accompagnateur n'est qu'un « passeur » à l'écoute de celui ou de celle avec qui il chemine. Il se dispose à être attentif, à être un réceptacle des malheurs, des angoisses et, surtout, de la vérité de celui avec lequel il est en relation dans le cadre de cet accompagnement thérapeutique, qu'il soit social ou clinique. Mais il n'est pas uniquement dans une position passive. Il se construit aussi professionnellement et humainement dans cette rencontre.

Pendant le confinement, nos visites aux domiciles des patients et des usagers du dispositif Aller-Vers, très éloignés des institutions sanitaires et parfois dans l'incapacité de se déplacer, nous ont démontré le lien de confiance et la rencontre qui se crée entre les usagers du dispositif et les praticiens⁵⁹⁴ qui parcouraient des kilomètres pour venir à leur rencontre. Le cadre n'était guère celui d'un espace de soin, d'un espace thérapeutique. C'était avant tout un environnement convivial pour l'accompagné, un espace qu'il connaît dans les moindres détails, un espace qui est son domicile. Dans les différents entretiens, les professionnels de l'équipe mobile parlaient de cet espace et de ce cadre comme étant celui d'une rencontre, d'un échange, pas celui d'une consultation, mais bien d'une rencontre.

Une rencontre est avant tout un univers indéterminé, un univers de surprises, un espace de découvertes des uns vis-à-vis des autres. Certaines VAD avaient pour seule indication dans le planning de l'équipe mobile : « *VAD chez Marie-Pierre, demain 10 h ; à Château-Renault* ». Aucun objectif prédéterminé, aucune consigne thérapeutique donnée à l'avance. Tout était à construire avec le patient ou l'utilisateur, en fonction de son ressenti de ses besoins de sa vérité du moment. Et le cadre prédisposait à l'expression d'un *dire-vrai* sincère et authentique, sur des pensées suicidaires des usagers, sur leur mal-être profond, sur leurs différents récits de vie qui n'auraient pas pu être révélés si l'aménagement de cette spatialité « nouvelle » n'avait pas pu être rendu possible. C'est le témoignage que fait cette professionnelle :

⁵⁹⁴ Un binôme constitué d'un infirmier psychiatrique et d'une éducatrice spécialisée.

« En fait, il naît souvent une vraie relation de confiance. C'est vrai, souvent Et, c'est là, ça mérite peut-être à être développé dans le dispositif Aller-Vers, c'est que les professionnels sont dans l'intimité du patient, dans leur environnement avec une véritable vision de la maison, des liens qu'il y a entre les personnes, les aidants familiaux, les voisins, qu'importe et, le patient, il a confiance parce qu'il sait que le professionnel a une vision juste. Ça, ce sont les dires des patients. Il sait que le professionnel sait de quoi il parle parce qu'il l'a vu, il le connaît et, souvent, c'est une marque de confiance. Le professionnel se déplace, il a de l'intérêt pour le patient, ça change complètement du patient qui fait toujours les démarches pour venir vers nous, on le voit aussi quand c'est nous qui appelons le patient, on n'attend pas que le patient nous appelle. C'est le signe et la preuve que le patient est important et, à partir de là, une fois qu'on a transmis cette importance au patient, le travail est plus simple. Il y en a souvent ici, ils nous disent, il me connaît bien donc, ils accusent pas mal le professionnel parfois de le bousculer un peu en lui disant des choses. »

Entretien 7

Les dispositifs TAPAJ et Aller-Vers exposent une définition nouvelle dans l'accompagnement médico-social en termes de postures, en termes d'éthiques et autorisent à penser la vérité comme n'étant pas donnée à l'avance, comme étant une co-construction, un processus, une dynamique singulière qui situent le lien entre le professionnel et l'accompagné à l'intérieur d'un espace où ils peuvent faire preuve de *parrêsia* dans une démarche d'un *dire-vrai* authentique.

Ces espaces parrésiasiques, perçus dans la forme comme des confessionnaux, libèrent principalement par la *parrêsia* des paroles qui sont salvatrices pour le corps et pour « l'âme »⁵⁹⁵ de l'accompagné et de l'accompagnant. Michel Foucault démontre dans *L'Histoire de sexualité*, que la pratique de l'aveu est un héritage du christianisme occidental. Pour lui, l'objectif de l'aveu, c'est de dire son péché pour être purifié, sauvé ou guéri... La parole s'enrobe de fait d'une fonction de salut de l'âme et de purification du corps malade. Comme il va le rappeler : « La parrêsia est liée à la liberté et au devoir [...] Nous pouvons donc dire que la parrêsia est une certaine activité verbale, dans laquelle celui qui parle entretient une certaine relation

⁵⁹⁵ L'âme ici, prolonge la référence chrétienne des confessionnaux catholiques, mais en réalité elle exprime la dimension "intérieure" de l'individu liée à sa psychologie, à sa personnalité et à son état d'esprit.

particulière à la vérité à travers la franchise, une certaine relation à lui-même à travers le danger, une certaine relation à la loi à travers la liberté et le devoir, une certaine relation aux autres à travers la critique, critique de soi ou critique des autres. Plus précisément, c'est une activité verbale dans laquelle le sujet exprime sa relation personnelle à la vérité, au risque de sa vie, parce qu'il considère qu'il est de son devoir de dire la vérité afin de rendre les autres meilleurs ou de les aider. »⁵⁹⁶

Liberté donc, pour celui qui énonce une vérité, et devoir pour son interlocuteur de l'écouter, c'est ce que Michel Foucault appelle le « jeu parrésiasique ». « *Le peuple, le Prince, l'individu doivent accepter le jeu de la parrésia. Ils doivent eux-mêmes le jouer et reconnaître que celui qui prend le risque de leur dire la vérité doit être écouté. [...]. Cette espèce de pacte, entre celui qui prend le risque de dire la vérité et celui qui accepte de l'entendre, est au cœur de ce qu'on pourrait appeler le jeu parrésiasique.[...]. La parrésia est donc, en deux mots, le courage de la vérité chez celui qui parle et prend le risque de dire, en dépit de tout, toute la vérité qu'il pense, mais c'est aussi le courage de l'interlocuteur qui accepte de recevoir comme vraie la vérité blessante qu'il entend. »⁵⁹⁷*

Le développement des espaces parrésiasiques mettant en relation le professionnel et l'accompagné doivent être des lieux de rencontres. À l'image du parrésiasique qui n'est pas dans une démarche d'un « tout-dire » de façon dérégulée et altérée, ces lieux doivent faire la promotion d'une conception de la *parrésia* comme courage du corps et de l'esprit dans un principe d'insoumission à la vérité sophiste. Parce que le parrésiasique n'est porteur de *parrésia* que parce qu'elle transforme son agir pour que ce dernier soit en osmose avec son corps et son *psyché*. La *parrésia* est en fait une *doxa* et une *praxis*, *doxa* parce que liée à une certaine attitude critique vis-à-vis de la vérité, *praxis* parce qu'elle oblige le sujet vis-à-vis de lui-même dans les actes de tous les jours et le soumet aux conséquences de sa *parrésia*.

⁵⁹⁶ *Op. cit.*, Foucault, 2016, pp. 85-86.

⁵⁹⁷ *Op. cit.*, Foucault, 2016.

2.2. Le « jeu parrésiasique » : une thérapie duale.

La souffrance du personnel soignant est de plus en plus une problématique centrale qui est au cœur des organisations de soins. Longtemps ignorée, longtemps niée et empêchée, cette souffrance est réapparue à la faveur de deux éléments importants. Le premier est consécutif à l'éthique du *care*. L'irrigation de la philosophie de cette pensée aura permis aux professionnels du soin de se rendre compte de l'importance de leurs apports dans nos sociétés et de l'impact que leurs activités avaient de façon réelle au quotidien. La philosophie du *care*, comme le soutient Carol Gilligan, institue une voix différente. Elle se présente comme la proposition d'une société plus à l'écoute des autres et soucieuse de l'attention qu'on porte aux autres, à la sollicitude. Le second aspect, beaucoup plus récent, est celui de la pandémie liée à la Covid-19. Cette pandémie a mis sur le devant de la scène les professionnels de l'« aide » et du soin. Elle a mis en lumière toutes ces personnes dont les missions sont souvent jugées comme étant peu décisives dans le fonctionnement du corps social. Mais cette pandémie a aussi permis de se rendre compte de l'extrême vulnérabilité de ce personnel, une vulnérabilité multidimensionnelle liée à la précarité de leurs emplois, à l'inadaptation de leurs horaires de travail, au manque de moyens mis à leur disposition dans l'accomplissement de leurs tâches, etc. C'est dans cette perspective que se situe notre analyse, celle de proposer un espace, celui de l'exercice de la *parrèsia* à l'intérieur du cadre d'accompagnement qui soit un espace de thérapie pour l'utilisateur/patient par la pratique courageuse du « dire-vrai », un espace de thérapie aussi pour les professionnels qui sont souvent eux-mêmes au cœur de certaines tensions qui affectent et impactent leurs agirs professionnels.

L'idée est de passer, comme le suggère Michel Foucault, par le « jeu parrésiasique ». Rappelons que pour lui le jeu parrésiasique à une fonction duale, courage de la vérité chez celui qui parle, mais aussi courage de l'interlocuteur qui accepte de recevoir comme vraie cette vérité à lui adresser. « Cette espèce de pacte, entre celui qui prend le risque de dire la vérité et celui qui accepte de l'entendre, est au cœur de ce qu'on pourrait appeler le jeu parrésiasique.[...]. La parrèsia est donc, en deux mots, le courage de la vérité chez celui qui parle et prend le risque de dire, en dépit de tout, toute la vérité qu'il pense, mais c'est aussi le courage de l'interlocuteur qui accepte de recevoir comme vraie la vérité blessante qu'il

entend »⁵⁹⁸. C'est un jeu qui doit s'opérer entre les différentes personnes impliquées dans cet échange. Un jeu de rôle et de position. Le professionnel est à l'écoute et disposé à accueillir la « vérité » de l'utilisateur/patient. Ce dernier par le courage de la *parrêsia* se risquant à tenir un discours du « *dire-vrai* », sur lui-même, et sur le professionnel dans ses postures, sa pratique, son attitude etc. Dans un mouvement rotatif, dans lequel l'utilisateur/patient se dispose, lui aussi, à écouter la *parrêsia* du professionnel sur ses consommations pathologiques, sur ses attitudes nocives pour sa santé et, finalement, sur son devoir de se reprendre en main, devoir de se reprendre en main qui est un devoir de vérité, une vérité sur lui-même. Le parrésiasse n'est parrésiasse que si sa parole s'engage et s'associe aux actes. Cet exercice de la *parrêsia* a l'avantage de ne pas laisser figé les positions entre les locuteurs en présence. Cette parole oblige et engage l'un et l'autre dans une dynamique de changement impulsée par la libération de la parole, de l'aveu. Il ne faut pas perdre de vue les fonctions salvatrices, libératrices et cathartiques, des mots et de la parole. C'est cette attitude à l'intérieur de la relation de confiance entre le médecin et son patient que nous avons pu retrouver dans un de nos entretiens :

« [...] *Je me suis dit ce n'est pas la solution. C'était un jeune avec qui on avait déjà installé une belle relation de confiance, je me suis dit, c'est mort je ne fais pas ça, j'ai dit ok, je vous laisse repartir et demain vous allez au CMP et je lui ai dit, "je vous fais confiance demain, ça va bien se passer". Et, ça a été ultra dur d'accepter ça mais je me suis dit qu'avec lui c'était la bonne solution à avoir. Et, effectivement, il n'a pas fait de conneries et il était au CMP le lendemain... »*

Entretien 13

Faire de la *parrêsia* un outil thérapeutique au service des usagers/patients et des professionnels, participe à redécouvrir les dimensions au fondement de l'éthique du *care* et du travail d'accompagnement dans le médico-social. Des dimensions de sincérité, d'implication, d'altruisme, d'humanité, d'engagement de soi, d'expressions de ses valeurs et de ses émotions, de médiation permanente entre la « vérité » qui est mienne et la vérité de l'autre dans la prise en compte de son intersubjectivité.

