LES TRANSFORMATIONS

DE L'INTERVENTION SOCIALE

COLLECTIVE ET COMMUNAUTAIRE

Mejed HAMZAOUI et Aline BINGEN

(sous la direction de)

Revue éditée par le Centre METICES-TEF de l'Université Libre de Bruxelles.

Anciennement :

*Critique Régionale –
Cahiers de Sociologie et d'Economie Régionales*

Depuis 2005, la revue n'est publiée que sur notre site internet
<http://www.ulb.ac.be/socio/tef> (gratuitement)

Rédaction – Administration :

travail emploi formation – **Metices-tef**
Institut de Sociologie – ULB
Avenue Jeanne 44
B-1050 Bruxelles

Tél. : 02/650 31 83
Fax : 02/650 33 35
Email : tef@ulb.ac.be

Copyright METICES-TEF

Editorial : La recomposition de l'approche collective et communautaire et intervention sociale

*Mejed HAMZAOUJ et Aline BINGEN
Institut des Sciences du Travail
Université Libre de Bruxelles*

Si l'approche collective et communautaire n'est pas une préoccupation nouvelle dans la construction des méthodologies et des outils de l'intervention sociale, ce qui est nouveau en revanche, c'est une redéfinition du mode de traitement collectif des problèmes sociaux à partir du constat de la dégradation des conditions sociales, de l'ébranlement de la protection sociale et de l'affaiblissement du lien social.

C'est dans cette redéfinition que vont se formuler les nouvelles approches collectives et communautaires sur la base d'un cadre référentiel spécifique : celui de l'inclusion sociale/travail ensemble, celui de la territorialisation et celui de l'implication des usagers comme contrepartie à l'octroi des droits sociaux et politiques (emploi, santé, culture et participation locale). Construits de moins en moins autour de modèles alternatifs et de contre-pouvoirs mais autour de modèles d'activation, ces référentiels deviennent des catégories de l'action publique pour développer des dispositifs sociaux locaux. Ces derniers seront moins ciblés sur le traitement collectif des problèmes sociaux que sur des caractéristiques personnelles et des capacités d'agir des publics cibles.

L'idée maîtresse de ce nouveau cadre référentiel est de passer progressivement d'une redistribution des fruits du développement à une dynamisation du potentiel non exploité des individus, des groupes et des territoires. Autrement dit, l'intervention sociale collective et communautaire¹ ne s'inscrit plus dans la seule logique de la lutte contre l'inégalité sociale par la redistribution de la richesse, mais plutôt dans la mise en œuvre, sur le plan local ou de proximité, d'un nouveau mode de gouvernance selon lequel le public cible et les acteurs locaux peuvent créer leur propre avenir en mobilisant les ressources humaines ou autres qui sont inexploitées. Ce « nouveau paradigme » de gouvernance du

¹ Appelée tantôt action sociale communautaire, intervention collective en travail social ou organisation et développement communautaire.

traitement collectif des problèmes sociaux implique d'une part une démarche de « vivre ensemble », de « cohésion sociale » et de « gestion de soi », et d'autre part, un processus de territorialisation des partenariats et de synergies entre les acteurs publics, privés et la société civile pour répondre aux défis économiques, sociaux et culturels contemporains.

Dans ce numéro de la revue Travail, Emploi, Formation (TEF), il nous a semblé pertinent de questionner cette recomposition de l'approche collective et communautaire et ses effets dans le champ de l'intervention sociale.

Pour aborder la transformation de l'intervention sociale à visée collective, sept communications ont été retenues par la revue TEF, partenaire du troisième Congrès de l'Association Internationale pour la Formation, la Recherche et l'Intervention sociale (AIFRIS)².

Les notions de « partenariat » et de « réseau » sont questionnées par Marc Fourdrignier pour analyser les nouvelles formes de « travail ensemble » qui caractérise le champ de l'intervention sociale. En France, l'auteur pointe différents « niveaux » de légitimité et d'émergence des modes du « travail ensemble » et présente la genèse de ce dernier selon trois angles : les grandes périodes qui caractérisent leur apparition dans le champ des politiques publiques ; la typologie de leurs formes actuelles et l'impact de ces dernières sur les transformations de l'intervention sociale.

Le « partenariat » est également au cœur de l'analyse que propose Mejed Hamzaoui des modes d'intervention de la politique sociale active. L'émergence de dispositifs nouveaux de collaboration renouvelle les mécanismes de concertation, de consultation, de négociation et de maillages institutionnels. A travers l'analyse des pratiques contractuelles de deux dispositifs mis en œuvre en Région wallonne, l'auteur s'interroge sur les enjeux et les limites implicites des formes du « travail ensemble ». Dans un contexte de participation contrainte à des modes de régulation intersectorielle et territorialisée, les rapports qu'entretiennent entre elles les parties prenantes de ce « redéploiement

² Ce Congrès s'est tenu à Hammamet (Tunisie) du 21 au 24 avril 2009. Le thème principal est « Intervention sociale et développement. Quelles références pour quelles pratiques ? », www.aifris.org

d'alliances » au niveau local, en particulier le monde associatif, sont appréhendés en termes de dépendance hiérarchique fonctionnelle ou de la répartition du travail.

Valérie Lelys présente le secteur associatif sanitaire et social français dans ses modalités spécifiques d'organisation. Le concept de gouvernance et ses modes opératoires sont décryptés au regard des spécificités du secteur. Celui-ci se caractérise par des tensions multiples liées à la nécessité de se singulariser dans un contexte de foisonnement d'opérateurs publics et privés. Ses pratiques évoluent vers des logiques gestionnaires difficilement conciliables avec des principes participatifs et bénévoles ou elles se plient à des injonctions de coopération édictées par les politiques publiques. L'auteur analyse alors les méthodes susceptibles de faire face à ces contraintes.

A partir d'une critique du paradigme de la « cohésion sociale », passant en revue ses mutations de sens depuis son utilisation par Durkheim jusqu'à sa cristallisation dans le référentiel politique belge actuel, Michaël Lebrun donne un aperçu des différentes « politiques de cohésion sociale » développées en Belgique francophone en explorant de manière plus approfondie les programmes publics-privés mis en place dans le cadre de la politique régionale bruxelloise de revitalisation des quartiers. Il présente les caractéristiques et les effets de ces nouvelles pratiques sociales et interroge le potentiel émancipateur de programmes d'action qui se veulent participatifs. Au départ des évaluations effectuées, il pointe les risques d'individualisation des problèmes sociaux et d'instrumentalisation du monde associatif.

Béatrice Deries interroge quant à elle le vocable de « santé communautaire » et retrace la généalogie des expériences médico-sociales mises en place sur trois territoires urbains français. Elle tente de montrer l'empreinte singulière qui caractérise les pratiques, en raison de l'implication des acteurs locaux dans le « processus de problématisation, de renouveau de références et de configuration de l'intervention locale », mais aussi en raison de l'influence du contexte institutionnel sur les formes que prennent les expériences de « ville-santé » à travers le temps. Dans tous les cas, le champ de la santé est, selon l'auteure, exploité comme un espace de réhabilitation de l'action communautaire.

L'article de Sabine Visintainer porte sur un dispositif d'insertion des personnes handicapées psychiques, les « Groupes d'Entraide Mutuelle » (GEM). Ce dispositif vise, depuis 2005, à promouvoir de nouvelles méthodes d'accompagnement qui se veulent indépendantes du cadre d'intervention des institutions psychiatriques et des travailleurs sociaux. A l'aide de deux études de cas, l'auteure présente les atouts potentiels que revêtent des objectifs de déstigmatisation et de construction collective d'une identité et d'un savoir. Elle souligne en même temps les risques qui découlent des mesures d'activation des politiques publiques en termes de « sur-responsabilisation » des « malades-acteurs » et d'injonction à la « gestion de soi » et à la réflexivité.

Enfin, Mourad Aboussi aborde la question du travail social international sous l'angle de la formation des techniciens de la coopération au développement. Leurs pratiques sont régies par des référentiels d'actions renouvelés dont les concepts-clés renvoient à des principes de « développement participatif » pourtant difficiles à mettre en œuvre sur le terrain. L'auteur présente les aspects négatifs de partenariats et schémas d'intervention dominants et préconise la rencontre plus systématique entre les « Agents de développement local » (médiateurs issus du terrain), les techniciens et les chercheurs dans les phases d'élaboration des référentiels d'actions.

De nouvelles formes de « travail ensemble » ?

Marc FOURDRIGNIER,
Sociologue, Maître de Conférences.
Laboratoire d'Etude et de Recherche sur les Professionnalisations
(LERP, JE 2537), Université de Reims Champagne Ardenne, France.

Le « travail ensemble » est inhérent à l'intervention sociale. Cependant selon les époques et les conditions sociales, économiques et idéologiques les formes qu'il peut prendre sont variables. Quelles sont les formes qui aujourd'hui sont en recul ? Quelles sont celles qui émergent ?

Ce travail s'inscrit dans une réflexion ancienne³ sur le partenariat et le réseau dans l'action sociale. Au fil du temps et de l'emploi généralisé – pas toujours maîtrisé – de ces notions, il nous est apparu nécessaire de les clarifier et de les inscrire de manière plus large dans ce que nous appellerons le « travail ensemble ». Nous considérerons que cette modalité d'intervention est inhérente à l'action sociale et que tout intervenant social a – à un moment ou à un autre – besoin de travailler « ensemble » pour ne pas dire « travailler avec » (l'utilisateur, la famille, le collègue, le chef, les autres partenaires...).

Ce « travail ensemble » peut trouver sa légitimité à trois niveaux différents :

- Les pratiques en elles-mêmes le requièrent. La situation d'un usager, d'une institution, d'un territoire peuvent nécessiter que plusieurs personnes (professionnels, bénévoles ou volontaires...) travaillent ensemble pour l'améliorer.
- Les organisations peuvent également, selon leur état de santé, leur position dans un champ donné (monopole, situation dominante, situation dominée...) et leurs stratégies, promouvoir des formes plus ou moins abouties de « travail ensemble » que ce soit en interne ou en externe.
- Les politiques publiques, selon les époques, peuvent aussi suggérer, induire ou contraindre au « travail ensemble ».

³ FOURDRIGNIER, M. Partenariat et droits des usagers. in Ministère de l'Education Nationale, D.L.C., MAFPEN Créteil, Paris, Versailles, CNRSMS. Actes du colloque Précarité et action sociale. Paris, 1996,71- 76.

Ces trois niveaux ne sont ni toujours cohérents, ni toujours synchrones. Cela peut permettre de comprendre les injonctions paradoxales auxquelles sont soumis les intervenants sociaux.

De plus, ce travail peut aussi se construire à partir d'influences externes. Des formes de « travail ensemble » qui relèvent d'univers industriel et commercial émergent par la sous-traitance ou la prestation par exemple. Se développent alors des injonctions au « travail ensemble » et du « détournement » de la notion de coopération comme moyen de restructuration des secteurs sanitaires et sociaux. Néanmoins des formes alternatives peuvent encore se développer par le biais du travail de liaison.

Pour aborder ces différents points, trois objectifs sont poursuivis dans ce texte :

- Identifier les trois grandes périodes qui se sont succédé : celle du travail d'équipe et de la pluridisciplinarité ; celle du partenariat et du réseau à partir du milieu des années 80 et celle de la coopération à partir de la fin des années 90.
- Faire un bilan des trois grandes formes qui coexistent aujourd'hui, interroger le décalage entre les temporalités des politiques publiques et celles des pratiques professionnelles et analyser l'irruption de nouveaux acteurs que sont les usagers et les familles.
- Prendre en compte les transformations de l'intervention sociale à travers le prisme des nouvelles formes du « travail ensemble » .

Ces trois objectifs sont déclinés en trois temps : d'abord identifier, dans le contexte français, les trois grandes périodes qui se sont succédé dans le champ des politiques publiques notamment. Puis proposer, à partir de trois critères, une typologie du « travail ensemble » avant de montrer comment émergent aujourd'hui de nouvelles formes.

1. Trois périodes du « travail ensemble »

Si l'on prend un peu de recul dans le contexte français, on peut dire que, globalement, trois périodes sont à distinguer. Les deux coupures retenues correspondent l'une et l'autre à un changement de position de l'Etat. Il devient décentralisateur au début des années 80 et il se transforme en gestionnaire au début des années 2000.