⁵⁹⁸ *Op. cit.*, Foucault, 2016.

Les espaces parrésiasiques à construire sont des espaces d'une « vérité négociée ». Xavier Bouchereau esquisse les postures possibles qui engagent la légitimité de la parole du professionnel dans cette relation avec la personne qu'il accompagne : *« Lieu d'élaboration et d'analyse des comportements d'autrui par excellence, la synthèse est le théâtre de jeux subjectifs complexes dans l'émergence d'un dire qui compte sur l'éducation. Malgré les efforts de mise à distance, les professionnels y font toujours l'expérience de l'impossible neutralité. Souvent souterraine, parfois bruyante, la friction des idées et des représentations y est ininterrompue, même quand elle se fait muette ou allusive. Les professionnels, partant de leur propre grammaire mentale, essaient de faire entendre leur petite voix sur ce qui, pour eux, fait référence. En un sens, chacun se rassure sur la valeur de ses croyances en s'efforçant d'en faire un élément du consensus. Et c'est naturellement, si je puis dire, qu'ils jouent des légitimités à leur portée pour convaincre. Bien entendu, la dynamique des acteurs résulte aussi des forces en présence. Les professionnels qui bénéficient d'une légitimité importante sont ainsi tentés d'agir sur un mode offensif qui, dans certains cas, vire aux logiques de persuasion sourdes aux désaccords. D'autres, moins armés, ou moins sûrs d'eux, tentent de préserver ce qu'il leur reste de vérité et de pouvoir par une position de retrait et même parfois de taisant, où ce qui n'est pas dit n'est pas contredit et donc est sauvé. Entre ces deux points limites de neutralisation du débat et de nécrose de la parole, entre les certitudes aboyeuses et les silences trompeurs, s'ouvre la possibilité du doute et du dissensus, une zone d'échanges et donc de turbulences où la vérité ne s'affiche pas mais où elle se discute, s'élabore, s'interroge, se modifie et s'enrichit des différences. »*⁵⁹⁹ Le jeu parrésiasique est au final un jeu de délivrance et d'insoumission à une vérité prédéfinie, à une vérité sophistique qui serait ignorante des récits de vie et des trajectoires individuelles inscrivant les individus dans une perception très personnelle de la vérité. C'est le « *dire-vrai* » énoncé à partir des réalités perçues par l'individu lui-même et de la signification qu'il en donne, qui a des vertus thérapeutiques et curatives, il soulage le corps et allège l'esprit.

Cependant les espaces parrésiasiques à construire doivent préalablement aménager l'environnement. La spatialité se doit d'être une spatialité de confiance, propice à l'expression de cette vérité. À l'instar des confessionnaires religieux, ces espaces doivent être des espaces de confession, de recueil et de sincérité absolue...

⁵⁹⁹ *Op. cit.*, Bouchereau, 2012, pp. 131-132.

Les dispositifs TAPAJ et l'équipe mobile Aller-Vers esquissent des prototypes de ces espaces qui autorisent le « jeu parrésiasique ». Il est envisageable de les rendre plus pertinents et plus efficaces en soumettant les usagers/patients dès leur entrée dans ces dispositifs, dans un univers où, leurs expériences de la maladie, de la vie, leurs savoirs et leurs « vérités » sont mis à contribution avec pour objectif de définir un protocole de soin centré sur ce qu'ils définissent comme « vérité ». Pour les professionnels, c'est aussi, comme nous l'avons souligné, un espace de contradiction, un espace de « vérité négociée », un espace de sollicitude, un espace qui met en avant cette économie morale de l'accompagnement médico-social bien avant toutes consignes managériales extérieures aux intérêts de l'accompagnement en cours.

C'est à partir de ce point de vue qu'on soulage les dissonances cognitives et des injonctions paradoxales souvent sources de souffrance, de *burn-out* et de démissions dans ces métiers du *care*. Le « jeu parrésiasique » comme thérapie duale vient, *in fine*, réconcilier le professionnel avec celui qu'il accompagne. Ce professionnel souvent en quête légitime de distance, un professionnel souvent jugé insensible face à la dimension humaine du malade et de l'utilisateur.

La *parrêsia* autorise les uns et les autres à oser se confier, à se livrer, à s'exposer et à se rencontrer. Ces espaces à construire et à aménager, s'insèrent dans la promotion d'une société du *care* qui est à l'écoute des autres, qui fait de la sollicitude le principe le plus important des relations entre les individus.

Conclusion partielle.

Nous avons voulu mettre en avant dans cette partie, l'utilité des émotions dans le travail du *care* en démontrant que les émotions ne sont pas toujours hors du champ de la raison, qu'elles sont parfois le moteur de cette raison.

Avec Antonio Damasio, Aurélie Jeantet, Sabine Fortino ou encore Arlie Hochschild avec le travail émotionnel, nous avons vu que, malgré l'importance de l'ordre intellectuel, la dimension émotive dans la création, dans le travail et sa production, était une dimension décisive au même titre que la dimension rationnelle. Cela suggère qu'une personne dépourvue d'émotions ne dispose d'aucun système d'alerte, d'aucune indication sur la signification personnelle d'une réalité.

Nous avons, en outre, souligné le lien qui existe et qui se maintient entre la socialisation émotionnelle et la construction des économies morales liées au médico-social. Cette perspective affectuelle de l'action nous a aussi permis de convoquer une philosophie africaine l'*Ubuntu* qui à l'instar de la philosophie du *care*, est une rationalité de la réciprocité. Cette philosophie égrène, par sa dimension pratique, un exercice de notre rapport aux autres, comme d'un rapport supérieur à tout autre principe : *Je ne suis que parce que tu es*. Mais la dimension affectuelle ne se cantonne pas uniquement dans l'analyse du *care*, de l'*Ubuntu* ou encore de l'idée d'une économie morale de l'accompagnement médico-social. Elle cherche aussi à construire, avec l'exercice du « *dire-vrai* », des espaces de vérité, par la pratique de la *parrêsia*.

Nous avons rappelé, qu'avec Michel Foucault, la *parrêsia* était synonyme de « franchise », « tout-dire », « dire-vrai sur soi-même », et que dans la relation que partagent le professionnel et l'accompagné, un « jeu parrésiasique » pouvait être mis à contribution dans un objectif thérapeutique dual : répondre au protocole curatif de l'utilisateur/patient et dans le même mouvement, agir par prophylaxie pour soulager les souffrances et les tensions du professionnel. Les vertus des pratiques narratives en médecine sont démontrées, le soin passe souvent par les mots et par la parole. La proposition de construire ces espaces parrésiasiques à l'intérieur de la relation affectuelle que partagent l'accompagné et l'accompagnant, participe aussi à inscrire les pratiques médico-sociales

dans une dimension humanisante plus forte, avec l'idée de construire des sociétés du *care*, des sociétés plus soucieuses et plus attentives à la détresse des individus.

CONCLUSION GÉNÉRALE

L'idée de notre travail est de contribuer à une réflexion générale sur l'agir des individus dans les organisations de travail et principalement à l'intérieur de l'espace de l'accompagnement médico-social. Qu'est-ce qui motive, implique et engage l'individu à agir dans le cadre de son travail ? Pourquoi certaines pratiques sont produites et pas d'autres ? L'habileté et la rationalité du management, sont-elles les seuls moteurs de cet agir ? Est-il possible de penser cette production de pratiques professionnelles à l'intérieur d'une communauté de valeurs, d'une mentalité spécifique, d'un univers professionnel baigné par les sentiments, les émotions et les affects ? Quelle est la part de l'éthique du *care* dans la construction des économies morales liées au médico-social ? Quelles reliances et quelles résonances entre *care* et *Ubuntu* ? En quoi l'éthique narrative pense-t-elle de nouvelles dimensions du soin ? Que peut, *in fine*, la *parrèsia* dans l'institution d'une société de l'attention et de la sollicitude ? Toutes ces questions ont constitué une trame de fond, un fil conducteur au travers duquel nous avons constitué notre argumentaire.

Notre travail se structure en trois principales parties. Ce découpage correspond à une nécessité méthodologique d'inscrire notre analyse dans le prolongement de la conception wébérienne de l'action individuelle. Max Weber distingue trois pôles dans la typologie qu'il donne de l'action individuelle, l'action traditionnelle, l'action affective et l'action rationnelle se subdivisant elle-même en deux modèles à savoir, l'action rationnelle par finalité et l'action rationnelle par valeurs. Notre démarche a écarté l'action traditionnelle en se contentant de structurer notre travail en trois parties.

Une première partie a convoqué la dimension rationnelle par finalité en mettant en lumière les objectifs politiques de construction des dispositifs comme TAPAJ et l'équipe mobile Aller-Vers, surtout, de leur pérennisation avec comme exemple l'inscription de TAPAJ dans la stratégie nationale de lutte contre la pauvreté et son affiliation à la MILDECA. L'idée de cette partie, après un aspect descriptif des modalités de fonctionnement de ces dispositifs, était d'essayer de montrer que leur construction n'est pas neutre politiquement. Ce sont des émanations d'une volonté « intéressée » de se montrer soucieux d'une certaine catégorie de population souvent à la marge de la société. Et c'est le principal argument qui fait de ces dispositifs non pas des dispositifs d'insertion, une réinsertion essentiellement prescriptive, mais inéluctablement, des dispositifs de réintégration sociale. Ces dispositifs s'inscrivent, par ce fait, dans un but politique et dans des finalités prédéfinies.

La deuxième partie de notre travail se donnait pour ambition d'éprouver notre hypothèse première, celle de l'existence et de la circulation d'une économie morale de l'accompagnement médico-social, portée par les professionnels intervenant dans les deux dispositifs étudiés. Elle appréhendait, de ce fait, la conception de Max Weber sur le modèle d'action individuelle par une rationalité en valeurs. Notre partie a été de situer notre analyse à partir d'une conception de la réussite sociale pour déceler et analyser cette économie morale à l'aide des entretiens avec les professionnels, des observations *in situ* et des VAD. Ces analyses ont fait ressortir certaines valeurs partagées et des indicateurs d'une conscience commune à tous les professionnels, indicateurs personnels liés à une certaine socialisation et indicateurs professionnels eux aussi liés à une « socialisation émotionnelle » qui actait la présence d'un agir spécifique à l'accompagnement médico-social. C'est donc cette perception de la réussite qui autorise la démonstration de l'existence, de la transmission et de la circulation d'une économie morale, saisie et appréhendée ici comme une « communauté de valeurs » et comme « une mentalité particulière » à l'accompagnement médico-social. Les traits de cette économie morale de l'accompagnement médico-social se diffusent grâce à une philosophie, une éthique, qui propose une voix différente : la philosophie et l'éthique du *care*. Le *care* est un processus qui part du *caring about*, se soucier de..., en passant par le *taking care of*, le *care giving* et qui s'achève par le *care receiving*. Les valeurs ont, de ce fait, une place déterminante et décisive dans les pratiques des individus et dans l'espace du *care*. Les professionnels s'engagent et s'impliquent principalement dans le soin à cause des valeurs d'altruisme et d'humanité qu'ils portent. Il n'y a pas, comme le suggère De Keverno, de travail social,

de travail dans le socio-médical sans une implication, sans un engagement de soi-même dans un *dasein* authentique. C'est cet engagement et cette implication soutenue par l'éthique du *care* qui vont sous-tendre et faire circuler l'économie morale de l'accompagnement médico-social en orientant les postures et les pratiques d'accompagnement et en développant le pouvoir d'agir des accompagnés dans l'objectif de leur rendre leur dignité.

L'ultime partie de notre contribution, dans une mise en avant de la dimension affective du modèle de l'action de Weber, souligne le caractère décisif et l'utilité des émotions dans l'accompagnement médico-social et dans le *care*. Cette partie envisage d'inscrire l'agir des individus à côté de l'ordre rationnel et intellect, l'univers émotionnel comme un ordre important et, surtout, de désinscrire le travail dans une dimension a-émotionnelle. Les émotions ne sont pas irrationnelles...

Notre travail, dans son ensemble, participe et s'intègre dans une réflexion générale sur la réhabilitation des émotions dans les sciences sociales. La dimension affectuelle impose aussi un dialogue entre les cultures et les philosophies de la sollicitude dans cet écoumène que tous les hommes se partagent. L'interculturalité avec la philosophie de l'*Ubuntu* inscrit, de ce fait, la sollicitude comme un humanisme de notre temps, parce qu'elle donne un sens humain à la mondialisation. L'*Ubuntu* comme le *care* envisagent le souci de l'autre comme une « rationalité de la réciprocité », dans les sociétés modernes qui ne pensent la rationalité que depuis la rive du capitalisme et de l'économie. L'interculturalité est un outil pour penser un humanisme de notre temps, un humanisme nouveau parce que les individus sont les mêmes partout et que leurs dépendances et leurs interdépendances sont liées à la vulnérabilité ontologique qu'ils partagent.

Notre travail s'achève sur une proposition, celle de l'aménagement des espaces du *dire-vrai sur-soi-même*, des espaces de pratique de la *parrêsia* dans un double objectif : celui de soigner l'accompagné par l'éthique narrative et celui de soulager et de soutenir les tensions et les souffrances de l'accompagnant. Car c'est en impliquant le soignant et le soigné que le soin s'humanise, qu'il parle réciproquement au professionnel et à l'utilisateur/patient. Cynthia Fleury parle de « ré enchanter le soin », cette perspective critique de notre approche de la santé, une approche devenue utilitaire, elle suggère une reconquête éthique de notre rapport au soin pour aspirer à plus d'humanité et faire davantage société.

« Il faut dès lors se soucier de rendre "capacitaires" les individus, c'est-à-dire de leur redonner aptitude et souveraineté dans ce qu'ils sont ; comprendre que la vulnérabilité est liée à l'autonomie, qu'elle la densifie, qu'elle la rend viable, humaine ; travailler à faire que cette vulnérabilité soit pour autant la moins irréversible possible. »⁶⁰⁰ Le soin est un humanisme. Les espaces parrésiasitiques permettent de jouer un rôle thérapeutique pour le professionnel. Le processus du *care* passe par le *caring about*, passe après par le *taking care of*, le *care giving*, pour finir par le *care receiving* (recevoir à son tour le soin). Pour Joan Tronto, le bon *care* est celui qui franchit toutes les étapes de ce processus, un *care* qui n'exclut jamais la personne qui prodigue le soin comme potentiel bénéficiaire du soin. Le *care* place une dynamique qui, à son terme, permet aussi la prise en charge de la personne qui donne ce soin.

Comme il a été souligné précédemment, l'ambition de ce travail s'insérait dans une réflexion générale sur l'agir et sur la signification que les individus donnent à leurs pratiques professionnelles. Le médico-social, longtemps envisagé comme un espace vocationnel, est traversé par des économies morales comme celles de l'accompagnement médico-social qui inscrivent les pratiques individuelles dans des valeurs, des postures, des éthiques et des philosophies, qui mettent en avant le souci des autres. Les sociétés modernes devraient plus que jamais militer, par des politiques plus attentives à la détresse des autres, pour la venue d'une société où la relation aux autres est aussi importante que l'économie. La pandémie de la Covid-19 a été un rappel de l'importance de souscrire à ces philosophies de la sollicitude.

Nous ne nions pas la modestie de notre travail face à l'ampleur des multiples questionnements soulevés et qui, ici, n'ont pas été approfondis avec, notamment, cette question de l'économie morale observée par exemple, non plus, à partir d'une perception de la réussite sociale, mais peut-être à partir du genre, les métiers du médico-social étant majoritairement occupés par des femmes⁶⁰¹. Peut-il y avoir une mentalité « féminine », un rapport très « maternel » et très « féminisé » face à la souffrance et, donc, une « naturalité »

⁶⁰⁰ Fleury Cynthia (2019), *Le soin est un humanisme*, Paris, Gallimard, p. 7.

⁶⁰¹ Bayer Véronique (2013), « Les cadres dans le travail social : le déni du genre », in Amistani Carole (dir.), *Chef de service dans le secteur social et médico-social. Enjeux, rôles et stratégies d'encadrement*. Dunod, 2013, pp. 113-128.

à procurer le soin, à s'occuper des autres⁶⁰². Nous aurions pu, par ailleurs, compléter notre analyse en approfondissant un peu plus ce dialogue interculturel entre les différentes philosophies notamment, celle de l'*Ubuntu* qui se pose, à l'instar, du *care*, comme une philosophie du soin, de la sollicitude et de « l'humanisation » du lien avec les autres. Mais, à défaut, l'espoir demeure dans la perspective que ce travail permettra à d'autres études futures d'approfondir les thèmes qui n'ont pas été suffisamment développés ici.

Enfin, notre thèse pourrait s'ouvrir sur la question de la place de l'« humain » de l'efficacité de son agir dans les organisations de travail post-Covid 19. Dans un monde médical sans cesse marqué par les progrès technologiques et robotiques, quelle place pour les émotions ? *Quid* des affects ? Des valeurs ? Des économies morales ? Pourrions-nous toujours envisager une économie morale dans une organisation robotisée en majorité ? Les émotions dans le *care*, souligne Aurélie Jeantet, sont une forme d'indicateurs et d'alarme pour différencier et définir ce qui est juste de ce qui est injuste, ce qui est légal et illégal... le vivable de l'invivable.

⁶⁰² Les sources du *care* sont « féminines », portées par des voix féministes.

BIBLIOGRAPHIE

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

OUVRAGES

- Abbott Andrew (1999), *Department and Discipline: Chicago Sociology at One Hundred*, Chicago, The University of Chicago Press.
- Abric Jean-Claude (1999), *Psychologie de la communication. Théories et méthodes*, Paris, Armand.
- Anderson Benedict (1996), *L'imaginaire national. Réflexions sur l'origine et l'essor du nationalisme*, Paris, La Découverte.
- Anselm Strauss (1992), *La trame de la négociation. Sociologie qualitative et interactionnisme*, Paris, L'Harmattan (1^{ère} éd. : 1985).
- Arborio Anne-Marie (2001), *Un personnel invisible. Les aides-soignantes à l'hôpital*, Paris, Anthropos.
- Arendt Hannah (1983), *La condition de l'homme moderne*, Paris, Agora (1^{ère} éd. : 1958).
- Arveiller Jean-Paul, Mercuel Alain, (2012), *Santé mentale et précarité. Aller vers et rétablir*, Paris, Lavoisier.
- Aubry Martine & 50 chercheurs et citoyens (2011), *Pour changer de civilisation*, Paris, Odile Jacob.
- Baraquin Noëlla, Laffitte Jacqueline (2020), *Dictionnaire des philosophes*, Paris, Armand Colin (1^{ère} éd. : 1997).
- Baudelot Christian, Gollac Michel (dir.) (2003), *Travailler pour être heureux ? Le bonheur et le travail en France*, Paris, Fayard.
- Baudrillard Jean (1982), *À l'ombre des majorités silencieuses*, Paris, Denoël/Gonthier.
- Baumann Zygmunt (2007), *Le présent liquide, peurs sociales et obsessions sécuritaires*, Paris, Seuil.
- Becker Howard (1985), *Outsiders*, Paris, Métailié (1^{ère} éd. : 1963).
- Berger Peter, Luckmann Thomas (1992), *La construction sociale de la réalité*, Paris, Armand-Colin (1^{ère} éd. : 1966).
- Bernard Julien (2017), *La concurrence des sentiments. Une sociologie des émotions*, Paris, Métailié.