1.1. Avant les années 80

L'Etat est alors le principal acteur de l'action sociale, notamment par l'instauration de la polyvalence de secteur sur la base de la circulaire du 22 octobre 1959. Elle est définie de la manière suivante : « *Elle met à la disposition des usagers des assistantes sociales capables d'avoir une vue d'ensemble de leurs problèmes sanitaires, sociaux, économiques, psychologiques et de les aider à mettre en œuvre les moyens d'y porter remède avec le concours éventuel des services spécialisés* »⁴. En 1964, l'État se réorganise et crée les DDASS (Directions départementales de l'action sanitaire et sociale) placées sous l'autorité renforcée des préfets. « *Un service social départemental unique est créé dans chaque département : il s'agit d'équiper, de couvrir les départements en assistantes sociales polyvalentes et de les implanter territorialement. La polyvalence devient le pivot d'un travail d'équipe pluridisciplinaire* ». C'est donc la première forme de « travail ensemble » qui va se développer au sein des circonscriptions d'action sociale, consacrée dans une circulaire de 1975. Elles incitent à développer le travail entre les différentes professions sociales (assistants de service social éducateur, puéricultrices,...).

Dans le champ éducatif, la loi du 30 juin 1975⁵, est venue consacrer le modèle de l'institution au sens quasi goffmanien du terme. « *Sont des institutions sociales et médico-sociales (...) tous les organismes (...) qui (...) mènent, avec le concours de travailleurs sociaux, d'équipes pluridisciplinaires, des actions à caractère social ou médico-social (...)* ». Cela va renforcer là aussi le travail pluridisciplinaire en lien avec le travail d'équipe qui va surtout caractériser le champ éducatif et les institutions. Certains courants, notamment celui de la pédagogie institutionnelle, conduiront à une conception très large de l'équipe éducative puisque tout salarié est potentiellement éducateur ou soignant.

⁴ Lien social. Quel avenir pour la polyvalence de secteur ? 708, 6 mai 2004.

⁵ Les principaux textes cités sont repris en annexe.

Dans certaines institutions, éducateurs, psychiatres, paramédicaux et psychologues seront amenés à travailler ensemble ; dans d'autres, la division du travail restera forte notamment entre les médicaux et les paramédicaux ; c'est de là que va venir la différence, encore présente aujourd'hui, entre la culture hospitalière – qui ne se limite pas à l'hôpital - et la culture médico-sociale.

Cette première période est en phase avec la position de l'Etat, « grand organisateur » de l'action sociale, et avec les professions sociales créées et développées dans le courant des années 60, commencent dans les années 70 à se penser ensemble à travers la réémergence de la notion de travail social. A ce moment, la question des droits des usagers et de la participation des habitants ne se pose pas encore au regard de la place qu'occupent alors les principales institutions et selon la conception dominante de l'autorité. Les institutions et les professionnels occupent, en effet, une position centrale. Mais des modifications vont rapidement se produire.

1.2. De 1980 à 2000

Dans cette période, de nouvelles formes de « travail ensemble » émergent dont le partenariat et les réseaux. Apparaît en premier le partenariat. Cela va se concrétiser dans deux domaines en particulier :

- Les politiques de développement social : dès 1982, elles vont mettre l'accent sur la nécessité du partenariat sur un territoire (commissions locales de développement social des quartiers, comités de pilotage des contrats de ville...). Ces politiques se développent au fil du temps dans les dispositifs liés à l'école (par les zones d'éducation prioritaire et les comités d'environnement social), et à la prévention de la délinquance (conseil communal de prévention de la délinquance). A la fin des années 90, cette tendance se prolonge par exemple, avec la mise en place des contrats locaux de sécurité et des dispositifs de lutte contre la violence à l'école.
- Les politiques d'insertion : les réponses à la question de l'insertion des jeunes vont s'inscrire dans cette dynamique du partenariat (crédit formation individualisé, groupement opérationnel de zone...). La consécration viendra avec le vote de la loi sur le RMI (Revenu Minimum d'Insertion) en 1988. Le partenariat est alors décliné à tous les niveaux, depuis les ministères, par l'interministérialité (la délégation

interministérielle au RMI), jusqu'au local (la commission locale d'insertion "*chargée d'animer le partenariat local*"), en passant par le départemental (le Conseil départemental d'insertion). La circulaire du 14 décembre 1988 relative à la mise en place du R.M.I. affirme très clairement le principe du partenariat : "*Le R.M.I. suppose une mise en œuvre partenariale entre l'Etat, les collectivités locales et leurs établissements publics, les organismes de sécurité sociale, la mutualité, les organismes et associations agissant en vue de l'insertion sociale et professionnelle*". La loi du 29 juillet 1998 d'orientation de lutte contre les exclusions se situera dans la continuité.

Par la suite, vont émerger les premières formes d'institutionnalisation des réseaux. A la fin des années 80, le développement de nouvelles pathologies met à mal les réponses existantes. C'est notamment le cas pour le VIH, l'hépatite B, la toxicomanie. C'est dans ce domaine que seront réalisées les premières expériences de réseau : les réseaux ville-hôpital. Elles seront ensuite institutionnalisées dans le champ de la santé, au milieu des années 90, et se développeront dans d'autres domaines : les réseaux précarité, voire « santé-précarité » et le champ de la parentalité avec les REAAP (Réseau d'écoute, d'appui et d'accompagnement des parents).

Pour autant, ces nouvelles formes ne remplacent pas les formes dominantes de la première période. Des interactions et des influences se développent. L'ouverture des institutions sur leur environnement devient une nécessité et oblige à travailler avec d'autres institutions et d'autres partenaires. C'est, par exemple, le cas pour la prise en charge des enfants handicapés : on peut passer d'une classe intégrée au sein d'un établissement spécialisé (l'enseignant devenant membre de l'équipe pluridisciplinaire) à un dispositif d'intégration scolaire qui exige un travail commun entre l'équipe de l'établissement scolaire et l'équipe du service d'éducation spéciale et de soins à domicile. De même, après la décentralisation, les circonscriptions d'action sociale peuvent dépendre du Conseil Général ou de certaines associations. Les uns et les autres sont appelés à travailler ensemble.

Pour tout le monde, une nouvelle question se pose : la place des usagers, des parents, des habitants. Elle se présente différemment selon les secteurs. Certains (les dispositifs de la politique de la ville, les centres sociaux, les acteurs du développement local), la comprennent comme une injonction à la participation dès le début des années 80, qui est régulièrement rappelée parce qu'elle reste problématique. D'autres (les établissements sociaux et médico-sociaux, les hôpitaux, les services de la protection de l'enfance...) la comprennent comme l'affirmation du droit des usagers, de la vogue de « l'usager au centre »... ceci réinterroge les modalités du « travail ensemble » qui historiquement et culturellement n'a pas cette dimension : c'est le défi du passage du « travail pour » au « travail avec » pour les professionnels et leurs établissements ou services.

Sur le plan théorique, l'apparition de ces nouvelles formes du « travail ensemble » s'inscrivent dans l'émergence des nouveaux modèles d'intervention sociale, dénommés « politique sociale territoriale »⁶ ou « travail social territorialisé »⁷ ou « social du troisième type »⁸. Le partenariat devient alors un nouvel instrument de l'action publique et le réseau, un outil de décloisonnement et d'articulation des pratiques d'organisations distinctes.

Deux points sont à souligner. Le contexte est la transformation de l'Etat ; dont trois modalités nous intéressent particulièrement. La première est relative à la décentralisation. L'Etat n'est plus le seul maître du jeu. Même si les collectivités locales n'ont que des compétences de mise en œuvre, elles prennent une place croissante ; ce qui amènera même à envisager des collaborations entre l'Etat et les collectivités locales, dans le cadre de ce que l'on a appelé les compétences conjointes (comme le volet insertion du RMI). La deuxième est relative à la modernisation de l'Etat. A travers ces nouveaux outils, il s'agit aussi de transformer les modalités de l'action publique, y compris dans les rapports entre administrations et usagers. La troisième est relative à l'émergence d'une nouvelle fonction de l'Etat et à l'apparition de ce que Jacques DONZELOT a appelé « l'Etat animateur ». De là à dire que lui aussi devient partenaire ...en même temps émergent de

⁶ AUTES, M. *Les paradoxes du travail social*. Paris, Dunod. 1998.

⁷ HAMZAOU, M. *Le travail social territorialisé*. Bruxelles, Editions de l'université libre de Bruxelles, 2002, 189 p.

⁸ DONZELOT, J. Le social du troisième type in DONZELOT, J (Dir). *Face à l'exclusion*. Editions esprit, collection société, 1991, 15-39.

nouveaux acteurs, ce qui a souvent été souligné dans la formule « tout un chacun est amené à intervenir dans le social ». Ces acteurs sont d'abord des institutions : la police, l'éducation nationale, les sociétés de transport, les sociétés d'habitat social... puis aussi les intervenants sociaux que l'on cherche à distinguer des travailleurs sociaux⁹.

Tous ces éléments viennent compliquer les modalités du « travail ensemble », tant par le fait que les acteurs se multiplient que parce qu'ils se diversifient. On s'éloigne de l'entre-soi cher au travail social. Les pratiques ont alors du mal à être au rendez-vous de la multiplication de ces injonctions. Comment les choses vont-elles évoluer avec le changement de siècle ?

1.3. A partir des années 2000

Dans cette dernière période, plus difficile à analyser puisque plus contemporaine, nous proposerons l'hypothèse suivante : les incitations au partenariat sont en recul au profit d'autres formes de « travail ensemble » moins volontaires, notamment la coopération.

Cette notion de coopération émerge dans les politiques publiques au milieu des années 90 dans le champ de la santé : elle prend la forme du groupement de coopération sanitaire. Celui-ci a alors pour finalité de réaliser et gérer des équipements d'intérêt commun et de constituer un cadre d'interventions communes des personnels médicaux et non médicaux. D'une autre manière, il vise à engager le mouvement de recomposition de l'offre de soins et la restructuration hospitalière ; le groupement de coopération pouvant constituer l'étape préalable à la fusion. Ce même modèle va être utilisé dans le champ social et médico-social puisque la loi du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale introduit dans son article 21 des possibilités de coopération, de regroupements et de fusions.

En soi, la création de ces groupements n'est pas un problème, il peut être nécessaire voire souhaitable, de développer des formes de coopération pour mieux travailler ensemble. C'est plutôt l'usage qui en est fait par les collectivités publiques qui pose question. A travers les schémas d'organisation sociale et médico-sociale peuvent être

⁹ CHOPART, JN. (Dir). *Les mutations du travail social*, Paris, Dunod, 2000, 303 p.

envisagées « *des opérations de coopération, de regroupement ou de fusion compatibles avec le développement de l'offre sociale* ». Nous y reviendrons.

Cette transformation des formes du « travail ensemble » est à relier, comme précédemment, aux conditions socio-historiques et idéologiques. Trois points doivent être soulignés. L'Etat se transforme profondément. Il n'est plus « l'animateur » de la période précédente. Pour reprendre l'expression de Renaud EPSTEIN¹⁰, l'Etat se retire des territoires et se met à gouverner à distance. Il se transforme aussi dans la mesure où il passe à une « culture de la performance ». Enfin, les relations avec les associations se modifient ; la préférence et le particularisme associatifs sont remis en cause.

¹⁰ Gouverner à distance. Quand l'Etat se retire des territoires. *Esprit*, novembre 2005.

Encadré : La définition légale du groupement de coopération sociale et médico-sociale

Source : Art 21 de la loi du 2 janvier 2002 modifié (art L 312-7 du Code de l'action sociale et des familles).

« Afin de favoriser leur coordination, leur complémentarité et garantir la continuité des prises en charge et de l'accompagnement, notamment dans le cadre de réseaux sociaux ou médico-sociaux coordonnés, les établissements et services mentionnés à l'article L. 312-1 ou les personnes physiques ou morales qui peuvent être gestionnaires au sens de l'article L. 311-1 ainsi que les personnes morales ou physiques concourant à la réalisation de leurs missions peuvent : (...)

3° Créer des groupements de coopération sociale ou médico-sociale. Outre les missions dévolues aux catégories de groupements mentionnées au 2°, le groupement de coopération peut :

Permettre les interventions communes des professionnels des secteurs sociaux, médico-sociaux et sanitaires, des professionnels salariés du groupement ainsi que des professionnels associés par convention ;

Etre autorisé ou agréé au titre de l'article L. 7232-1 du code du travail, à la demande des membres, à exercer directement les missions et prestations des établissements et services énoncés à l'article L. 312-1 et à assurer directement, à la demande de l'un ou plusieurs de ses membres, l'exploitation de l'autorisation ou de l'agrément au titre de l'article L. 7232-1 précité après accord de l'autorité l'ayant délivrée ;

Etre chargé de procéder aux fusions et regroupements mentionnés au 4° du présent article ;

Créer des réseaux sociaux ou médico-sociaux avec les personnes mentionnées au premier alinéa et adhérer à ces mêmes réseaux ou aux réseaux et groupements de coopération ou d'intérêt public prévus au code de la santé publique.

Ils peuvent être constitués entre professionnels des secteurs sociaux et médico-sociaux et sanitaires, entre ces professionnels, les établissements et personnes mentionnés au premier alinéa et les établissements de santé mentionnés à l'article L. 6111-1 du code de la santé publique. Peuvent y être associés, par conventions, des professionnels médicaux et paramédicaux du secteur libéral ou du secteur public n'exerçant pas dans les établissements et services des membres adhérents.