- Besnard Philippe (1987), *L'anomie*, Paris, PUF.
- Bierce Ambrose (2006), *Le dictionnaire du diable*, Paris, Libro.
- Boltanski Luc, Chiapello Eve (1999), *Le nouvel esprit du capitalisme*, Paris, Gallimard.
- Bonah Christian et al. (2021), *Médecine, santé et sciences humaines*, Paris, Les Belles Lettres.
- Bonnet Thomas (2020), *La régulation sociale du risque émotionnel au travail*, Toulouse, Octarès éditions.
- Bouchereau Xavier (2012), *Les non-dits du travail social, pratiques, polémiques, éthique*, Paris, Dunod.
- Bouquet Brigitte (2017), *Éthique et travail social. Une recherche du sens*, Paris, Dunod.
- Bourdieu Pierre, Wacquant Loïc (1992), *Réponses*, Paris, Seuil.
- Bréchon Pierre, Gonthier Frédéric (2014), *Les valeurs des Européens*, Paris, Armand Colin.
- Bresson Maryse (2015), *Sociologie de la précarité*, Paris, Armand Colin.
- Brugère Fabienne (2017), *L'éthique du « care »*, Paris, PUF.
- Bruner Jérôme (2002), *Pourquoi nous racontons-nous des histoires ?* Paris, Retz.
- Burnay Nathalie (2021), *Sociologie des émotions*, Louvain-La-Neuve, Deboeck.
- Butler Judith, Worms Frédéric (2021), *Le vivable et l'invivable*, Paris, PUF.
- Camberlein Philippe (2011), *Le dispositif de l'action sociale et médico-sociale en France*, Paris, Dunod.
- Canguilhem Georges (2013), *Le normal et le pathologique*, Paris, PUF (1^{ère} éd : 1966).
- Castel Robert (1995), *Les métamorphoses de la question sociale*, Paris, Gallimard.
- Chapoulie Jean-Michel (2001), *La tradition sociologique de Chicago, 1892-1961*, Paris, Seuil.
- Charon Rita (2006), *Narrative Medicine. Honoring the Stories of Illness*, New-York, Oxford University Press.
- Chartier Émile dit "Alain" (1998), *Entretiens au bord de la mer*, Paris, Gallimard.
- Chavaroche Philippe (2017), *Dictionnaire critique de l'accompagnement médico-social des personnes handicapées mentales*, Toulouse, Érès.
- Chevalier Louis (1978), *Classes laborieuses et classes dangereuses*, Paris, Hachette.
- Cingolani Patrick (2005), *La précarité*, Paris, PUF.
- Clot Yves (2015), *Le travail à cœur. Pour en finir avec les risques psychosociaux*, Paris, Crozier Michel, Friedberg Erhard (1977), *L'Acteur et le système*, Paris, Seuil.
- Damasio Antonio (2006), *L'erreur de Descartes, la raison des émotions*, Paris, Odile Jacob
- Damasio Antonio (2017), *L'ordre étrange des choses. La vie, les sentiments et la fabrique de la culture*, Paris, Odile Jacob.
- Dejours Christophe (2015), *Le travail, usure mentale*, Paris, Bayard (1^{ère} éd. : 1980).

- De Gaulejac Vincent (2015), *Les sources de la honte*, Paris, Seuil.
- De Gaulejac Vincent (2015), *Travail, les raisons de la colère*, Paris, Points.
- De Gaulejac Vincent, Taboada-Leonetti Isabel (1994), *La lutte des places*, Paris, DDB.
- De Robertis Cristina (2014), *L'intervention sociale d'aide à la personne*, Rennes, Presses de L'EHESP.
- De Robertis Cristina (dir.) (2022), *L'intervention sociale d'intérêt collectif de la personne au territoire*, Rennes, Presses de l'EHESP.
- De Singly François (2003), *Les uns avec les autres. Quand l'individualisme crée du lien*, Paris, Armand Colin.
- De Singly François (dir.) (2001), *Être soi parmi les autres*, tome 1, *Famille et individualisation*, Paris, L'Harmattan.
- Diabaté Touré Ténin (2015), *La réussite sociale : une mission personnelle. Leçons pour une renaissance africaine par les valeurs*, Abidjan, L'Harmattan Côte d'Ivoire.
- Dollo Christine (dir) (2020), *Lexique de sociologie*, Paris, Dalloz (1^{ère} éd. : 2005).
- Dorlin Elsa (2017), *Se défendre. Une philosophie de la violence*, Paris, Zones.
- Dortier Jean-François (dir) (2013), *Le dictionnaire des sciences sociales*, Auxerre, Sciences Humaines.
- Dubet François (1994), *Sociologie de l'expérience*, Paris, Seuil.
- Dumont Louis (1966), *L'homo hierarchicus*, Paris, Gallimard.
- Dumont Louis (1985), *L'homo aequalis*, Paris, Gallimard.
- Durkheim Émile (2013), *Le suicide, étude sociologique*, Paris, PUF (1^{ère} éd. : 1897).
- Durual Arlette (2017), *Petites histoires de travail social*, Toulouse. Érès.
- Duvoux Nicolas (2009), *L'autonomie des assistés*, Paris, PUF.
- Duvoux Nicolas (2009), *L'autonomie des assistés. Sociologie des politiques d'insertion*, Paris, PUF.
- Duvoux Nicolas (2012), *Le nouvel âge de la solidarité. Pauvreté, précarité et politiques publiques*, Paris, Seuil.
- Duvoux Nicolas, Paugam Serge (2008), *La régulation des pauvres*, Paris, PUF.
- Ehrenberg Alain (1998), *La fatigue d'être soi*, Paris, Odile Jacob.
- Ehrenberg Alain, (1995), *L'individu incertain*, Paris, Calmann-Lévy.
- Élias Norbert (1973), *La civilisation des mœurs*, Paris, Calmann-Lévy (1^{ère} éd. : 1939).
- Elias Norbert (1991), *La société des individus*, Paris, Fayard.
- Fabiani Jean-Louis (2021), *La Sociologie - Histoire, idées et courants*. Auxerre, Sciences Humaines Éditions.

- Fenouillet Fabien (2017), *La motivation*. Paris, Dunod.
- Ferrand-Bechmann Dan (2005), *Les bénévoles et leurs associations : autres réalités, autre sociologie ?* Paris, L'Harmattan.
- Ferry Luc (2002), *Qu'est-ce qu'une vie réussie ?* Paris, Grasset.
- Fillieule Olivier et al (2020), *Dictionnaire des mouvement sociaux*, Paris, Presses de Sciences Po.
- Fleury Cynthia (2019), *Le soin est un humanisme*, Paris, Gallimard.
- Fleury Cynthia (2023), *La clinique de la dignité*, Paris, Seuil.
- Foucault Michel (1963), *Naissance de la clinique. Archéologie du regard médical*, Paris, PUF.
- Foucault Michel (2016), *Discours et vérité. Précédé de La parrésia*, Paris, VRIN.
- Fouliard Jeremy (2022), *L'exclusion sociale : Reconstruire les communs*, Paris, Bréal.
- Fraser Nancy (2011), *Qu'est-ce que la justice sociale ? Reconnaissance et redistribution*, Paris, La Découverte.
- Gellner Ernest (1989), *Nation et nationalisme*, Paris, Payot.
- Gilligan Carol (1982), *In a Different Voice*, Cambridge Mass, Harvard University Press.
- Gilligan Carol (2008), *Une voix différente*, Paris, Flammarion (Pour la traduction française).
- Gineste Yves, Pellissier Jérôme (2019), *Humanitude. Comprendre la vieillesse, prendre soin des hommes vieux*, Paris, Dunod.
- Girard Alain (1967), *La réussite sociale en France*, Paris, PUF.
- Glaser Barney, Strauss Anselm (1965), *Awareness of dying*, London, Weidenfeld and Nicolson.
- Godelier Maurice (2019), *Fondamentaux de la vie sociale*, Paris, CNRS Éditions.
- Goffman Erving (1968), *Asiles, Études sur la condition sociale des malades mentaux*, Paris, Minuit.
- Goffman Erving (1973), *La mise en scène de la vie quotidienne*, Paris, Minuit.
- Goffman Erving (1974), *Les rites d'interaction*, Paris, Minuit.
- Goffman Erving (1975), *Stigmaté*, Paris, Minuit (1^{ère} éd. : 1963).
- Gouldner Ward Alvin (1970), *The Coming Crisis of Western Sociology*, New-York, Avon Books.
- Habermas Jürgen (2014), *L'intégration républicaine. Essai de théorie politique*, Paris, Pluriel.
- Haraway Donna (2020), *Vivre avec le trouble*, Vaulx-en-Velin, Éditions des mondes à faire.
- Heidegger Martin (1927), *Être et Temps*, Paris, Gallimard.
- Herlitch Claudine, Pierret Janine (1984), *Malades d'hier, malades d'aujourd'hui*, Paris, Payot.
- Herzberg Frederick (1971), *Le travail et la nature de l'homme*, Paris, EME.

- Herzberg Frederik et al (1957), *Job attitudes: Review of research and opinion*, Pittsburgh, Psychological Service of Pittsburgh.
- Herzberg Frederik et al (1959), *The motivation to work*, New York, John Wiley.
- Herzlich Claudine, Adam Philippe (2007), *Sociologie de la maladie et de la médecine*, Paris, Armand Colin.
- Hobsbawm Eric (1992), *Nations et nationalisme depuis 1780*, Paris, Gallimard (1^{ère} éd. : 2013).
- Hochschild Arlie (2017), *Le prix des sentiments, au cœur du travail émotionnel*, Paris, La Découverte (1^{ère} éd. : 1983).
- Hoggart Richard (1970), *La culture du pauvre*, Paris, Minuit.
- Honneth Axel (2013), *La lutte pour la reconnaissance*, Paris, Gallimard (1^{ère} éd. : 1992).
- Hughes Everett C. (1996), *Le Regard sociologique*, Paris, Éd. EHESS.
- Hugo Victor (1862), *Les Misérables*, Paris, Albert Lacroix.
- Illich Ivan (1974), *Némésis médicale, l'expropriation de la santé*, London, Calder & Boyars.
- Illouz Eva (2020), *La fin de l'amour. Enquête sur un désarroi contemporain*, Paris, Seuil.
- Illouz Eva (2022), *Les émotions contre la démocratie*, Paris, Premier Parallèle.
- Ion Jacques (2001), *L'engagement au pluriel*, Saint Etienne, Université de Saint-Etienne.
- Ion Jacques (2012), *S'engager dans une société d'individus*, Paris, Armand colin.
- Jeanet Aurélie (2018), *Les Émotions au travail*, Paris, CNRS Éditions.
- Jouffray Claire (2018), *Développement du pouvoir d'agir des personnes et des collectifs, une nouvelle approche de l'intervention sociale*, Rennes, Presses de l'EHESSP.
- Jovelin Emmanuel (1999), *Devenir travailleur social aujourd'hui : vocation ou repli ?* Paris, L'Harmattan.
- Kaplan Daniels Arlene (1988), *Invisible Careers: Women Civic Leaders from the Volunteer*, Chicago, University of Chicago Press.
- Karsz Saül (dir) (2000), *L'exclusion, définir pour en finir*, Paris, Dunod (1^{ère} éd. : 2000).
- Karsz Saül (dir) (2013), *L'exclusion, définir pour en finir*, Malakoff, Dunod.
- Kaufmann Jean-Claude (2001), *Ego. Pour une sociologie de l'individu*, Paris, Nathan.
- Kaufmann Laurence, Quéré Louis (dir.) (2020), *Les émotions collectives. En quête d'un « objet » impossible*, Paris, EHESS.
- Kérimel de Kerveno Éric (2018), *Travail social... Le grand malentendu*, Nîmes, Champ social.
- Kérimel de Kerveno Éric (2019), *Posture et travail social. Valeurs, pratiques et conditions*, Nîmes, Champ Social.
- Koenig Gaspard (2019), *La fin de l'individu Voyage d'un philosophe au pays de l'intelligence artificielle*, Paris, L'observatoire.

- Lahire Bernard (1998), *L'homme pluriel. Les ressort de l'action*, Paris, Nathan.
- Lahire Bernard (2019), *Dans les plis les plus singuliers du social*, Paris, La découverte
- Landier Augustin, Thesmar David (2021), *Le prix de nos valeurs*, Paris, Flammarion.
- Lapeyronnie Didier, Courtois Laurent (2008), *Ghetto urbain, ségrégation, violence, pauvreté en France aujourd'hui*, Laffont, Paris.
- Le Bossé Yann (2012), *Sortir de l'impuissance : invitation à soutenir le développement du pouvoir d'agir des personnes et des collectivités*, Québec, Ardis.
- Le Bossé Yann (2016), *Soutenir sans prescrire*, Québec, Ardis.
- Le Bossé Yann (2017), *Sortir de l'impuissance*, Québec, Ardis.
- Le Breton David (2004), *Les passions ordinaires. Anthropologie des émotions*, Paris, Payot.
- Lhuillier Dominique (2007), *Les cliniques du travail*, Toulouse, Érès.
- Lima Léa (2015), *Pauvres jeunes, enquête au cœur de la politique sociale de la jeunesse*, Nîmes, Champs Social.
- Linhart Danièle (2015), *La comédie humaine du travail. De la déshumanisation taylorienne à la sur-humanisation managériale*, Paris, Érès.
- Lipovetsky Gilles (1983), *l'Ère du vide, essai sur l'individualisme contemporain*, Paris, Gallimard.
- Lipovetsky Gilles, Charles Sébastien (2004), *Les temps hypermodernes*, Paris, Grasset.
- Llored René (2018), *Sociologie. Théories et analyses*, Paris, Ellipses.
- Lordon Frédéric (2013), *La société des affects*, Paris, Seuil.
- Löwy Michael (2013), *La cage d'acier : Max Weber et le marxisme wébérien*, Paris, Stock.
- Maffesoli Michel (1988), *Le temps des tribus. Le déclin de l'individualisme dans les sociétés de masse*, Paris, Méridiens Klincksieck.
- Maffesoli Michel (2002), *La transfiguration du politique. La tribalisation du monde postmoderne*. Paris, Table ronde.
- Martuccelli Danilo (2017), *La condition sociale moderne. L'avenir d'une inquiétude*, Paris, Gallimard.
- Massé Raymond, Saint-Arnaud Jocelyne (2003), *Éthique et santé publique : enjeux, valeurs, et normativité*, Québec, Presses Université Laval.
- Maurin Éric (2002), *L'égalité des possibles*, Paris, Seuil.
- Maurin Éric (2009), *La peur du déclassement : une sociologie des récessions*, Paris, Seuil.
- Maurin Éric (2015), *La fabrique du conformisme*, Paris, Seuil.
- Mead Georges Herbert (2006), *L'esprit, le soi et la société*, Paris, PUF (1^{ère} éd. : 1934).
- Méda Dominique (1995), *Le travail, une valeur en voie de disparition*, Paris, Aubier.

- Molinier Pascale (2013), *Le travail du care*, Paris, La Dispute.
- Molinier Pascale (2018), *Le care monde*, Lyon, Éditions ENS.
- Murdoch Iris (1994), *La souveraineté du bien*, Paris, Éditions L'éclat (1^{ère} éd. : 1970).
- Ngomane Mungi (2022), *Ubuntu, Je suis car tu es. Leçons de sagesse africaine*, New-York, Harper Collins (Traduit de l'anglais (Sud-africain) par Chloé Royer).
- Olson Mancur (1978), *Logique de l'action collective*, Paris, PUF (1^{ère} éd. : 1965).
- Osty Florence (2003), *Le désir de métier. Engagement, identité et reconnaissance au travail*, Rennes, PUR.
- Otero Marcelo (2003), *Les règles de l'individualité contemporaine. Santé mentale et société*, Québec, Les Presses de l'Université Laval.
- Ott Laurent, Rullac Stéphane (2010), *Dictionnaire pratique du travail social*, Paris, Dunod.
- Pagès Max (1986), *Trace ou sens, le système émotionnel*, Paris, Hommes et Groupes.
- Papon Louis-Georges (2015), *Psychanalyse et travail social, un certain cousinage*, Toulouse, Érès.
- Parmentier Françoise (dir) (2017), *Le care une nouvelle approche de la sollicitude ?*, Paris, Artège Lethiellieux.
- Paugam Serge (1991), *La disqualification sociale. Essai sur la nouvelle pauvreté*, Paris, PUF.
- Paugam Serge (2009), *Le lien social*, Paris, PUF.
- Paugam Serge, Duvoux Nicolas (2008), *La régulation des pauvres*, Paris, PUF.
- Peneff Jean (1992), *L'hôpital en urgence*, Paris, Métailié.
- Ramaux Christophe (2012), *L'État social. Pour sortir du chaos néolibéral*, Paris, Mille et une nuits.
- Revel Judith (2002), *Le vocabulaire de Foucault*, Paris, Ellipses.
- Ricœur Paul (1985), *Temps et récit*, Paris, Seuil (1^{ère} éd. : 1983).
- Ricœur Paul (1990), *Soi-même comme un autre*, Paris, Seuil.
- Ricœur Paul (2002), *Le juste 2*, Paris, Seuil.
- Rifkin Jeremy (1994), *La fin du travail*, Paris, La Découverte.
- Rimé Bernard.(2009), *Le partage social des émotions*, Paris, PUF.
- Rocher Guy (1970), *Introduction à la sociologie*, Paris, Seuil.
- Rosanvallon Pierre (1981), *La crise de l'État providence*, Paris, Seuil.
- Rosanvallon Pierre (2006), *La contre-démocratie, la politique à l'âge de la défiance*, Paris, Seuil.
- Rosanvallon Pierre (2015), *La Nouvelle Question sociale. Repenser l'État-Providence*, Paris, Seuil.

- Rouzel Joseph (2009), *Le travail social est un acte de résistance*, Paris, Dunod.
- Sauvy Alfred (1980), *La machine du chômage*, Paris, Dunod.
- Schnapper Dominique (1981), *L'épreuve du chômage*, Paris, Gallimard.
- Sen Amarty (2010), *L'idée de justice*, Paris, Flammarion.
- Talcott Parsons (1951), *The Social System*, New York, Free Press.
- Thévenot Laurent (2006), *L'action au pluriel. Sociologie des régimes d'engagement*, Paris, La Découverte.
- Thomas William, Znaniecki Florian (1958), *The polish peasant in Europe and America*, New York, Dover.
- Thompson Edward Palmer (1980), *The Making of the English Working Class*, Harmondsworth, Penguin Books (1^{ère} éd.: 1963).
- Touraine Alain (1997), *Pourrons-nous vivre ensemble ? Égaux et différents*, Paris, Fayard.
- Tremblay Diane-Gabrielle (dir.) (2020), *Le travail à l'épreuve des nouvelles temporalités*, Québec. Presses de l'Université du Québec.
- Tronto Joan (2009), *Un monde vulnérable, pour une politique du care*, Paris, La Découverte.
- Tronto Joan et al (2013), *Contre l'indifférence des privilégiés. À quoi sert le care*, Paris, Payot.
- Vexliard André (1998), *Le clochard*, Paris, Éditions Desclée de Brouwer (1^{ère} éd. : 1957).
- Von Goethe Johann Wolfgang (1810), *Les affinités électives*, Paris, S.-C. L'Huillier.
- Weber Max (1904), *L'éthique protestante et l'esprit du capitalisme*, Paris, Plon.
- Weber Max (1922), *Wirtschaft und Gesellschaft*, Tübingen, Mohr. (Ouvrage posthume de Max Weber publié en France chez Agora en 2 tomes sous la traduction de : *Économie et société*).
- Wolff Francis (2019), *Plaidoyer pour l'universel*, Paris, Fayard.
- Worms Frédéric (2010), *Le moment du soin. À quoi tenons-nous ?* Paris, PUF.

ARTICLES ET CHAPITRES D'OUVRAGES

- Alla François (2016), « 3. Les déterminants de la santé », in Bourdillon François (dir), *Traité de santé publique*, Cachan, Lavoisier, pp. 15-18.
- Alwang Jeffrey et al (2001), « *Vulnerability: A view from different disciplines, Social, Protection.* », Discussion Paper 0115, Washington, The World Bank.
- Arrien Sophie-Jahn (2017), « Ricœur et l'identité narrative », *Le Point*. [Article publié en ligne le 21/07/2017 sur le site internet du magazine français *Le Point*. Disponible à l'adresse

(https://www.lepoint.fr/philosophie/Ricœur-et-l-identite-narrative-21-07-2017-2144946_3963.php#11), Consulté le 08 Mai 2023.]

Bayer Véronique (2013), « Les cadres dans le travail social : le déni du genre », in Amistani Carole (dir.) (2013), *Chef de service dans le secteur social et médico-social. Enjeux, rôles et stratégies d'encadrement*, Paris, Dunod, pp. 113-128.

Beauchet Anthony, Morel Alain (2015), « 47. Réduction des risques », in Morel Alain (dir.), *Addictologie. En 49 notions*, Paris, Dunod, pp. 532-542.

Bernard Julien (2015), « Les voies d'approche des émotions : Enjeu de définition et catégorisations », *Terrains/Théories*, n° 2. [En ligne, Consulté le 05 Avril 2023, disponible à l'adresse <https://doi.org/10.4000/teth.196>]

Bernard Valérie, Le Bossé Yann, (2006), « Le développement du pouvoir d'agir des personnes et des collectivités : de son expérimentation à son enseignement », *Les Sciences de l'éducation - Pour l'Ère nouvelle*, vol. 39, n° 3, pp. 87-100.

Bodin Romuald (2009), « Les signes de l'élection. Repérer et vérifier la conformation des dispositions professionnelles des élèves éducateurs spécialisés », *Actes de la recherche en sciences sociales*, n° 178, pp. 80-87.

Bouchereau Xavier (2012), « Conclusion. Pour une éthique de l'implication », in Bouchereau Xavier (dir.), *Les non-dits du travail social. Pratiques, polémiques, éthique*, Toulouse, Érès, Bourdieu Pierre (1982), « Le découvreur de l'infiniment petit », *Le Monde*, jeudi 4 décembre.

Boyer Charles (2016), « Foucault : « L'homme, en Occident, est devenu une bête d'aveu », *L'Enseignement philosophique*, vol. 66a, n° 3, pp. 27-32.