4° Procéder à des regroupements ou à des fusions.

Afin de favoriser les réponses aux besoins et leur adaptation, les schémas d'organisation sociale et médico-sociale peuvent envisager les opérations de coopération, de regroupement ou de fusion compatibles avec les objectifs de développement de l'offre sociale

2. Une typologie du « travail ensemble »

Dans la situation actuelle, que peut-on dire du « travail ensemble » ? Ses formes se sont diversifiées et il faut en prendre acte. Pour y voir plus clair, il est proposé d'élaborer une typologie. Pour ce faire, trois critères seront d'abord définis pour distinguer le « travail ensemble » intra organisationnel et inter organisationnel.

2.1. Trois critères

Trois critères nous permettent de construire cette typologie : l'organisation, les statuts des personnes et le contenu de leur relation.

- L'organisation : le « travail ensemble » peut se faire au sein de son organisation ou avec une autre organisation. Dans les deux cas, il ne peut être ni de même nature, ni répondre aux mêmes exigences notamment au regard de la contrainte : ai-je le droit de ne pas participer à une réunion d'équipe ou de coopérer avec tel ou tel membre du personnel ? Puis-je participer à un projet partenarial ? De plus, la délimitation entre le dedans et le dehors est utilisée par certaines organisations pour contrôler les modalités du travail avec d'autres organisations. De même, selon les époques il peut y avoir des périodes de repli sur l'organisation ou au contraire de développement en lien avec d'autres. Autrement dit, le choix de travailler avec d'autres organisations relève souvent de la stratégie globale et non de la seule décision du salarié. Sur le principe, ce critère n'est pas très compliqué à utiliser. En pratique il l'est beaucoup plus dans la délimitation de l'organisation. Est-ce que tous les services d'un Conseil général font partie d'une même organisation ? Est-ce que tous les établissements ou services d'une grande association constituent une même organisation même si, juridiquement, ils relèvent bien de la même entité.
- Les statuts : selon les organisations, des personnes de statuts différents sont amenées à devoir travailler ensemble ; il y a tout d'abord les salariés et ceux qui ne le sont pas. Ces derniers peuvent être des élus (politiques ou associatifs), des volontaires ou bénévoles, des usagers, des habitants ou des parents. Parmi les salariés, on peut trouver les professionnels (qui appartiennent à une profession sanitaire ou sociale – voire, dans certains cas, une quasi profession) et des non professionnels (administratifs, intervenants sociaux, ...). Ces statuts distincts et les attributs qui y sont liés (culture professionnelle, appartenance à un ordre, éthique,

déontologie...) vont compliquer au quotidien ce qui pourrait sembler aller de soi : travailler ensemble au bénéfice de la personne. Les organisations ont elles-mêmes des statuts distincts qui favorisent ou non le « travail ensemble » (par exemple une association locale et une association nationale, une association de droit privé et un service public...).

- Les relations : le troisième élément repose sur le contenu de la relation entre les partenaires (au sens générique du terme). Cela amène à se centrer sur la question du pouvoir au sens de « *la capacité de A d'obtenir que, dans sa relation avec B, les termes de l'échange lui soient favorables* »¹¹. La gamme de ces relations peut aller de la toute-puissance à la coproduction ou la coopération. Dit autrement, c'est l'analyse de la relation et la contribution de chacun à ce qui est fait ensemble qui permettent de qualifier la relation et non pas l'intention initiale : « je fais du partenariat » ... Cela peut permettre aussi de distinguer ce qui serait de la simple relation formelle, « j'ai rencontré les parents à la sortie de l'école », d'un effectif « travail ensemble ».

2.2. Le « travail ensemble » intra organisationnel

Qu'en est il du « travail ensemble » au sein des organisations aujourd'hui ? Les formes historiques du travail d'équipe, pluridisciplinaire ou pluri-professionnel n'ont pas disparu. Elles peuvent cependant être affectées par les transformations de l'action sociale. Les nouvelles structurations de certaines organisations (les territoires dans les Conseils généraux par exemple) viennent modifier les modalités du travail d'équipe. Les nouveaux organigrammes en pôles, territoires, multiplient les appartenances, les occasions de réunion et brouillent la référence précise à une équipe. Pour des raisons de taille, l'équipe devient difficile à réunir, les réunions se consacrent de plus en plus aux informations descendantes et de moins en moins au travail en équipe. Quand dans le même temps, les managers cherchent à contrôler davantage le temps de travail et à augmenter la productivité, les réunions sont souvent vues comme de pertes de temps. Il faut souligner aussi que ce travail d'équipe peut être en partie externalisé. Par exemple l'analyse des pratiques¹² qui relevait hier de l'interne, sous la responsabilité du psychiatre ou du psychologue, recourt de plus en plus à un tiers et le placent dans le registre de la formation. En résumé, le travail d'équipe dont la nécessité ne peut être

¹¹ BERNOUX, P. *La sociologie des organisations*. Seuil, Points, 1995, p 129.

¹² FABLET, D. (Dir). *Intervenants sociaux et analyse des pratiques*. L'Harmattan, 2008, 180 p.

remise en cause au regard de l'évolution des problématiques des usagers et des territoires, ne constitue pas une priorité dans les formes actuelles de gouvernance. Pour autant, la question de l'aide aux aidants reste entière, nous y reviendrons.

Dans le même temps, les organisations sont de plus en plus contraintes – du moins pour celles qui n'avaient pas cette dimension dans leur culture– de travailler avec les usagers, les habitants, les familles, les parents ...C'est un euphémisme que de dire que cela ne va pas de soi. La mise en place des instances de représentations des usagers (aujourd'hui les « Conseils de la vie sociale » dans les structures sociales et médico-sociales) en est un bon exemple. Paul DURNING¹³ a défini ce travail de la manière suivante: « *le partenariat est conçu comme l'association des parents et des intervenants dans la prise de décisions éducatives, dans une relation d'égalité et de reconnaissance réciproque d'expertise, de ressources et de compétences. Dans ce contexte, la coopération est entendue comme le partage de responsabilités après la prise de décisions* ». Sur cette base, il reste du chemin à parcourir.

2.3. Le « travail ensemble » inter organisationnel

Ce travail entre plusieurs organisations recouvre plusieurs formes qu'il faut bien distinguer :

- La relation de contrôle : dans le système social français la distinction entre la collectivité publique qui détient, de par la loi, la compétence, au sens juridique du terme, et l'organisation qui met en œuvre cette compétence sur le terrain, est fondamentale. De ce fait, les nombreuses associations, voire entreprises privées aujourd'hui, doivent, pour agir, en passer par des procédures d'autorisation, d'agrément ou d'habilitation. Par suite, les collectivités publiques sont dans une position de contrôle. Ceci induit un type d'interactions particulières entre des organisations dont l'une a la charge du contrôle de l'autre. Ce qui nécessite de bien distinguer le contrôle du suivi et de l'évaluation : « *le contrôle juge en fonction de critères connus et clarifiés à l'avance (enveloppes budgétaires, textes réglementaires, normes professionnelles). Le suivi juge en fonction d'objectifs opérationnels à réaliser.*

¹³ Le partenariat : éléments introductifs, sémantiques, historiques et stratégiques in A.P.F. *La personne handicapée, sa famille, les professionnels : quel partenariat ?* Actes des 12^e journées d'étude, janvier 1999.

Au contraire, l'évaluation doit le plus souvent commencer par choisir ses critères de jugement ; ceux-ci sont formulés à partir des objectifs de l'action publique évaluée »¹⁴.

Dans cette perspective, il est plus que discutable de parler de partenariat. L'un a mandat sur l'autre et de ce fait, détient une autorité qui induit un certain type de relation.

Les deux relations qui suivent sont récentes et pas forcément pensées comme telles dans le champ social. Néanmoins leur identification et leur définition peuvent contribuer à clarifier ces formes du « travail ensemble ».

- La relation de sous-traitance: elle est rarement désignée comme telle dans la mesure où ce terme fait référence à l'industrie et ne fait pas partie du vocabulaire du champ social. Néanmoins, les situations se multiplient où des organisations deviennent sous-traitantes d'une collectivité publique (Etat, ville...) ou d'une association dans le cadre de pratiques d'externalisation. Le cadre est fixé par avance, des délais sont prévus...l'organisation n'a plus qu'à réaliser - dans les termes demandés - la commande. Le sous-traitant, pour des raisons de pérennisation de sa structure et de son personnel, n'a pas vraiment le choix de faire ou de ne pas faire. Ce cas de figure n'est pas étranger aux milieux de la formation : on va sous traiter à un autre organisme la réalisation de tel module. Ce modèle se retrouve dans la relation entre les centres de formation et le terrain de stage. Ici l'organisation n'a pas grand choix à faire : c'est à prendre ou à laisser. Il y a très peu d'initiative de la part du sous-traitant. Plus classiquement, c'est aussi une forme utilisée dans les milieux du travail, qu'il s'agisse du travail protégé, où les ESAT (Etablissement et Service d'Aide par le Travail) sont de longue date des sous-traitants d'entreprises, au sein de leurs propres ateliers, ou de l'entreprise donneuse d'ordre ; ou dans les dispositifs de l'insertion par l'activité économique.
- La relation de prestation : Cette relation, récente également, s'inscrit dans une logique de prestation. Ce mode de raisonnement n'est pas ordinaire dans l'action sociale. Il consiste à appréhender la prise en charge ou l'intervention non pas de manière globale mais comme composée de différentes prestations. Dans le meilleur des cas, le projet se décompose en prestations. Par la suite, l'institution

¹⁴ IGAS (Inspection Générale des Affaires Sociales). Suivi, contrôle et évaluation du travail social et de l'intervention sociale, 2005.

devient le prestataire d'aujourd'hui ou, comme le dit Jacques ION¹⁵ « *on peut se demander si le dispositif ne serait pas précisément en train de prendre le relais de l'institution là où elle s'avère inefficace* ». Nous sommes loin du projet global : on décompose l'action en un nombre de prestations qui peuvent être, selon le cas, réalisées indépendamment l'une de l'autre.

Un contrat de séjour peut prendre cette forme ; de même qu'un plan d'aide pour une personne dépendante ou un projet personnalisé pour une personne handicapée. C'est aussi un mode de raisonnement très utilisé dans le champ de l'insertion et de la recherche d'emploi. Ce recours à la prestation est aussi souvent doublé d'une logique d'appel d'offres. La règle d'or ici est la mise en concurrence, prenant parfois appui sur la procédure de marché public. Prime est alors donnée à un mieux-disant économique plus ou moins mêlé de « qualité » et de « clause sociale ». La concurrence de marché est considérée comme la forme de régulation pertinente, « *c'est la spécificité même d'un service pour partie non marchand qui est déniée* »¹⁶ (ROMAN, 2008). Plus largement, comme le dit ce même auteur, « *c'est (...) un nouveau mode de gestion des associations : (...) la généralisation de la procédure de marchés publics pour les prestations associatives et leur ouverture à la concurrence* ».

Cela revient à dire que le statut du prestataire et son projet associatif ne sont pas en soi déterminants et qu'on met sur le même plan une association, un service public ou une entreprise privée. Cela veut dire aussi que, dans cette relation de prestation, l'insatisfaction du « client » peut se traduire par son départ, par la fin de la prestation, voire par le recours au code de la consommation ou à la Direction de Concurrence. Tout cela n'est, bien sûr, pas sans lien avec la marchandisation et la chalandisation évoquées par Michel CHAUVIERE¹⁷.

Le partenariat et le réseau constituent les deux autres types de « travail ensemble » inter organisationnel.

- Le partenariat : Il peut être défini de deux manières. Sur un plan général, on peut dire qu'il s'agit d' « *une relation contractuelle entre deux ou plusieurs personnes physiques*

¹⁵ ION, J. (Dir). *Travail social et souffrance psychique*. Dunod, 2005, 208 p.

¹⁶ ROMAN, J. L'Etat, les associations et le marché. *Esprit*, décembre 2008, 110-114.

¹⁷ CHAUVIERE, M. Qu'est-ce que la chalandisation ? *Informations sociales*, 152, 2009, 128-134.

ou morales concourant à la réalisation d'un projet par la mise en commun des moyens matériels, humains et financiers »¹⁸. Sur un plan plus méthodologique « (...) La démarche partenariale est fondée sur le constat par différentes parties de leur convergence d'intérêt pour le lancement d'une action, sur la reconnaissance de ces objectifs, sur l'identification des ressources que les uns et les autres sont susceptibles de mettre en commun et sur la construction de projets communs mais porteurs de significations multiples »¹⁹. Il a pu se décliner sous deux formes : le partenariat formel et le partenariat de projet (voir tableau 1).

Tableau 1 : Deux formes de partenariat.

	Partenariat formel	Partenariat de projet
1. Origine	<i>Incitation de l'Etat</i> (forme réglementaire ou non)	Volontarisme des partenaires et/ou incitation forte des institutions
2. Fonction(s)	Décloisonnement	Recherche d'une plus grande efficacité des actions impulsées
3. Modalités/ exemples	3 niveaux : - Etat : interministériel - Département ou Région : les commissions - Local : Les commissions locales	Mise en place de projets partenariaux
4. Méthodologie	Procédures	Méthodologie du projet
5. Acteurs	Collectivités publiques, Associations, entreprises, Organisme formation,....	Professionnels d'organisations distinctes
6. Effets pervers	Le partenariat de moyen devient fin. Primat du cadre sur le dispositif.	Partage de marchés Partenariat sans coopération
7. Obstacles	Absence de communication.	Absence de convergences. Implication dans les réseaux traditionnels. « Menace » .

¹⁸ Norme XS0-750 - Mai 1992..A.F.N.O.R. (Association Française pour la Norme) cité par Nelly LESELBAUM in ZAY, D. Etablissements et partenariats, I.N.R.P., 1995, p. 342.

¹⁹ BARBIER, JM. Tendances d'évolution de la formation et place du partenariat in ZAY, D. Etablissements et partenariats. INRP, 1995.

La distinction ne vise pas à définir un « bon » partenariat. Simplement, le partenariat formel généré par les dispositifs peut ne pas déboucher sur grand-chose. Dans certains cas, il peut mener au partenariat de projet. Pour qu'il se réalise, des conditions sont nécessaires. La création d'une dynamique partenariale suppose que la coopération soit organisée sur des bases durables, que le partenariat soit la source d'avantages réciproques, qu'il ait pour objet d'améliorer la compétitivité des entreprises²⁰ qui mettent en œuvre un projet commun, qu'il permette de mieux satisfaire la demande finale et enfin qu'il permette d'exploiter les synergies. En complément, il est nécessaire de préciser que le partenariat repose sur une éthique dont quatre points peuvent être mis en avant : une confiance réelle et partagée, l'acceptation de l'idée de parité, une attitude modérée et réaliste et enfin une capacité de communication propre à susciter l'adhésion de tous les acteurs²¹.

- Le réseau : il constitue une autre forme du « travail ensemble ». Cependant plusieurs déclinaisons sont possibles (tableau 2). Deux distinctions sont à faire d'entrée de jeu.

Tableau 2 : Quatre formes de réseau.

	Réseau personnel	Réseau interinstitutionnel
Réseau informel	Réseaux primaires	Carnet d'adresses
Réseau formel	Réseaux secondaires	Réseau de soins ou réseau santé-précarité ou REAAP ²²

La première distingue les réseaux selon qu'ils sont uniquement personnels ou interinstitutionnels, c'est-à-dire liés à la structure de travail du salarié. La seconde repose sur le degré de formalisation des réseaux. Cela permet alors d'identifier quatre formes. Dans le « travail ensemble », les réseaux primaires peuvent être mobilisés, notamment lorsqu'il s'agit de ceux des personnes avec lesquelles on travaille. Les réseaux secondaires constitués de l'ensemble des institutions et services mobilisables sont

²⁰ L'emploi du terme « entreprises » est lié à la source utilisée. L'ouvrage de référence porte sur le champ industriel. Néanmoins les formulations peuvent largement valoir dans le champ social.

²¹ ALTHERSON, C. De la sous-traitance au partenariat industriel. L'harmattan, 1992.

²² REAAP : Réseaux d'Ecoute d'Appui et d'Accompagnement des Parents, créés par la circulaire DIF/DAS/DIV/DPM n° 99-153 du 9 mars 1999.

sollicités dans le « travail ensemble ». Le carnet d'adresses, certes personnel, constitue souvent l'outil privilégié du « travail ensemble ». Enfin depuis le milieu des années 90, se sont multipliés les réseaux formalisés et institutionnalisés. Ils se définissent de la manière suivante : « *Les réseaux de soins ont pour objectif de mobiliser les ressources sanitaires, sociales et autres sur un territoire donné, autour des besoins des personnes. Ils visent à assurer une meilleure orientation du patient, à favoriser la coordination et la continuité des soins qui lui sont dispensés et à promouvoir la délivrance de soins de proximité de qualité. Ils peuvent associer des médecins libéraux, d'autres professionnels de santé et des organismes à vocation sanitaire ou sociale. Ils organisent un accès plus rationnel au système de soins ainsi qu'une meilleure coordination dans cette prise en charge, qu'il s'agisse de soins ou de prévention* »²³. La constitution d'un tel réseau est déjà en soi un projet qui prend du temps pour déboucher sur une convention et une charte de réseau.

Cette partie a permis de définir une typologie du « travail ensemble ». Elle a pour nous plusieurs usages : elle vise à distinguer des types de relations qui ne vont pas reposer sur les mêmes postures, les mêmes engagements et les mêmes méthodes. Elle vise aussi à montrer que la question n'est pas tant celle du choix dans l'absolu (qu'est-ce qui est le mieux au regard de ce que je pense être bon ou bien ?) que du repérage des logiques en présence. Elle montre aussi que le type de « travail ensemble » ne relève pas tant du statut que de l'objet de la relation et de la nature de la relation. Elle rappelle enfin que ces différents types sont d'abord et avant tout des outils et non des objectifs en soi.

Reprenons ce que nous avons dit en introduction : la logique de l'articulation et de la complémentarité est celle qui va se centrer sur les pratiques et les usagers. La logique du maintien et du développement des organisations et des professions peut venir contrecarrer cette première logique. De même, elle peut s'opposer à une logique de structuration et de restructuration du secteur. C'est la raison pour laquelle, malgré le développement de ces formes de travail ensemble, demeure la nécessité du décroisement et de la restructuration. On a donc été amené à élargir la palette du « travail ensemble ».

²³ Circulaire DGS/SQ2/DAS/DSS/DIRMI n° 99-648 du 25 novembre 1999 relative aux réseaux de soins préventifs, curatifs, palliatifs ou sociaux (Bulletin Officiel n° 99-49).

3. Deux nouvelles formes du « travail ensemble »

En effet depuis le début des années 2000, deux nouvelles formes de « travail ensemble » sont venues compléter la palette déjà existante. Mais comme nous l'avons indiqué dans la première partie, elles ne s'inscrivent pas dans la même logique. C'est ce que nous allons voir à travers le développement de la pratique de la liaison et de la coopération.

3.1. La liaison, une réponse au cloisonnement

S'il en était besoin, un rapport de 2007 du CSTS (Conseil Supérieur du Travail Social) nous rappelle que « *le cloisonnement entre les institutions et les professionnels des deux domaines (social et sanitaire) rend difficile sinon impossible la prise en charge globale des personnes et entraîne une discontinuité des interventions* »²⁴. Face à cela, et en complément des pratiques existantes, se sont créées des équipes de liaison. Par exemple, dans le champ de l'addictologie, des équipes de liaison et de soins en addictologie sont constituées. Elles ont notamment pour mission de « *développer des liens avec les acteurs intra et extra hospitaliers pour améliorer la qualité de la prise en charge des patients et de leur suivi* ». De la même manière, des équipes mobiles spécialisées seront mises en place pour favoriser l'accès aux soins et la prise en compte des besoins de santé mentale des personnes et améliorer les réponses à la souffrance psychique des personnes en situation de précarité et d'exclusion. Enfin, le dernier exemple vient d'une équipe de liaison « adolescents »²⁵. Elle vise à faire une double liaison : théorique, en articulant les trois champs du somatique, du psychique et du social ; pratique en favorisant, par une équipe pluriprofessionnelle et pluridisciplinaire (psychiatre, psychologue, médecin généraliste, infirmier, éducateur spécialisé, assistant de service social et sociologue), l'établissement ou le rétablissement de liens entre les professionnels concernés par un adolescent en souffrance. Ceci ne nous semble pas loin de ce que les Québécois appellent la « médiation partenariale », mode de régulation relationnel dont le but est, d'une part de rétablir par la présence d'un tiers les

²⁴ Conseil Supérieur du Travail Social. *Décloisonnement et articulation du sanitaire et du social*. Editions ENSP, rapports du CSTS, 2007, 116 p.

²⁵ ELAd08 : Equipe de Liaison Adolescents des Ardennes. Pour plus d'informations voir le site du centre hospitalier de Bel Air <http://www.ch-belair.fr/>

communications nécessaires à une meilleure entente des parties et, d'autre part, d'apaiser ou de modifier une situation jugée insatisfaisante²⁶.

Ces expériences mériteraient d'être analysées dans le détail. Relevons deux points cependant. On peut considérer a priori ces expériences comme positives dans la mesure où elles permettent de refaire du lien. Cependant elles ne doivent pas nous dispenser d'examiner plus précisément ce qui a pu produire en amont de la déliaison, voire de la déliance²⁷. En effet, comme nous l'avons montré précédemment, les formes de « travail ensemble » au sein des organisations ne sont plus forcément privilégiées, au regard des contraintes de productivité accrues. De même, si les formes volontaristes, du type partenariat ou travail en réseau, ne sont plus favorisées en externe, il devient de plus en plus difficile de faire face aux situations de plus en plus complexes. Comme dans le même temps les pratiques de négociation directe, entre collègues ou entre partenaires, se raréfient, la seule solution devient le recours au tiers et aux pratiques de médiation.

3.2. La coopération, un moyen de la restructuration

Nous l'avons évoqué dans la première partie, la coopération est aujourd'hui l'une des formes privilégiées du « travail ensemble » portée par les collectivités publiques. Avant d'aller plus loin, apportons une précision : la formulation utilisée est volontairement paradoxale. En effet dans la notion de « travail ensemble » il y a pour nous un minimum d'accords et de volontés partagées. Lorsque la coopération – terme noble et dont l'histoire jalonne celle du social – devient une injonction, cela devient très discutable. Nous ne sommes pas seul à nous interroger sur cette pratique. Marcel JAEGER relevait, en 2007, le fait qu'une circulaire sur la lutte contre la maltraitance indiquait qu'il importait de « faciliter le développement des actions de formation (...) en s'appuyant sur les groupements de coopération sociale et médico-sociale ». Michel CHAUVIERE parle lui, de « concentration quasi obligatoire des moyens associatifs dans les groupements de

²⁶ LEMAY, L. GIGUERE, R. MARCHAND, A.. La médiation partenariale en contexte intersectoriel : intervention sociale en émergence, codéveloppement professionnel et recherche. *Sociétés et jeunesses en difficulté*, 6, automne 2008.

²⁷ On peut faire référence aux travaux de Marcel BOLLE DE BAL qui parle de déliaison et de reliance. Pour l'auteur, le « système social de la modernité peut être caractérisé comme un système socio-scientifique de division et de déliaison » ou bien encore de rupture, de mouvement et non plus de stabilité. Dans ce contexte, la déliaison n'est pas en soi un problème. « La reliance est une réalité duelle, dialogique et paradoxale : avec la déliaison qui lui est toujours liée, elle forme un couple soumis à des logiques différentes et complémentaires, toutes deux nécessaires à l'existence de la vie psychique, sociale et culturelle ».

coopération ». Il évoque le passage de 33 000 associations gestionnaires à 3000 à 4000 unités à terme²⁸. Illustrons-le par exemple : l'Etat a décidé, prenant appui sur le concept d'addictions, de créer des CSAPA (Centre de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie), donc de supprimer les centres spécialisés en alcoologie et en toxicomanie. Dans un département les deux associations gérant chacune un centre spécialisé ont déposé un dossier d'agrément. Elles ont toutes deux été renvoyées dos à dos avec l'indication suivante : il y aura un seul centre dans votre département, *dixit* le schéma régional, déjà évoqué. Après deux ans de conflit, les deux associations tentent aujourd'hui de constituer un projet commun dans le cadre d'un Groupement de Coopération Sociale et Médico-Sociale (GCSMS). Cette situation n'est pas aujourd'hui isolée, même si certains disent que « la législation n'autorise pas la puissance publique à imposer la constitution d'un GCSMS »²⁹ (VINSONNEAU, 2009).

Dans l'absolu et dans une logique d'organisation, la coopération devrait se faire sur une base volontaire partant du constat que la réussite des démarches de coopération est liée à la libre adhésion des partenaires. Elle devrait se construire sur la base d'un projet partagé, élaboré en commun. Certes, mais l'heure ne semble plus être au partenariat de projet mais à la coopération forcée, antichambre de la fusion.