Bréchon Pierre (2002), « Les individualismes en Europe », *Projet*, n° 271, pp. 54-63.

Brugère Fabienne (2009), « Pour une théorie générale du care », *La vie des idées*, [Disponible en ligne à l'adresse : <https://laviedesidees.fr/Pour-une-theorie-generale-du-care.html>. Consulté le 23 Mars 2023]

Cabanel Guy-Pierre (2002), « Entre exclusion et réinsertion », *Revue Projet*, vol. 269, n° 1,

Castel Robert (2005), « Devenir de l'État-Providence et travail social », in Ion Jacques (dir.), *Le travail social en débats*, Paris, La Découverte, 2005, pp. 27-49.

Chambers Robert (1989), « Vulnerability, coping and policy », *IDS Bulletin*, vol. 20, n° 2,

Chambon Nicolas (2018). « Édito », *Rhizome*, vol. 68, n° 2, pp. 1-2.

Chantreau André (1993), « Le concept de valeurs et ses filiations », *Rencontre*, n° 88. Cité par Bouquet Brigitte (2012), « Chapitre 2. Les valeurs du travail social », in Bouquet Brigitte (dir.), *Éthique et travail social. Une recherche du sens*, Paris, Dunod, pp. 29-51.

Chobeaux François (2016), « Jeunes en errance états des lieux et modalités d'accompagnement », *La Santé en Action*, n° 46, pp. 4 -5.

Cibois Philippe (2009), « La construction sociale de la vocation sacerdotale », in Nicourd Sandrine, *Le travail militant*, Rennes, PUR, pp. 37-46.

Claude Martin (2013), « Penser la vulnérabilité. Les apports de Robert Castel », *Alter : European Journal of Disability Research / Revue européenne de recherche sur le handicap*,

Cohen Phil et al (1996), « La communauté ouvrière et le conflit subculturel. L'East End en proie à la rénovation », *Réseaux*, vol 80, n° 6, pp. 59-69.

Collin Franck, Zerba Michelle (2020), « La dialectique Méditerranée-Caraïbe d'Édouard Glissant », Dominique Aurélia (dir), *Édouard Glissant, l'éclat et l'obscur*, Pointe-à-Pitre, Presses Universitaires des Antilles, pp. 237-260.

Delassus Eric (2016), « L'éthique narrative selon Paul Ricœur : une passerelle entre l'éthique spinoziste et les éthiques du care. », *Revue du CRÉUM*, vol. 1, n° 3. pp.149-167.

Delor Françoise, Hubert Michel (2000), « Revisiting the concept of vulnerability », *Social Science & Medicine* 50, pp. 1557-1570.

Desprat Diane (2015), « Une socialisation au travail émotionnel dans le métier de coiffeur », *La nouvelle revue du travail* [En ligne], 6, URL : <http://journals.openedition.org/nrt/2149> ; DOI : <https://doi.org/10.4000/nrt.2149>. [Mis en ligne le 30 avril 2015, consulté le 25 septembre 2023.]

Despret Vinciane (1999), *Ces émotions qui nous fabriquent. Ethnopsychologie de l'authenticité*. Paris, Points, pp. 282-283.

Diagne Bachir Souleymane dans un entretien publié dans *Le Monde*, le samedi 2 avril 2022.

Diagne Bachir Souleymane. *Ubuntu, un rêve lucide*, au Palais de Tokyo à Paris (26.11.2021 – 20.02.2022).

Dubasque Didier (2018), « Peut-on être assistant(e) de service social sans s'engager professionnellement ? », in De Robertis Christina (dir.), « Travail social et engagements (s) », *La revue française de service social*, vol.3, n° 270, juillet-septembre, pp. 80-87.

Edmond Marc, Picard Dominique (2016), « Interaction », in Barus-Michel Jacqueline (dir), *Vocabulaire de psychosociologie. Références et positions*. Toulouse, Érès, pp. 191-198.

Fabiani Jean-Louis (2003), « Pour en finir avec la réalité unilinéaire. Le parcours méthodologique de Andrew Abbott », *Annales HSS*, 58-3, pp. 549-565.

Fassin Didier (2009), « Les économies morales revisitées », *Annales. Histoire, Sciences Sociales*, n° 64, pp.1237-1266.

Fenouillet Fabien (2017), « Chapitre 2. Les théories de la réussite et de l'échec », in Fenouillet Fabien (dir.), *La motivation*, Paris, Dunod, 2017, pp. 31-68.

- Fillieule Olivier (2001), « Propositions pour une analyse processuelle de l'engagement individuel. Post scriptum », *Revue française de science politique*, vol. 51, n° 1-2, pp. 199-215.
- Fleury Cynthia (2012), « Liberté et vérité : quels liens, quels déliens, dans la vie privée et publique ? », in Frydman René (dir.), *Tout dire ? Transparence ou secret. Colloque Gypsy XI*. PUF, pp. 76-77.
- Formarier Monique (2007), « La relation de soin, concepts et finalités », *Recherche en soins infirmiers*, vol. 89, n° 2, p. 33-42.
- Fortino Sabine (2014), « Invisibilisation de la pénibilité au travail, mixité et rapports de genre », *La nouvelle revue du travail*, [En ligne, URL : <http://journals.openedition.org/nrt/1422> ; Consulté le 25 septembre 2023.]
- Gagnon Cécile (2019), « Charge mentale et éthique critique du *care* : la division du travail dans la sphère domestique comme enjeu de justice sociale », *Ithaque*, n° 25, pp. 23-44.
- Gaille Marie (2012), « Des mots et des maux : Que peut-on espérer des récits de vie dans la relation de soin à travers les âges ? », *Med Sci (Paris)*, Vol. 28, n° 2, pp. 213-214.
- Gateau Valérie (2022), « L'éthique narrative : Un outil de prévention et de résilience face au burn-out des soignants », *Gestions hospitalières*, n°618 - août/septembre, [réflexion],
- Giraud Frédérique, Moraldo Delphine (2018), « Conditions, incorporation et envers de la vocation », *Sciences sociales et sport*, vol. 12, n° 2, pp. 9-18.
- Goodman Aviel (1990), « Addiction, definition and implications », *British Journal of Addictions*, vol. 85, pp. 1403-1408.
- Hatchuel Armand (1995), « les marchés à prescripteurs : crises de l'échange et genèse sociale », in Jacob A., Vérin H (dir), *L'inscription sociale du marché*. Paris, L'Harmattan, pp. 205-225.
- Hautefeuille Michel (2020), « Covid-19, confinement et addictions. Éditorial », *Psychotropes*, vol. 26, n° 2-3, pp. 11-16.
- Houdaille Jacques (1971), « La réussite sociale au début du XIXe siècle ». *Population*, 26^e année, n° 1, pp. 140-142.
- Huynh Truc et al (2009), « Le travail émotionnel qui sous-tend les soins infirmiers: une analyse évolutionnaire de concept », *Recherche en soins infirmiers*, vol. 97, n° 2, pp. 34-49.
- Jésu Frédéric (1994), « Face aux concepts envahissants de "réussite" et de "échec", penser et agir l'éducation scolaire en termes de "progrès" », *Journal du droit des jeunes*, vol. 304, n° 4, pp. 8-11.
- Jouvenet Morgan (2016), « Contextes et temporalités dans la sociologie processuelle d'Andrew Abbott », *Annales. Histoire, Sciences Sociales*, vol. 71, n° 3, pp. 597-598.

- Jovelin Emmanuel, Dequiré Anne-Françoise, (2014), « La jeunesse en errance dans l'histoire. Entre la potence, l'assistance et la pitié », *Pensée plurielle*, vol. 35, n° 1, pp. 9-20.
- Keck Frédéric (2022), « Pandémie », in Fassin Didier (dir.), *La société qui vient*, Paris, Seuil, pp. 97-112.
- Kourilsky Philippe (2015), « Éloge de l'altruisme et de l'altruité », *Raison présente*, vol. 194, n° 2, pp. 31-43.
- Krinsky John, Simonet Maud (2012), « Déni de travail : l'invisibilisation du travail aujourd'hui Introduction. Introduction », *Sociétés contemporaines*, vol. 87, n° 3, pp. 5-23.
- Lalande Aude (2010), « L'addictologie, pour quoi faire ? », *Vacarme*, vol. 51, n° 2, pp. 70-73.
- Le Bossé Yann (2004), « De " l'habilitation " au " pouvoir d'agir " vers une définition plus circonscrite de la notion d'empowerment », *Nouvelles pratiques sociales*, vol.16, n° 2,
- Le Bossé Yann (2017), « Rencontre avec André Chauvet autour de la question du développement du pouvoir d'agir », in Chauvet André, (dir.), *L'art d'accompagner*, pp. 17-25.
- Legros Patrick (2020), « L'implication au travail face à la dépendance accrue en EHPAD », in NPG (Neurologie – Psychiatrie – Gériatrie), vol. 20, n° 118, pp. 229-239
- Lescalier Lauriane et al. (2015), « Biais de mémorisation dans le trouble bipolaire à l'euthymie : l'effet perturbateur de la joie », *L'Année psychologique*, vol. 115, n° 3, pp. 387-408
- Lhuillier, Dominique (2019), « Clinique du travail », in Valléry Gérard (dir.), *Psychologie du Travail et des Organisations : 110 notions clés*. Paris, Dunod, pp. 100-104.
- Lochard Yves (2007), « L'avènement des " savoirs expérientiels " », *La Revue de l'Ires*, vol. 55, n° 3, pp. 79-95.
- Luleva Anna (2018), « Just Work? Bulgarian Female Labour Migration to Italy and the Moral Economy of Care », *Ethnologia Balkanica*, Vol 21, pp. 233-251.
- Maëla Paul (2009), « L'accompagnement dans le champ professionnel », *Savoirs*, vol. 20, n° 2, pp. 11-63.
- Mara Vitale (2009), « Économie morale, islam et pouvoir charismatique au Burkina Faso », *Afrique contemporaine*, 231, pp. 229-243.
- McAdam Doug, Paulsen Ronnelle (1993), « Specifying the Relationship between Social Ties and Activism », *American Journal of Sociology*, n° 3, pp. 640-667.
- Mechkar Mohammed (2021), « Le développement du Pouvoir d'Agir dans le champ de l'action sociale. Une question sociale paradoxale et sensible », *Forum*, vol. 162, n° 1, pp. 3-4.
- Mercuel Alain (2018), « " Aller vers... " en psychiatrie et précarité : l'opposé du " voir venir... " ! », *Rhizome*, vol. 68, n° 2, pp. 3-4.