Ces propos qui peuvent sembler bien pessimistes ne le sont peut être pas tant que cela. En Belgique il y a bien aussi des fusions d'écoles, des fusions de services de santé au Québec, des rapprochements forcés entre le sanitaire et le social en Suisse... Les réflexions actuelles menées en France sur les formations en travail social peuvent déboucher demain sur des phénomènes de coopération plus ou moins forcées, plus ou moins volontaires. Pour la formation d'infirmière qui vient d'être réformée en France dans le cadre d'un processus d'intégration à l'université il est demandé aux instituts d'une même région (et de même statut, privé ou public) de constituer un groupement de coopération pour contractualiser avec l'Université. Le devenir des universités pluridisciplinaires de taille moyenne est sans doute soumis aux mêmes perspectives. En tant qu'acteurs de la formation et de la recherche en intervention sociale, nous ne sommes pas à l'écart de ce mouvement.

²⁸ CHAUVIERE, op.cit.

²⁹ VINSONNEAU A. Coopération et contractualisation pluriannuelle : Quels enjeux pour la gouvernance associative ? Journée d'étude, UNIOPSS Limousin, 17 juin 2008.

En termes de formation et de recherche il y a là un vaste terrain à explorer. Dans le champ de la formation en travail social en France, on peut penser que la question est bien prise en compte dans la mesure où la plupart des référentiels de compétence des diplômes d'Etat ont consacré un domaine de compétences aux dynamiques partenariales et au travail en réseau. Certes le tout est de savoir comment se fait l'apprentissage aux diverses formes du « travail ensemble » en articulation avec les autres apprentissages. Il serait pour le moins contradictoire qu'on les développe et qu'ils soient de moins en moins pratiqués dans les sites qualifiants. De même, il nous faut être vigilant au fait que la construction des identités professionnelles ne doit pas demain constituer le premier obstacle au « travail ensemble ».

Bibliographie

- ALTHERSON, C. *De la sous-traitance au partenariat industriel*. Paris, L'harmattan.1992.
- AUTES, M. *Les paradoxes du travail social*. Paris, Dunod, 1998.
- BOLLE DE BAL, M. « Reliance, déliance, liance : émergence de trois notions sociologiques ». *Sociétés*, n° 80, 2003, 99-131.
- CHAUVIÈRE, M. « Qu'est-ce que la chalandisation ? », *Informations sociales*, 152, 2009, 128-134.
- CHOPART, JN. *Les mutations du travail social*. Paris, Dunod, 2000, 303 p.
- Conseil Supérieur du Travail Social. *Décloisonnement et articulation du sanitaire et du social*. Editions ENSP, rapports du CSTS, 2007, 116 p.
- DONZELOT, J. « Le social du troisième type » in DONZELOT, J (Dir). *Face à l'exclusion*. Editions esprit, collection société, 1991, 15-39.
- DURNING, P. « Le partenariat : éléments introductifs, sémantiques, historiques et stratégiques » in A.P.F. La personne handicapée, sa famille, les professionnels : quel partenariat ? *Actes des 12^e journées d'étude*, janvier 1999.
- EPSTEIN, R. « Gouverner à distance. Quand l'Etat se retire des territoires », *Esprit*, novembre 2005.
- FOURDRIGNIER, M. « Partenariat et droits des usagers », in Ministère de l'Education Nationale, D.L.C., MAFPEN Créteil, Paris, Versailles, CNRSMS. Actes du colloque Précarité et action sociale. Paris, 1996, 71- 76.
- HAMZAOUI, M. *Le travail social territorialisé*. Editions de l'université libre de Bruxelles, 2002, 189 p.
- IGAS (Inspection Générale des Affaires Sociales). *Suivi, contrôle et évaluation du travail social et de l'intervention sociale*, 2005.
- ION, J. (Dir)., *Travail social et souffrance psychique*. Dunod, 2005, 208 p.

LEMAY, L. GIGUERE, R. MARCHAND, A. La médiation partenariale en contexte intersectoriel : intervention sociale en émergence, codéveloppement professionnel et recherche. *Sociétés et jeunesses en difficulté*, 6, automne 2008.

ROMAN, J., « L'Etat, les associations et le marché », *Esprit*, décembre 2008, 110-114.

VINSONNEAU A. (2008), Coopération et contractualisation pluriannuelle : Quels enjeux pour la gouvernance associative ? Journée d'étude, UNIOPSS Limousin, 17 juin 2008.

Annexe : Textes de référence

Loi n° 75-534 du 30 juin 1975 relative aux institutions sociales et médico-sociales.

Circulaire du 14 décembre 1988 relative à la mise en place du R.M.I. (Journal Officiel du 17 décembre 1988 p. 15 794).

Circulaire DH/E04-96/557 du 10 septembre 1996 relative à la constitution d'équipes d'alcoologie hospitalières de liaison.

Loi n° 98-657 du 29 juillet 1998 d'orientation relative à la lutte contre les exclusions (article 73 accès aux soins).

Circulaire DIF/DAS/DIV/DPM n° 99-153 du 9 mars 1999 relative aux réseaux d'écoute d'appui et d'accompagnement des parents.

Circulaire DGS/SQ2/DAS/DSS/DIRMI n° 99-648 du 25 novembre 1999 relative aux réseaux de soins préventifs, curatifs, palliatifs ou sociaux (Bulletin Officiel n° 99-49).

Circulaire DH/EO2/DGS/2000/182/ du 3 avril 2000 relative à la lutte contre le tabagisme dans les établissements de santé et au renforcement ou à la création de consultations hospitalières de tabacologie et d'unités de coordination de tabacologie.

Circulaire DHOS/O2 - DGS/SD6B n°2000/460 du 8 septembre 2000 relative à l'organisation des soins hospitaliers pour les personnes ayant des conduites addictives.

Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de soins. J.O. du 5 mars 2002, p 4118 (voir notamment le chapitre 5 du titre III, article 84).

Circulaire DHOS/O2/DGS/6C/DGAS/1A/1B n° 2005-521 du 23 novembre 2005 relative à la prise en charge des besoins en santé mentale des personnes en situation de précarité et d'exclusion et à la mise en oeuvre d'équipes mobiles spécialisées en psychiatrie

Circulaire DIF/DGAS/2B/DESCO/DIV/DPM/ n° 2006/65 du 13 février 2006 relative aux Réseaux d'Ecoute, d'Appui et d'Accompagnement des Parents, REAAP

Circulaire DHOS/O1/O3/CNAMTS n° 2006-151 du 30 mars 2006 relative au cahier des charges national des réseaux de santé en périnatalité.

Décret n° 2006-413 du 6 avril 2006 relatif aux groupements assurant la coordination des interventions en matière d'action sociale et médico-sociale, pris pour l'application de l'article L. 312-7 du code de l'action sociale et des familles et modifiant ce code (partie réglementaire)

Circulaire DHOS/O3/CNAM n° 2007-88 du 2 mars 2007 relative aux orientations de la DHOS et de la CNAMTS en matière de réseaux de santé et à destination des ARH et des URCAM.

Circulaire DHOS/02/UNCAM/2007/197 du 15 mai 2007 relative au référentiel d'organisation national des réseaux de santé « personnes âgées ».

Instruction ministérielle n° DGAS/5D/2007/309 du 3 août 2007 relative à la mise en place des groupements de coopération sociale et médico-sociale.

Emergence de la question du partenariat dans le champ du travail social

*Mejed HAMZAOUJ
Président de l'Institut des Sciences du Travail
Université Libre de Bruxelles*

Les modes d'intervention de la politique sociale active s'appuient sur un cadre de collaboration qualifié de partenariat, entre les différents acteurs institutionnels et périphériques aux plans vertical et horizontal. Ce cadre serait pensé dans une perspective d'approche globale et transversale de l'intervention sociale (M. Hamzaoui, 2008) auprès du public ciblé, renforçant et multipliant les dispositifs et les mécanismes de concertation, de consultation, de négociation et de maillage.

1. Introduction

La nouvelle formule de "maillage institutionnel", fondée sur la mobilisation des différents acteurs et institutions porteurs de logiques souvent divergentes mais travaillant ensemble, repose sur le redéploiement des "alliances" entre les partenaires pour résoudre des problèmes sociaux traités traditionnellement par des politiques sectorielles qui les cloisonnent et les séparent institutionnellement et techniquement les uns des autres.

Partant de cette problématique, notre question centrale serait : « S'agit-il des nouveaux enjeux fondés sur le décroisement, l'échange réciproque, la convergence d'intérêts ou s'agit-il d'un établissement des rapports de partenariat avec les différents niveaux d'exercice du pouvoir sur le mode de la tutelle, autrement dit de la reproduction de rapports de force? ».

L'enjeu des transformations du champ social d'aujourd'hui est réduit au seul facteur d'adaptation à la « nouvelle technologie sociale » ou bien à un hypothétique passage au social post-moderne, tout en faisant l'économie d'analyse du processus historique et idéologique de la formation des « nouveaux » modes de gestion des politiques sociales.

C'est la « nouveauté » qui est au cœur de la controverse puisqu'il y a des interprétations divergentes et concurrentes de ce qui fait la nouveauté de ces politiques. Le nouveau n'est sans doute jamais aussi différent de l'ancien que ce que ce qualificatif pourrait faire croire, s'il veut s'en démarquer, il s'y réfère en même temps et réutilise des éléments du passé. Enfin, on n'est pas encore au bout de la construction de ce nouveau. Beaucoup de points d'interrogation subsistent sur ce qui fait la nouveauté de ces politiques (I. Pouillet, 1995).

Lorsque l'on analyse certains programmes de partenariat des nouvelles politiques sociales, « la nouveauté a parfois le goût de la réminiscence »³⁰. Il est donc nécessaire de relativiser ce « label » de nouveauté attribué à beaucoup de projets sociaux et à des méthodes d'intervention sociale qui n'ont de « neuf » que l'intérêt qu'on leur porte. En d'autres termes, la nouveauté de la notion de partenariat doit sa signification « au regard de la dynamique économique et sociale et non au caractère novateur de la réglementation qui s'y réfère » (V. Merle, 1989).

Du point de vue méthodologique, on peut avancer l'idée que les « nouvelles technologies sociales », comme outils de modernisation de l'action et de management public, ne résistent pas aux analyses globales de ses conditions d'émergence et aux écarts entre prescription et réel. On dira donc qu'il y a un décalage entre la description politico-gestionnaire (discours managérial) et la réalisation à partir de l'expérience du terrain (M. Hamzaoui, 2007).

Ces analyses sont le résultat de mes recherches empiriques (recherche évaluative, prospective et biographique) en Belgique francophone et d'un cadre de travail fondé sur des méthodes d'analyse secondaire et transversale destinées à saisir les fondements, la portée et les limites de la recomposition des politiques publiques en matière sociale ainsi que des modalités de leur réalisation.

³⁰ REA A., *La société en miettes. Epreuves et enjeux de l'exclusion*, Ed. Labor, Bruxelles, 1997, p. 76.

Ce travail d'analyse secondaire et transversale ne relève pas d'une conception restrictive de l'évaluation, de l'identification et de la prospection selon laquelle il faudrait s'arrêter à l'analyse de résultats en fonction d'un objectif fixé. Mais il aborde la question des significations et des logiques latentes, les répercussions et les effets de ces nouvelles recompositions référentielles.

2. La notion de partenariat comme une « norme positive »

Dans cette perspective, la notion de partenariat résulte d'une "entente réciproque" fondée sur le volontariat et l'égalitarisme (C. Landry, 1994), d'une "cause commune" (J.P. Hiernaux, 1988), d'une "action commune négociée" qui implique à la fois la dimension coopérative et la dimension conflictuelle. Pour d'autres il s'agit d'un dispositif qui s'enracine dans l'hétérogène pour impulser la créativité (J. Clénet, C. Gérard, 1994), voire "d'un nouveau contrat social" entre l'État et les régions pour lutter contre l'exclusion.

Mais au-delà de la tentative de constituer une "norme positive" ou une démarche contribuant à construire le partenariat pour trouver sa "vraie nature" et afin d'assurer de nouvelles formes de régulation, il nous semble plus pertinent de déplacer le débat sur la fonction de légitimation des pratiques partenariales, pour mieux s'interroger sur ce que recouvre et / ou occulte la notion de partenariat. Ceci permet, selon nous, de mieux cerner un discours sur le partenariat, que certains qualifient de "stratégie du consensus", "d'entente", de "négociation" ou de "sortie de crise",... occultant ainsi un cadre conflictuel reflétant les intérêts et positionnements contradictoires des acteurs constituant la base des rapports sociaux (D. Zay, 1997).

2.1. L'émergence du partenariat

Selon l'hypothèse de Danielle Zay³¹, l'émergence du partenariat correspond à une mutation de société. Cette mutation se traduit par le passage de l'époque des "Trente glorieuses" au cours de laquelle le partenariat évoquait par exemple la négociation entre "partenaires sociaux" pour les conflits sociaux avec comme référence "l'idéologie

³¹ ZAY, D., « Le partenariat en éducation et en formation : émergence d'une notion transnationale ou d'un nouveau paradigme ? », *Education permanente*, n° 131, Paris, 2/1997.

conflictuelle” et la “lutte de classes”, à une période dite de “crise” (depuis les années 80) où le modèle de partenariat de type anglo-saxon (principalement en Amérique du Nord) fait référence à une « vision systémique du monde » dans laquelle les relations entre acteurs et institutions sont de plus en plus “interdépendantes et globalisées”.

L'émergence de ce modèle de partenariat lié aux impératifs économiques de la globalisation et fonctionnant sur une idéologie de consensus et d'implication est en vogue, rencontrant un réel “succès” dans les domaines éducatif, social, urbain, sécuritaire, etc., sur le plan européen, national, régional et local.

2.2. La limite d'un partenariat comme expression d'une société en mutation, globale et mondialisée

L'hypothèse d'une société en mutation fondée sur la recherche d'une mobilisation, de consensus et de convergences d'intérêt entre partenaires, ne peut occulter, nous semble-t-il, ni le cadre conflictuel qui traverse la société actuelle³², ni les pratiques sous tutelle hiérarchiques, fonctionnelles et financières. Ce lien de dépendance se traduit souvent par un double mouvement : la reproduction des rapports de force dans les rapports sociaux en vue de redistribuer le pouvoir et la reproduction des liens d'affiliation et de tutelle basés sur la “pilarisation” du système³³.

Si l'apparition du terme “partenariat” dans la littérature des sciences sociales et les textes officiels est récente, le mode de collaboration, de coordination, de concertation, de liaison,... entre organismes ou entre professionnels du sont anciens.

³² Exemple de la Belgique ou de la France en est significatif : des “révoltes” urbaines des jeunes issus de l'immigration, des grèves des lycéens ou des salariés contre les fermetures et délocalisation des entreprises à la mobilisation des chômeurs, des SDF, de l'usagers des trains, ou des Collectifs des “sans-papiers” et la lutte contre les centres fermés pour les étrangers.

³³ Le système belge est fondé sur des piliers de type communautaire-linguistique (francophone, néerlandophone et germanophone), philosophique (laïque et confessionnel) et socio- politique (socialiste, socio-chrétien, libéral).

Dans les années soixante et septante, plusieurs coordinations³⁴ ont vu le jour en Belgique. Certaines avaient pris naissance à l'initiative de travailleurs sociaux issus d'institutions et de secteurs d'aide ancrés localement. Ces types de coordination sociale sont caractérisés, "par la motivation et la liberté de participation: s'y retrouvent (sans qu'aucune institution n'y monopolise le pouvoir) tous ceux qui se définissent comme travailleurs sociaux et qui souhaitent décloisonner les secteurs de l'aide à la population trop rigides à leurs yeux".

D'autres sont issues d'un cadre législatif, fixant dans les textes les normes de reconnaissance et les missions, comme par exemple ces trois services ayant la coordination dans leurs attributions légales: le Comité de protection de la jeunesse (la loi du 8 avril 1965 relative à la Protection de la jeunesse), le Service de santé mentale (Arrêté Royal du 20 mars 1975 relatif à l'agrégation des services de santé mentale) et le Centre public d'aide sociale (les articles 61 et 62 de la loi organique des CPAS de 1976).

Si la coordination sociale des travailleurs sociaux est considérée comme un outil de changement pour transformer les relations entre les différents acteurs du système, par contre les textes prévus par la loi précitée considèrent la coordination comme une collaboration entre des institutions dont les définitions sont peu claires : outil, moyen technique, lien fonctionnel de collaboration entre équipes ou entre organisations, pour couvrir un secteur déterminé de l'aide sociale (sauf le CPAS qui met l'accent sur les "besoins individuels ou collectifs")³⁵.

Ce qui est nouveau dans l'utilisation de ce terme de partenariat dans le champ social par rapport aux autres formules de "maillage institutionnel" ou de lieux de rencontre entre les professionnels (coordination, réseau, collaboration, coopération, etc.), c'est que tous les programmes des politiques sociales actives et territorialisés (M. Hamzaoui, 2002 et

³⁴ Les années quatre-vingt sont des années charnières en Communauté française entre l'institutionnalisation des expériences de coordination sociale et l'émergence du terme "partenariat" dans le discours et les pratiques sociales, comme l'attestent plusieurs recherches-actions et articles à ce sujet: B. FRANCO, "La coordination sociale comme processus politico-administratif, 1re. partie: de l'aggiornamento à la crise financière", Ed. *Service Européen de Coopération pour les Jeunes, Bruxelles, 1984*; CRIDIS et CSUR/UCL, "Les groupes de coordination sociale locale. Recherche-action sur les enjeux et les perspectives de l'action sociale à partir du champ d'intervention local", Recherche réalisée à la demande du Service des Études et de la Recherche Scientifique du ministère de la Communauté française, décembre 1988, voir la *Revue d'Action Sociale*, "Le partenariat: une évolution réaliste du travail social", Liège, 1988.

³⁵ CRIDIS, "La coordination sociale", *Contradictions*, n° 42, Bruxelles, hiver 1984-1985, p. 98.

2005a) se caractérisent, par une injonction ou une incitation à être réalisés dans un partenariat défini dans le temps et dans l'espace³⁶. Ainsi, ces programmes ne peuvent voir le jour que s'ils sont conçus en partenariat (condition préalable dans toutes procédures de subvention de projets tant au niveau européen, fédéral que régional ou local). Ce modèle de partenariat systématisé et conditionnel, qui recouvre essentiellement une acception institutionnelle et de moins en moins une référence de coordination entre professionnels, ne cherche pas uniquement à coordonner les différents acteurs et institutions du même secteur. Il cherche surtout à substituer à une logique sectorielle, des principes de régulation fondés sur le décloisonnement de secteur dans différents domaines des politiques publiques ainsi que la territorialisation de l'intervention publique dans le champ social.

3. Le partenariat à l'épreuve de l'action

La mise en œuvre des actions menées en partenariat, fondée sur une "régulation inter-sectorielle et territorialisée" nécessite donc à la fois une redéfinition des modes d'intervention et des frontières entre les différentes politiques publiques. S'agit-il, dans ce redéploiement sur plusieurs frontières, obligeant les partenaires à collaborer, voire à porter un nouveau regard sur ses possibilités, d'une nouvelle organisation du travail qualifiée par certains auteurs de post-taylorienne? S'agit-il de nouveaux enjeux fondés sur le décloisonnement, l'échange réciproque, la convergence d'intérêts ou s'agit-il d'établir des rapports de partenariat avec les différents niveaux de pouvoir sur le mode de la tutelle autrement dit, de la reproduction de rapports de force?

3.1. La logique de partenariat obligé

Dans ce "nouveau" maillage institutionnel, la démarche partenariale, qui s'inscrit, comme les autres instruments, dans un processus de modernisation des rationalités d'action et d'organisation des politiques publiques, conduit l'État fédéral et les gouvernements

³⁶ Cf. Annexe au *Cahier pédagogique* n° 2 : "Partenariat et négociation", "Vade-mecum: des principaux programmes en partenariat dans la Région de Bruxelles-Capitale", réalisé par CRIDIS, Ed. Commission communautaire française, Bruxelles, 1996; ou encore, *Les Cahiers de la DRISU*, Initiatives locales et développement social de la ville, Bruxelles, juin 1998.

régionaux (wallon ou bruxellois) à s'associer de plus en plus étroitement avec les autorités et partenaires locaux (M. Hamzaoui, 2005b).

Cette démarche qui multiplie les structures d'interface et les dispositifs de partenariat à différents échelons y devient ce que l'on peut appeler le "partenariat obligé" qui correspond en fait à une tentative de modélisation de l'offre de "nouvelles" politiques sociales par l'État fédéral et ses entités fédérées.

Ce type de partenariat obligé et systématisé dans les dispositifs sociaux territorialisés, exige, sur le plan des principes, une concertation pour finaliser des conventions entre partenaires institutionnels afin de réaliser des actions communes.

Cette procédure de concertation se fait dans un partenariat inter-institutionnel et infra-régional qui regroupe, selon les types de programmes et les politiques régionales, des instances interministérielles (Région bruxelloise) ou interdépartementales (Région wallonne) ou, à défaut, une administration de tutelle (par exemple la Société Régionale Wallonne de Logement pour les opérations de régies de quartier) et les autorités locales (la commune et le CPAS). Ce type de partenariat est coordonné, géré et animé soit par les administrations, des "missions du deuxième type" (J. Donzelot et Ph. Estèbe, 1994) soit par les administrations classiques.

D'autre part, cette procédure se fait dans un partenariat local, souvent sous tutelle du pouvoir communal. On y trouve à la fois les dispositifs d'insertion territorialisée (associations parapubliques), les institutions publiques locales, le monde associatif et parfois le secteur marchand privé. L'objectif de cette réorganisation du social local sur le mode de partenariat reprend le même leitmotiv: le décroisement des secteurs par des procédures concertées, comme l'a bien précisé le ministre-président du gouvernement bruxellois³⁷ (1993) dans l'allocution d'ouverture d'un colloque : "Pour en finir avec le cloisonnement et l'indifférence, les actions que soutient l'Exécutif (bruxellois) doivent

³⁷ Communication du Ministre-président Charles Picqué, faite par Y. VAN DE VLOET, conseiller du ministre, chargé du programme intégration-cohabitation, in *Actes de la journée d'étude "Les réussites et difficultés de l'animation des espaces publics"*, STICS-asbl, Bruxelles, 12 novembre 1993, p. 13.

s'appuyer sur une concertation organisée autour de responsables communaux et réunissant les associations significatives par leur action sur le terrain".

3.2. Les limites d'un programme commun concerté

Nous avons vu dans les pratiques contractuelles concernant les opérations ZIP/QI et régies de quartiers les limites du programme commun concerté, ou la difficulté d'instaurer des règles négociées, avec un "engagement réciproque" entre les différents partenaires à situation et positionnement inégaux. En réalité, les deux niveaux de partenariat ont des missions et des logiques de fonctionnement propres qui relèvent à la fois du principe de dépendance hiérarchique et fonctionnelle et de la division du travail.

3.2.1. Le maillage institutionnel régional

Pour le premier niveau de partenariat inter-institutionnel infra-régional, on retrouve les représentants de cabinets ministériels, de l'administration régionale (DGATL) et des élus locaux (souvent le bourgmestre ou l'échevin et le président du CPAS ou son représentant). Ce type de partenariat a pour mission et fonction d'impulser des projets dans un cadre de travail concerté et de veiller sur le plan local au bon déroulement des actions menées.

Ceci se traduit dans le concret par une hiérarchisation des missions et des fonctions. Ainsi, la Région wallonne comme partenaire incontournable, occupe une position centrale dans la conception philosophique, les méthodes procédurales d'éligibilité des actions à mener et des territoires d'intervention, le mode de subsidiarité, d'évaluation et l'attribution du label ZIP/QI. Ensuite, l'administration régionale (DGATL) qui doit gérer les dossiers et veiller au respect des normes administratives et du code wallon de l'aménagement du territoire, de l'urbanisme et du patrimoine (C.W.A.T.U.P.). Et enfin, le pouvoir communal qui a pour fonction de faire le lien entre les instances régionales et les partenaires locaux (publics, privés et associatifs) concernés.

Ayant une position médiane sans affaiblir leur autonomie reconnue par la loi (notons l'absence des autorités provinciales dans cette "nouvelle" politique sociale et

partenariale), les autorités communales ont renforcé, via leur implication “incontournable” dans les dispositifs de partenariat, leur légitimité vis-à-vis de la “nouvelle” entité fédérée afin d’exercer leur pouvoir d’influence et de contrôle ou d’exercer leur capacité d’impulsion des nouvelles politiques publiques dans le cadre de ce partenariat local.

3.2.2. Le maillage institutionnel local

Si l’on s’en tient à l’approche qui définit le “nouveau” maillage institutionnel comme un élément qui déplace la logique sectorielle vers une logique de régulation fondée sur le déclouisonnement des secteurs, les partenaires locaux seraient appelés à en devenir les principaux intervenants.

Or le partenariat local, qui repose sur des réseaux intersectoriels sous l’autorité du pouvoir local³⁸, a pour fonction principale de veiller à la mise en œuvre d’un programme effectué sur le terrain par les dispositifs d’insertion territorialisés et au respect du cahier des charges. Autrement dit, cette structure de partenariat local est loin d’être une structure d’orientation politique et de contrôle des activités, comme c’est le cas du partenariat institutionnel infrarégional. Il semble donc que l’usage du vocable “initiative locale” et partenariale soit impropre pour ce modèle de réseaux.