- Molinier, Pascale. « Care », in Fassin Didier (dir.), *La société qui vient*. Paris, Seuil, 2022.
- Mugnier Christophe et al (dir.) (2020), « Peut-on évaluer le travail inestimable ? *Psychiatrie, psychanalyse et sociétés*, vol. 9.
- Murove Munyaradzi Felix (2011), « L'Ubuntu », *Diogène*, vol. 235-236, n° 3-4, pp. 44-59.
- Parsons Talcott (1955), « Structure sociale et processus dynamique : le cas de la pratique médicale moderne », in Parsons Talcott, *Éléments pour une sociologie de l'action*, Paris, Plon, pp. 197-238.
- Passeron Jean-Claude (1996), « L'espace wébérien du raisonnement comparatif », in Weber Max, *Sociologie des religions*, Paris, Gallimard, pp. 1-49.
- Paugam Serge, Vendramin Patricia (2020), « 24. Le précaire, une nouvelle classe sociale ? », in Paugam Serge (dir.), *50 questions de sociologie*. Paris, PUF, pp. 243-251.
- Plumwood Val (2015), « La nature, le moi et le genre : féminisme, philosophie environnementale et critique du rationalisme », *Cahiers du genre*, vol.2 n° 59, pp. 21-48.
- Pollak Lauren Harte & Thoits Peggy A (1989), « Processes in Emotional Socialization », *Social Psychology Quarterly*, Vol. 52, n° 1, Special Issue: Sentiments, Affect and Emotion (Mar., 1989), pp. 22-34.
- Ravon Bertrand (2005), « Vers une clinique du lien défectueux ? » in Ion Jacques, *Travail social et souffrance psychique*. Paris, Dunod, pp. 3-36.
- Rhein Catherine (2002), « Intégration sociale, intégration spatiale », *L'Espace géographique*, vol. 31, n° 3, pp. 193-207.
- Ricœur Paul (2005), « Devenir capable, être reconnu. », *Esprit*, n° 316-7, Juillet, pp. 125-129.
- Rossi Silvia (2019), « Médecine narrative », in Delory-Momberger Christine (dir.), *Vocabulaire des histoires de vie et de la recherche biographique*, Toulouse, Érès, pp. 236-238.
- Rothé Céline (2018), « Accompagner les “jeunes en errance” ou adapter les normes de l'insertion », *Formation emploi*, vol. 143, n° 3, pp.161-182.
- Ruggero Iori, Nicourd Sandrine (2014), « La construction des discours vocationnels comme support de légitimité dans le champ de l'intervention sociale », *Vie sociale*, vol. 8, n° 4, pp. 101-112.
- Savidan Patrick (2008), « Individu et société : les enjeux d'une controverse. Les vecteurs de la cohésion sociale », *Informations sociales*, vol. 145, n° 1, pp. 6-15.
- Schröder-Butterfill Elisabeth (2013), « Le concept de vulnérabilité et sa relation à la fragilité », in Béland François (dir), *La fragilité des personnes âgées. Définitions, controverses et perspectives action*. Rennes, Presses de l'EHESP, pp. 203-228.

Schröder-Butterfill Elisabeth, Marianti Ruly (2006), « A framework for understanding old-age vulnerabilities », *Ageing and Society*, Vol. 26, n° 1, pp. 9-35.

Siino Corinne, (1997), « Quelques éléments sur les difficultés d'insertion professionnelle des jeunes sans qualification dans l'agglomération toulousaine », *Strates*, vol. 9, [En ligne. Consulté le 08 juillet 2023, URL: <http://journals.openedition.org/strates/615>]

Soares Angelo (2003), « Les émotions dans le travail », *Travailler*, vol. 9, n° 1, pp. 9-18.

Steiner Philippe (2018), « IV. Le processus de socialisation », in Steiner Philippe (dir), *La sociologie de Durkheim*. La Découverte, pp. 45-64.

Suissa, Jacob Amnon (2020), « Alcoolisme et stigmatisation : repères sociohistoriques et importance des liens sociaux », *Écrire le social*, vol. 2, n° 1, pp. 64-71.

Talahite, Fatiha (2010), « Chapitre 2 - Genre, marché du travail et mondialisation », in Falquet Jules (dir), *Le sexe de la mondialisation. Genre, classe, race et nouvelle division du travail*. Paris, Presses de Sciences Po, pp. 48-49.

Thompson, Edward Palmer (1971), « The Moral Economy of the English Crowd In the Eighteenth Century », *Past & Present*, 50 (1), pp. 76-136.

V, F.(1968), « Girard Alain - La réussite sociale », *Population*, vol. 23, n° 3, pp. 562-563.
vol. 7, n° 4, pp. 293-298.

Ward Jeremy (2012), « Comprendre l'engagement dans l'aide : le modèle d'engagement processuel », *Vie sociale*, vol. 4, n° 4, pp. 163-174.

Wolff Francis (2019), « Plaidoyer pour l'universel. Fonder l'humanisme », *Humanisme*, vol. 325, n° 4, pp. 75-84.

AUTRES SOURCES

« Les addictions en France au temps du confinement » *Tendances* n °139, OFDT, Septembre 2020.

« Les livres » (2004), *Revue française de sociologie*, vol. 45, n° 4, pp. 779-780.

[Mis en ligne le 19 octobre 2005, consulté le 30 juillet 2023. URL : <http://journals.openedition.org/strates/615> ; DOI : <https://doi.org/10.4000/strates.615>]

[Article L116-2] de la LOI n° 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale.

2, pp. 31-43.

Albert Jacquard (1985), « Pour une approche scientifique de la psychosomatique ». Actes publiés dans la revue *Cahiers d'école*, n°1, (Communication au colloque organisé à Royaumont).

BEH (Bulletin épidémiologique hebdomadaire), n°5-6, 19 février 2019, Santé publique France. Circulaire du 14 mars 1990 Relative aux orientations de la politique de la santé mentale.

Circulaire du 15 Mars 1960 Relative au programme d'organisation et d'équipement des départements en matière de lutte contre les maladies mentales.

Communication à l'académie française le 26 janvier 1987, sous le titre « Science du jour, science de nuit. ». [Disponible sur le site internet de l'académie française à l'adresse <https://www.academie-francaise.fr/science-de-jour-science-de-nuit-communication-lacademie-des-sciences-morales-et-politiques>. Consulté le 17 juin 2023].

Crenshaw Kimberle (1989), « Demarginalizing the Intersection of Race and Sex: A Black Feminist Critique of Antidiscrimination Doctrine, Feminist Theory and Antiracist Politics», University of Chicago Legal Forum: Vol. 1989: Iss. 1, Article 8. Consultable à <http://chicagounbound.uchicago.edu/uclf/vol1989/iss1/8>.

CSTS (2007), *L'usager au centre du travail social*, Rennes, Éditions ENSP.

CSTS (2007), *Le travail social confronté aux nouveaux visages de la pauvreté et de l'exclusion*, Rennes, Éditions ENSP.

Denis La Mache, sur sa chaine YouTube, intitulée "Sociologie de la Santé",

[https://www.youtube.com/watch?v=xnJWdIoq_2M.]

Duvoux Nicolas (2008), *L'injonction à l'autonomie. L'expérience vécue des politiques d'insertion*. Thèse de doctorat de sociologie de l'EHESS, Paris.

Ferréol Gilles (dir.) (2019), *Recherche évaluative du programme TAPAJ*. C3S-Université de Franche Comté.

https://www.lepoint.fr/monde/coronavirus-pourquoi-le-bilan-est-il-si-lourd-en-italie-20-03-2020-2368077_24.php#xtmc=pourquoi-morts-italie&xtnp=1&xtcr=1. [Consulté le 20 Avril 2023]

Loi de santé publique de 2004.

Projet GID-COVID (2020), : *Genre et intervention en dépendance en contexte de pandémie auprès de personnes en situation de précarité sociale. Synthèse préliminaire des connaissances*

: *réponse rapide*, 2020. Rapport rédigé par K. Bertrand et *al.* Québec : Université de Sherbrooke.

Sites internet consultés :

MILDECA

<https://www.drogues.gouv.fr>

[<https://www.drogues.gouv.fr/tapaj-un-dispositif-franco-quebecois-qui-modifie-favorablement-le-parcours-des-jeunes-marginalises>]

SANTÉ PUBLIQUE FRANCE

www.santepubliquefrance.fr

DROGUE INFO

www.drogues-info-services.fr

OFDT

www.ofdt.fr

TAPAJ

www.tapaj.org

SIGLES ET ACRONYMES

ANESM : Agence Nationale de l'Évaluation et de la Qualité des Établissements et Services Sociaux et Médico

ANJ : Autorité Nationale des Jeux

ANPAA : Association Nationale de Prévention en Alcoologie et Addictologie

ARS : Agence Régionale de Santé

CARUUD : Centre d'Accueil et d'Accompagnement à la Réduction des Risques pour les Usagers de Drogues

CASF : Code de l'Action Sociale et des Familles

CHRS : Centre d'Hébergement et de Réinsertion Sociale

CHRU : Centre Hospitalier Régional Universitaire

CJC : Consultation Jeune Consommateur

CMP : Centre Médico-Psychologique

CMU : Couverture Maladie Universelle

COVID-19 : Coronavirus (SARS-CoV-2)

CPTS : Communautés Professionnels Territoriales de Santé

CSAPA : Centre de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie

CSTS : Conseil Supérieur du Travail Social

CTR : Centre Thérapeutique Résidentiel

DPA : Développement du Pouvoir d'Agir

DPA-PC : Développement du Pouvoir d'Agir des Personnes et des Collectivités

DRAMES : Décès en Relation avec l'Abus de Médicaments Et de Substances

DSS : Déterminants Sociaux de la Santé

DSS : Direction de la Sécurité Sociale

EHESS : École des Hautes Études en Sciences Sociales

EREA : Établissements régionaux d'enseignement adapté

ESAT : Établissement et Services d'Aide par le travail

ESRP : Établissement et Services de Réadaptation Professionnelle

ETP : Éducation Thérapeutique du Patient

IASSW : International Association of Schools of Social Work

IME : Institut Médico-Éducatif

ITEP : Instituts Thérapeutiques, Éducatifs et Pédagogiques

MDMA : Méthylènedioxyméthamphétamine

MECS : Maison d'Enfants à Caractère Social

MILDECA : Mission Interministérielle de Lutte Contre les Drogues Et les Conduites Addictives

NPS : Net Promoter Score

OFDT : Observatoire Français des Drogues et Toxicomanies

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

PIR : Pratique d'Injection à Risque

RAF : Réseau d'Accueil en Famille

RdR : Réduction des Risques

RdRD : Réduction des Risques et Dommages

RES : Réseau Environnement Santé

RSA : Revenu de Solidarité Active

SDF : Sans Domicile Fixe.