Réduit à une fonction secondaire et subalterne afin d’exécuter les “nouvelles” politiques et pratiques sociales conçues par le haut, ce maillage institutionnel local se traduit dans le concret par une double contradiction et un décalage entre le discours managérial et les pratiques de terrain :

³⁸ Outre le pouvoir communal, les CPAS coordonnent de plus en plus les “nouvelles” politiques sociales au niveau local et principalement dans les quartiers dits en “crise”. Par exemple, la Région bruxelloise incite les CPAS à coordonner les actions programmées au sein de ces quartiers, suivant les indications du Plan Régional de Développement pour la coordination des services et des équipements, notamment en matière sociale, au plan local. Il s’agit effectivement “de veiller à ce que cette coordination dans les quartiers en difficultés soit organisée à partir des CPAS et puisse, le cas échéant, utilement s’appuyer sur un plan d’action pluriannuel négocié entre l’ensemble des intervenants et des pouvoirs subsidiaires”. In Point 24^e de l’annexe à l’arrêté du Gouvernement de la Région de Bruxelles-Capitale du 24 avril 1997 arrêtant le projet de plan régional de développement modifiant les dispositions indicatives du plan régional de développement arrêté le 3 mars 1995. Voir également les *Cahiers de la DRISU*, Initiatives locales et développement social de la ville, op. cit., p. 84.

Dans le cadre de partenariats locaux en Wallonie, comme les régies de quartier, les CPAS et les sociétés locales de logements sociaux, souvent représentés par des élus locaux, occupent une position centrale.

- Premièrement, la recherche des principes de régulation fondés sur le découplage, la complémentarité et la synergie dans le partenariat local est envisagée uniquement sous l'angle instrumental en ce qu'elle vise exclusivement la performance productive de l'organisation elle-même (rationalisation et optimisation du coût et des moyens à atteindre de l'intervention sociale). On est loin d'un partenariat comme lieu pluriel de confrontation et de négociation des conceptions, des politiques et des pratiques sociales en vue d'engagements réciproques. Le plus souvent, le partenariat se manifeste comme une simple juxtaposition ou articulation de secteurs et de fonctions professionnelles fermés sur eux-mêmes.
- Deuxièmement, la régulation intersectorielle et territorialisée aboutit finalement à des formes d'organisation du travail complètement segmentées et spécialisées. En d'autres termes, à chaque projet ou programme d'une gestion territoriale des problèmes, on crée une commission ou un partenariat spécialisé et sectorisé dans le domaine de la sécurité, de la scolarité, de l'exclusion sociale, de la rénovation urbaine, etc.
- Pour la réalisation d'une action partenariale, il nous semble insuffisant d'expliquer les contradictions et le décalage entre la perception et le réel seulement par le défaut d'un travail sur la construction de normes communes à l'ensemble des partenaires, sans tenir compte des rapports sociaux et institutionnels restés fortement liés au principe de dépendance hiérarchique, fonctionnelle et de la division du travail.

4. Le monde associatif local : entre concurrence et marginalisation

On ne peut clôturer la question du partenariat comme instrument managérial de l'action publique, sans évoquer le positionnement et la perception du monde associatif local.

En effet, ce dernier apparaît dans une situation relativement marginale dans le processus de construction du partenariat. Il n'est pas en mesure de peser sur les enjeux importants de la "nouvelle" politique sociale active et territorialisée dans les quartiers. Or, le monde associatif local a été le premier à subir les effets des modifications structurelles et des changements de stratégie des autres partenaires (J-L. Ferrand, 1997). Il se trouve dans l'obligation de participer à cette régulation intersectorielle et territorialisée et dans une

situation de concurrence avec les nouveaux dispositifs d'insertion territorialisés. Cette relation de type concurrentiel est loin d'être perçue comme un modèle de synergie et de complémentarité, par les associations locales. Le rapport de recherche³⁹ sur les "contrats de sécurité et de société" évoque cet état de tension dans lequel "nombreuses furent les institutions, surtout dans le secteur associatif, qui virent littéralement "débarquer" de nouveaux intervenants, parfois sans grande expérience, mais toujours avec des moyens matériels et humains généralement impensables jusqu'alors".

Outre le caractère d'incitation ou même d'obligation à participer au partenariat piloté par les pouvoirs publics locaux destinés à garantir la manne des subsides et le volume d'emploi, la perception des associations de la régulation intersectorielle et territorialisée est fort éloignée du discours pragmatique managérial du social actif et territorialisé.

Dans le cadre de notre recherche sur les ZIP/QI (M. Hamzaoui, 1996), les associations locales interviewées (une trentaine d'associations intervenant dans les quartiers d'initiative (QI) paraissent marquées, malgré la diversité de leurs objectifs et de leurs modalités d'intervention, par des caractéristiques communes qui posent question quant à leur définition, leur stabilisation, et leur inscription dans l'espace social et institutionnel local.

Ces caractéristiques communes s'inscrivent d'abord dans une logique sectorielle et catégorielle, ensuite dans une logique territoriale "traditionnelle" et enfin, dans la logique du système de piliers qui caractérise le système belge.

- La logique sectorielle et catégorielle: la tendance majeure des associations locales s'inscrit dans un modèle d'intervention sectorielle (parascolaire, protection de la jeunesse, aide sociale, immigration et interculturelle, troisième âge, petite enfance, etc.) et catégorielle (enfants scolarisés, jeunes d'origine étrangère, bénéficiaires des minimas sociaux, personnes âgées, etc.).

³⁹ MARY Ph., les "contrats de sécurité et de société dans la Région de Bruxelles-Capitale", Rapport de recherche, Université Libre de Bruxelles, Ed. IRIS/BRES, dossier n° 34, 1997, p. 46.

- La logique territoriale "traditionnelle": si l'affirmation du territoire comme lieu d'intervention transversale et intégrée repose sur plusieurs éléments intégrateurs (le décloisonnement, le partenariat, la mobilisation et l'exploitation des "ressources locales" et l'adéquation entre l'offre et la demande de service), cette affirmation territoriale est loin d'être la règle générale du tissu associatif. L'intervention territoriale de ces associations ne se manifeste pas par la mobilisation des éléments cités plus haut mais par une définition sectorielle et catégorielle du territoire investi (par exemple: l'intervention est fonction du lieu scolaire, du troisième âge ou de l'habitat...)
- La logique du système de piliers: au vu de la diversité de ses objets et de ses champs d'intervention, le tissu associatif des QI apparaît comme un cadre "horizontal" diversifié et pluraliste. Mais cela ne doit pas faire oublier l'existence également d'une construction "verticale" de certaines associations liées à l'histoire du mouvement associatif, en rapport avec les deux grands piliers, socialiste et chrétien.

La construction "verticale" est déterminante lors de choix de travail et de relation régulière avec les organismes ou réseaux hors QI. La majorité des associations issues de ces deux piliers a tendance à se référer à "l'arbre généalogique" de leur association (rapport centre-périphérie).

Bibliographie

ANADON, M., "Les mots, les arguments". Le discours officiel québécois sur le partenariat dans la formation des enseignants, 1997.

Actes de la journée d'étude, *Les réussites et difficultés de l'animation des espaces publics*, STICS-asbl, Bruxelles, novembre 1993.

Cahier pédagogique n° 2: « Partenariat et négociation. Vade-mecum: des principaux programmes en partenariat dans la Région de Bruxelles-Capitale », réalisé par CRIDIS, Ed. Commission communautaire française, Bruxelles, 1996.

Cahiers de la DRISU, Initiatives locales et développement social de la ville, Bruxelles, juin 1998.

CLENET, J. et GERARD, G., Partenariat et alternance en éducation. Des pratiques à construire, Ed. L'Harmattan, Paris, 1994.

CRIDIS et CSUR/UCL, « Les groupes de coordination sociale locale. Recherche-action sur les enjeux et les perspectives de l'action sociale à partir du champ d'intervention local », Recherche réalisée à la demande du Service des Études et de la Recherche Scientifique du ministère de la Communauté française de Belgique, décembre 1988.

CRIDIS, « La coordination sociale », in *Revue Contradictions*, n° 42, Bruxelles, hivers 1984-1985.

DONZELOT, J. et ESTEBE, Ph., *L'Etat animateur. Essai sur la politique de la ville*, Ed. Esprit, Paris, 1994.

FERRAND, J-L., « Partenariat et formation professionnelle continue : de l'inexistence d'un concept », in *Revue Education permanente*, n° 131, Paris, 1997.

FRANCO, B., «La coordination sociale comme processus politico-administratif, 1ère. partie : de l'aggiornamento à la crise financière», Ed. Service Européen de Coopération pour les Jeunes, Bruxelles, 1984.

HAMZAOUI, M., (sous la dir.de), *Le social à l'épreuve de la politique transversale*, Revue Les Politiques Sociales, n°3-4, Bruxelles, 2008.

HAMZAOUI, M., «Question sociale et fragilisation du lien social », *Revue EMPAM*, n° 66, Toulouse, Ed.érès, juin 2007.

HAMZAOUI, M., *El Trabajo Social Territorizado : Las transformaciones de la accion publica en la intervencion social*, Ed. Presses Universitat de Valencia (PUV), coll. Trabajo Social, 2005a.

HAMZAOUI, M., « Amélioration du cadre de vie et renforcement de la cohésion sociale dans les quartiers populaires : vers une implication active des habitants?», *Revue Travail, Emploi et Formation (TEF)*, n° 5, éditée par le Centre de Sociologie du Travail, de l'Emploi et de la Formation, Université Libre de Bruxelles, 2005b.

HAMZAOUI, M., *Le travail social territorialisé*, Les éditions de l'Université de Bruxelles, Coll. « Sociologie du travail », Bruxelles, 2002.

HAMZAOUI, M., « Les régies de quartier : un nouveau dispositif d'insertion locale en Wallonie», in *Année Sociale 1995*, Institut de Sociologie-Université Libre de Bruxelles, juin 1996.

HIERNAUX, J-P., « Le partenariat, une perspective de développement en travail social », in *Revue de d'Action Sociale*, n° 5, Liège, 1988.

MERLE, V., « Les nouvelles formes d'emploi en France », in *Travail et Emploi*, n° 39, Paris, 1989.

POULLET, I., *Les nouvelles politiques de prévention. Une nouvelle forme d'action publique ?*, rapport de recherche réalisé par le département de Criminologie et de droit pénal-UCL, Services fédéraux des affaires scientifiques, techniques et culturelles, Bruxelles, 1995.

Revue d'Action Sociale, *Le partenariat: une évolution réaliste du travail social*, Liège, 1988.

REA, A., *La société en miettes. Epreuves et enjeux de l'exclusion*, Ed. Labor, Bruxelles, 1997.

ZAY, D., « Le partenariat en éducation et en formation : émergence d'une notion transnationale ou d'un nouveau paradigme ? », in *Revue Education permanente*, n° 131, Paris, 1997.

De la gouvernance des établissements à la gouvernance des territoires

Valérie LEYS
Directrice des Formations
IRTS de Basse-Normandie - Caen - France
vleys@irts-bn.asso.fr

Le secteur social et médico-social en France est majoritairement géré par des associations. L'association, en tant que forme organisationnelle, mérite que l'on s'y attarde du fait de sa place prépondérante. Les apports théoriques sur la gouvernance d'entreprise sont très largement transposables aux fonctionnements associatifs. Ainsi, la théorie de l'agence nous éclaire sur les éventuels conflits d'intérêt entre les administrateurs bénévoles et les dirigeants salariés ; tandis que la théorie des parties prenantes attire notre attention sur la nécessité d'un système de gouvernance ouvert sur son environnement. Une fois ces traits génériques identifiés, il nous faut poser la question des spécificités associatives. Ces spécificités existent-elles réellement et, si oui, quel est leur impact sur les modes de gouvernance des organisations et le positionnement du dirigeant ?

La forte hétérogénéité de l'association en fait une forme organisationnelle difficile à cerner. De plus, la conciliation de l'engagement bénévole et des contraintes gestionnaires est de plus en plus complexe à réaliser pour les dirigeants associatifs. Sous la pression des politiques publiques, les associations se regroupent et développent des stratégies territoriales. Ces évolutions nous conduisent à revisiter nos pratiques en matière de formation des cadres et dirigeants du secteur sanitaire et social.

Cette réflexion s'inscrit dans le cadre d'une recherche doctorale en sciences de gestion menée à l'Université de Caen depuis juin 2008. Afin de situer notre propos, nous présenterons dans un premier temps le contexte et les principales étapes de ce travail de recherche. Nous évoquerons ensuite les premiers résultats obtenus à ce stade de la

démarche pour finalement engager une réflexion autour de la question des formations au management.

1. Le processus de recherche

1.1. Le cadre théorique

D'un point de vue théorique, notre propos se situe dans une perspective interactionniste. Pfeffer et Salancik⁴⁰ définissent l'organisation comme une coalition de groupes d'intérêts, chacun d'entre eux attendant d'obtenir quelque chose de la collectivité grâce à ses interactions avec les autres et chacun ayant ses propres intérêts et objectifs. Le résultat de ces échanges et interactions est constitutif de l'organisation.