SESSAD : Service d'Éducation Spéciale et de Soins à Domicile

SIAE : Structures d'Insertion par l'Activité Économique

SPA: Substances Psycho-Actives

SPDRE : Soins Psychiatriques sur Décision du Représentant de l'État

SPIP : Service Pénitentiaire d'insertion et de Probation

SSR : Soins de Suite et de Réadaptation

TAPAJ : Travail Alternatif Payé à la Journée

THC : Tétrahydrocannabinol

TISF : Technicien d'Intervention Sociale et Familiale

TREND : Tendances Récentes et Nouvelles Drogues

TROD : Test Rapide d'Orientation Diagnostique

TSO : Traitement de Substitution aux Opiacés

VAD : Visite À Domicile

VIH : Virus de l'Immunodéficience Humain

ANNEXES

SYNTHÈSE DES FIGURES, GRAPHIQUES, SCHÉMAS ET TABLEAUX

FIGURES

	Intitulé des figures
1	Une société de la réussite
2	Conceptualisation de l'action par les professionnels des dispositifs étudiés (TAPAJ et L'équipe mobile Aller-Vers)
3	Postures et valeurs des professionnels en délibération avec l'éthique de conviction et l'éthique de responsabilité.
4	Engagement processuel des professionnels de TAPAJ et de l'équipe mobile Aller-Vers.
5	Zone de sens pour les professionnels du médico-social.
6	Qu'est ce qui fait sens pour le professionnel : le vocabulaire mobilisé.

GRAPHIQUES

	Intitulé du graphique
1	Évolution des recettes mensuelles liées au tabac et à l'alcool (droits indirects) au premier semestre 2020 (en euros)
2	Évolution des usages de cannabis durant le confinement parmi les usagers actuels.
3	Évolution de la structure des fréquences d'usage de cannabis durant le confinement (en %)
4	Facteurs influençant le comportement au travail (Herzberg).

SCHÉMAS

	Intitulé des Schémas
1	Illustration de l'action de TAPAJ à Québec
2	Les Phases de la prise en charge globale de TAPAJ.
3	Déploiement du programme TAPAJ en France (2016)
4	Déploiement du Programme TAPAJ en France métropolitaine et Outre-Mer (2022)
5	Antennes du CSAPA (37)
6	Le positionnement professionnel.

TABLEAUX

	Intitulé du tableau
1	Évolution de la fréquence d'usage de cannabis durant le confinement parmi les usagers actuels (en %).
2	Évolution des comportements d'usage de cannabis durant le confinement.
3	Zone de domiciliation des bénéficiaires de l'équipe mobile du CSAPA 37
4	Principales pathologies addictives depuis la création du dispositif.
5	Organismes et professionnels à l'origine de l'orientation dans le dispositifs.
6	Informations synoptiques du dispositif Aller-Vers
7	Grille d'observation dispositif Aller-Vers.
8	Caractéristiques sociales des Professionnels du dispositif Aller-Vers interviewés.
9	Typologies des professionnels en rapport avec l'idée de la notion de réussite sociale.
10	Indicateurs d'une économie morale du médico-social.

TABLE DES MATIÈRES

REMERCIEMENTS	7
INTRODUCTION GÉNÉRALE.....	10
Structuration de la thèse	21
PARTIE I : LA FABRIQUE DES DISPOSITIFS	23
Chapitre 1 : TAPAJ et la réinsertion des jeunes.	25
1. Histoire et genèse.....	26
1.1. Spectre de rue.....	26
1.2. Au cœur des addictions, de l'errance des Jeunes et de la grande précarité.	33
2. Conditionnalités de la solidarité publique envers la jeunesse.....	36
2.1. Le step by step	36
2.2. Les sept piliers.	39
2.3. Covid et TAPAJ.....	46
2.4. Les enjeux politiques de la pérennisation.	50
Chapitre 2 : Désertification médicale en Indre-Et-Loire : la réponse de l'équipe mobile Aller-Vers.....	54
1. Contexte et naissance.....	54
1.1. La ruralité.....	59
1.2. La réorientation en addictologie.	61
2. Un réseau de professionnels en Indre-Et-Loire.	65
2.1. Aller-Vers des professionnels en crise.	66
2.2. La VAD.	68
2.3. Covid et Aller-Vers.	70
Chapitre 3 : Construction politique d'un vocabulaire du social.....	76
1. Des dispositifs de réintégration sociale.	76
1.1. Réinsérer ou réintégrer ? Les seuils d'adaptabilités de TAPAJ.	76
1.2. Une grammaire de l'intégration : la VAD de l'équipe mobile Aller-Vers.	80
2. La problématique d'une réinsertion « forcée ».	82

2.1. Une dialectique prescriptive.	82
2.2. L'autonomie comme norme.	84
3. La réintégration et l'intégration comme « reconnaissance sociale » dans le programme TAPAJ et l'équipe mobile Aller-Vers.	86
3.1. L'interaction : moteur principal de l'intégration.	86
3.2. De la conscience commune au sentiment d'appartenance et à la réintégration sociale..	88
Conclusion partielle.....	91
Chapitre 4 : Constitution du corpus.....	93
1. Posture sociologique et positionnement théorique.	93
2. Pourquoi cette focale sur la perception par les professionnels de la réussite sociale ? ..	97
3. Étapes et modalités de recueils des données.....	99
PARTIE II : UNE ÉCONOMIE MORALE DE L'ACCOMPAGNEMENT MÉDICO-SOCIAL ?	113
Chapitre 1 : Une conception de la réussite sociale.....	115
1. La réussite sociale : une réponse normative	117
1.1. Des formats normatifs socialement questionnés.....	117
1.2. Le travail comme l'étalon de mesure.....	133
1.3. La réussite sociale : un choix individuel.....	141
2. Réussite sociale et les professionnels du médico-social.	144
2.1. Le médico-social, un espace vocationnel ?.....	144
2.2. Une trajectoire sociale idéale fantasmée.....	148
2.3. Médico-social et réussite sociale : un couple antithétique.....	153
3. D'une conception de la réussite sociale à la construction d'une économie morale.....	156
3.1. Indicateurs d'une conscience commune.	156
3.2. Le modèle d'engagement processuel de Doug McAdam.	161
3.3. Conception de la réussite sociale et perspective d'une économie morale du médico-social.	170
Chapitre 2 : La place des valeurs dans la quête de sens.	174
1. Le care et les autres valeurs de l'accompagnement médico-social.....	174
1.1. Prolégomènes.....	174
1.2. S'engager dans le care pour des valeurs et pour une éthique.	181
2. Imputation de sens à partir d'une ontologie de la vulnérabilité.....	184
2.1. De la notion d'onticité et de l'ipséité.....	184

2.2. L'ipséité et la construction des valeurs.	187
2.3. Signification de l'agir à partir d'une vulnérabilité ontologique.	188
3. Des valeurs rendues invisibles face à une économie du marché	192
3.1. Care et invisibilisation du travail.	192
3.2. Économie morale de l'accompagnement médico-social et théorie du care : au service de la quête de sens.	197
Chapitre 3 : Médico-social : pratiques et engagement.	201
1. Des valeurs comme préalables.	202
1.1. Médico-social : une activité chargée de valeurs.	202
1.2. Le prix des valeurs : l'engagement.	205
2. La guerre des triptyques.	210
2.1. Diagnostic/accompagnement/orientation.	210
2.2. Accueil/rencontre/séparation.	212
3. Accompagner autrement.	215
3.1. L'incontournable Aller-Vers.	215
3.2. Développement du pouvoir d'agir : rendre la dignité de « l'homme capable. »	218
Conclusion partielle.	222
PARTIE III : L'ORGANISATION DU TRAVAIL DANS LE MÉDICO-SOCIAL ET LA DIMENSION AFFECTUELLE.	224
Chapitre 1 : L'utilité des émotions dans le travail du care.	228
1. Émotions et agir productif.	228
1.1. La raison des émotions.	228
1.2. Le travail des émotions dans le care.	233
2. Économie morale : une socialisation émotionnelle.	239
2.1. La place des émotions dans la construction d'une économie morale de l'accompagnement médico-social.	239
2.2. Le care : une perspective de réhabilitation des émotions.	242
Chapitre 2 : Affectualité et interculturalité : la philosophie africaine de l'Ubuntu.	245
1. Ubuntu , une rationalité relationnelle.	246
1.1. Je ne suis que parce que tu es.	246
1.2. Ubuntu : une pratique avant tout.	253
2. Éthique de l'Ubuntu et éthique du care : résonance et reliance.	257
2.1. Donner un sens humain à la mondialisation.	257

2.2. Pour un humanisme nouveau.....	260
Chapitre 3 : La relation affectuelle professionnel/usager : un espace parrésiasique à aménager.	264
1. Le soin par les mots et la narration.....	265
1.1. L'éthique narrative.....	265
1.2. La parrêsia.....	269
2. Spatialité et le Dire-vrai sur soi.....	273
2.1. Des espaces de « vérité » à aménager.....	273
2.2. Le « jeu parrésiasique » : une thérapie duale.....	278
Conclusion partielle.....	282
CONCLUSION GÉNÉRALE.....	284
BIBLIOGRAPHIE.....	290
SIGLES ET ACRONYMES.....	307
ANNEXES.....	309
Résumé.....	316

Résumé

Cette thèse analyse l'orientation de l'agir productif des professionnels du médico-social à partir de la probabilité d'une économie morale de l'accompagnement spécifique à ce champ d'intervention. Après avoir exposé et circonscrit le cadre définitionnel dans lequel s'inscrit cette communauté de valeurs, nous nous appuyons sur un travail empirique effectué dans deux dispositifs de lutte contre les addictions (TAPAJ et l'équipe mobile *Aller-Vers*). L'objectif de cette contribution est d'essayer de montrer que, ces professionnels ne sont pas mûs que par une volonté rationnelle qui les dispose à appliquer sans médiation, les lois qui régissent leur environnement. Ils sont aussi parfois pris et saisis dans un univers baigné par les émotions et les affects, portant leur agir dans des dimensions quasi vocationnelles. Cette économie morale, dès lors, façonne l'éthique du care qui est une philosophie théorico-pratique considérant principalement le soin comme étant au cœur des préoccupations.

Mots clés

Accompagnement médico-social. Affectualité. Économie morale. Émotions. Espaces parrésiasiques. Éthique du care. Sollicitude. Valeurs. Vulnérabilité.

Abstract

This thesis analyzes the orientation of the productive action of medico-social professionals based on the probability of a moral economy of support specific to this field of intervention. After having exposed and circumscribed the definitional framework in which this community of values fits, we rely on empirical work carried out in two systems for combating addictions (TAPAJ and the *Aller-Vers* mobile team). The objective of this contribution is to try to show that these professionals are not moved only by a rational will which disposes them to apply, without mediation, the laws which govern their environment. They are also sometimes caught and seized in a universe bathed in emotions and affects, carrying their action into quasi-vocational dimensions. This moral economy, therefore, shapes the ethics of care which is a theoretical-practical philosophy mainly considering care as being at the heart of concerns.

Keywords

Affectionality. Emotions. Ethics of care. Medical-social support. Moral economy. Parrhesiastic spaces. Solicitude. Values. Vulnerability.