Cette conception des relations entre une organisation et son environnement conduisent les auteurs à définir la théorie sur laquelle nous nous appuyons, dite « théorie de la dépendance des ressources ». Selon eux, l'environnement est constitué de demandes conflictuelles pour les organisations. Le dirigeant est obligé de traiter ces demandes conflictuelles et de gérer ces coalitions d'intérêts. La fonction primordiale du manager est alors d'être un symbole, c'est-à-dire un point de focalisation des succès et des échecs de l'organisation.

Le deuxième axe structurant de nos références théoriques est l'importance de l'ancrage spatial des organisations. La notion de « territoire », largement utilisée dans le registre des politiques publiques, constitue une « scène » sur laquelle se « jouent » les relations entre différents acteurs appartenant à différentes organisations. La délimitation par l'action publique d'un territoire d'intervention a pour conséquence de désigner un certain nombre d'acteurs « autorisés » à faire entendre leur voix de manière officielle. Il s'agit du territoire prescrit. Mais nous mobilisons une deuxième dimension pour notre analyse, il s'agit du territoire construit et émergent développé par les acteurs locaux. Cette approche

⁴⁰ PFEFFER J., SALANCIK G., *The External control of organizations, a resource dependence perspective*, Stanford University Press, 1978.

dialectique du territoire permet de faire apparaître que la délimitation de la « scène » de l'action constitue en elle-même une source d'enjeux pour les acteurs.

1.2. Les objectifs et la méthode

Cette démarche de recherche a tout d'abord pour objectif de comprendre et analyser les interactions entre les établissements de santé sur un territoire. Il s'agira ensuite d'identifier des facteurs facilitant la coopération et des facteurs de blocage pour évaluer, enfin, quelles sont les conditions propices à la mise en place de groupements ou de communautés de territoire.

Il s'agit d'une étude de cas longitudinale centrée sur un territoire de santé à dominante rurale. L'analyse est de type qualitatif, réalisée à partir d'un corpus de 24 entretiens menés auprès de trois principaux groupes d'acteurs : des élus politiques locaux, des directeurs d'établissement et des représentants des pouvoirs publics. Les résultats s'appuient également sur une expérience professionnelle en tant que responsable d'une organisation médico-sociale associative.

2. Apports et limites de la gouvernance associative

2.1. Qu'est-ce que la gouvernance ?

Si la notion de gouvernance nous vient directement du monde de l'entreprise privée, elle a aujourd'hui largement dépassé ces frontières pour intégrer le domaine de l'action publique (« gouvernance territoriale »), de la santé (« gouvernance hospitalière ») et du secteur privé non lucratif (« gouvernance associative »). Le secteur de l'intervention sanitaire et sociale se trouve de fait lui aussi traversé par cet engouement pour un concept à première vue novateur.

La diffusion du concept de gouvernance dans notre secteur est à relier aux mutations profondes qui le traversent depuis le début des années 2000. La professionnalisation des acteurs, la complexification du cadre réglementaire et budgétaire, les impératifs de

transparence, de visibilité et de gestion efficiente des fonds publics rendent nécessaire la refonte des systèmes de pilotage des organisations.

Les lois du 2 janvier 2002 et du 11 février 2005 ont fortement participé à l'instauration de nouvelles formes de régulation, prônant la participation des usagers, fixant des exigences de qualification, d'évaluation, de planification ou encore de contractualisation. Enfin, les perspectives de regroupements, fusions et autres recompositions viennent percuter de plein fouet les pratiques managériales et de gouvernance en redistribuant les rôles au sein des instances dirigeantes.

Gérard Charreaux définit la gouvernance d'entreprise comme : « *L'ensemble des mécanismes organisationnels qui ont pour effet de délimiter les pouvoirs et d'influencer les décisions des dirigeants, autrement dit, qui gouvernent leur conduite et définissent leur espace discrétionnaire.*⁴¹ » Cette définition met ainsi l'accent sur la problématique du contrôle du dirigeant au sein de la personne morale et sur la nécessité de faire prédominer les objectifs collectifs (pérennité de l'entreprise) par rapport aux intérêts individuels.

Une autre définition donnée par Roland Pérez (2003) élargit la notion de gouvernance pour la sortir d'un face-à-face, considéré par certains auteurs comme trop réducteur, entre actionnaire et dirigeant. Pour Pérez la gouvernance d'entreprise s'apparente à un « *dispositif institutionnel et comportemental régissant les relations entre les dirigeants d'une organisation et les parties concernées par le devenir de ladite organisation*⁴². »

2.2. Place des associations dans le système sanitaire et social français

En France, le système sanitaire, social et médico-social est géré par trois types d'acteurs :

- Le secteur public (hôpitaux et établissements médico-sociaux rattachés à la fonction publique territoriale) ;

⁴¹ CHARREAUX G., *Le Gouvernement d'entreprise*, Paris, Economica, 1995.

⁴² PEREZ R., *La gouvernance de l'entreprise*, Paris, La Découverte, 2003.

- Le secteur privé lucratif (cliniques et maisons de retraite pour l'essentiel) ;
- Le secteur privé non lucratif (hôpitaux, cliniques et une majorité d'établissements médico-sociaux). Les structures du secteur privé non lucratif prennent généralement deux formes juridiques très proches : l'association ou la fondation.

Le secteur privé à but non lucratif est plus présent dans le secteur social et médico-social sous la forme associative (56% des lits et places) que dans le secteur de la santé, où il a plus de mal à faire reconnaître sa place (15% des lits et places) entre un secteur public majoritaire (66%) et un secteur privé en plein développement (19%).

Peu connu du grand public, le secteur privé non lucratif est souvent défini comme un modèle de gestion alliant les avantages du privé et du public pour le plus grand profit de l'utilisateur. *« Le secteur privé non lucratif, souvent désigné par les termes de “troisième voie”, fait partie intégrante de l'économie sociale. Il est aujourd'hui un acteur important de l'offre de soins et de l'aide à la personne tant dans le champ sanitaire que social et médico-social. Il a fait ses preuves en termes d'efficacité et de performance, à tel point que l'on peut aujourd'hui parler d'un vrai modèle alliant souplesse de gestion et dynamisme à la qualité du service, proximité de l'offre de soins à l'adaptation aux besoins de la population. »*⁴³

Par comparaison avec le secteur privé lucratif, ces établissements et services remplissent une mission d'intérêt général et sont soumis à des obligations en termes de garantie de l'accès aux soins pour tous, de permanence et de continuité des soins, de jour comme de nuit. D'autre part, la valeur créée par l'établissement n'est pas redistribuée aux actionnaires, mais elle doit obligatoirement être réinvestie au profit de l'utilisateur, c'est-à-dire consacrée au développement de la qualité du service.

Par comparaison avec le secteur public, les établissements et services du privé non lucratif, appliquent des modalités de gestion plus souples et plus équilibrées que celles des structures publiques. Ainsi, les organisations sont plus flexibles et plus adaptables

⁴³ Emmanuel Duret, Président de la FEHAP, *Perspectives sanitaires et sociales*, décembre 2007.

aux exigences de l'environnement. Les directeurs bénéficient d'une plus grande autonomie et d'un pouvoir de décision plus important que leurs homologues du secteur public (par exemple, un directeur d'établissement associatif a autorité sur l'ensemble du personnel salarié, y compris médical). Les ressources humaines sont soumises aux règles du droit privé, ce qui permet plus de flexibilité en termes de recrutement, de licenciement, et favorise la recherche d'efficacité dans les dépenses de personnel. Enfin, les achats sont encadrés par des règles moins formelles que celles fixées par le code des marchés publics, ce qui assure une plus grande réactivité dans les investissements.

Pour toutes ces raisons, le secteur privé non lucratif, qu'il prenne la forme d'associations ou de fondations, est souvent cité en exemple comme le mode d'organisation permettant de concilier au mieux différentes contraintes et de développer une prise en charge de proximité au seul profit de l'utilisateur. Il est à noter également que ce secteur n'est en rien une spécificité française : il se développe partout en Europe et représente 57% du parc hospitalier aux Etats-Unis. Malgré toutes ces forces, le secteur privé non lucratif apparaît aujourd'hui comme un système organisationnel fragilisé par différentes sources de tension.

2.3. Le secteur privé à but non lucratif : un système sous tension ?

2.3.1. Une forte pression économique

La réforme du système de tarification mise en place depuis 2004 a considérablement renforcé les contraintes de gestion dans les établissements de santé, quel que soit leur statut. En 2008, la pression s'est accentuée du fait de la mise en œuvre pleine et entière du système de tarification à l'activité. Les financements sont désormais liés à l'activité, ce qui induit dans la gestion des établissements une forte logique concurrentielle : plus un établissement est attractif, plus il a de « clients » et plus il obtient de ressources financières. Dans un territoire à dominante rurale où l'éparpillement des établissements s'ajoute à une faible densité de population, ce système génère de la concurrence et constitue un frein à la coopération. On peut observer ainsi le caractère paradoxal des

réformes successives, la réforme de la tarification ayant un effet contraire à l'objectif annoncé dans la loi « Hôpital, patients, santé, territoires »⁴⁴.

Cette logique concurrentielle est renforcée par le développement des démarches qualité. La population souhaite aujourd'hui avoir accès à un certain nombre d'informations lui permettant d'apprécier la qualité du service rendu par l'ensemble du système de soins. Cette exigence à l'égard de la qualité des soins peut se traduire par une attitude « consumériste » de la part de l'utilisateur-client aboutissant à un nombre croissant de recours auprès des juridictions. Cette évolution est légitimée par les textes législatifs qui mettent l'accent sur les droits de l'utilisateur et sa position centrale dans le dispositif⁴⁵.

L'évolution du système de financement a une deuxième conséquence. Il induit une catégorisation des activités selon leur niveau de rentabilité. Traditionnellement, dans le secteur de la santé, le niveau de rentabilité d'un acte est proportionnel à son niveau de technicité. Ainsi, les établissements sous gestion associative se trouvent pénalisés car ils sont majoritairement positionnés sur des secteurs de prise en charge de longue durée avec une forte dimension relationnelle : soins de suite et de réadaptation, médecine, gériatrie, maladie mentale.

2.3.2. L'érosion de l'engagement bénévole

La dynamique interne du secteur privé non lucratif repose notamment sur sa capacité à attirer et à fidéliser des administrateurs bénévoles compétents et impliqués. Actuellement, de nombreuses associations se trouvent confrontées à une difficulté de recrutement et renouvellement de leurs adhérents.

Est-il pour autant légitime d'évoquer une « crise du bénévolat » ? En quoi cette situation a-t-elle un impact sur la gouvernance associative ? Selon une étude réalisée par France

⁴⁴ Loi du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires – Journal officiel du 22 juillet 2009.

⁴⁵ Loi du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale – Loi du 4 mars 2002 sur les droits des malades.

Bénévolat⁴⁶, en juin 2008, « s'il est abusif de parler de crise du bénévolat dans un pays qui peut justifier d'environ 14 millions de bénévoles dans les associations, on peut, en revanche, légitimement parler de crise du renouvellement des dirigeants associatifs. »

On peut également faire le constat d'un vieillissement des dirigeants associatifs et d'une absence de parité au niveau des dirigeants. Si les hommes et les femmes sont en nombre égal parmi les « bénévoles de terrain », seulement 39% des membres de CA sont des femmes et 26% des présidents sont des présidentes.

Trois raisons majeures sont avancées dans cette étude pour expliquer ces difficultés. La première de ces raisons est le manque de disponibilité. Assurer des responsabilités associatives implique des contraintes de durée (souvent un tiers ou un mi-temps) et de calendrier peu compatibles avec une activité professionnelle. De ce fait, les dirigeants associatifs sont généralement des retraités. La seconde explication concerne la perception du risque juridique. Dans certains cas, très rares, les présidents peuvent être civilement et pénalement responsables et peuvent se voir saisir leurs biens personnels. Le contexte général de « judiciarisation » qui touche les élus locaux et les médecins renforce cette crainte. Enfin, le troisième frein a trait à la montée en puissance des contraintes de gestion. Quelle que soit la taille de l'association, les budgets sont difficiles à boucler et les sources de financement sont multiples. De ce fait, la gestion d'une association devient rapidement complexe. Certains présidents se trouvent de plus en plus fréquemment confrontés à des procédures de liquidation ou à la gestion d'un plan social.

Pour pallier ces difficultés de recrutement, des solutions empiriques sont parfois trouvées dans les associations, comme, par exemple, la participation de directeurs au conseil d'administration d'associations partenaires. Mais le problème de fond demeure car il devient, dans le contexte actuel, de plus en plus difficile de concilier les impératifs d'une gestion performante avec les contraintes de l'engagement bénévole et cette tension constitue une réelle fragilité pour le secteur associatif.

⁴⁶ Résultats du premier Baromètre d'opinion des bénévoles « France bénévole 2008 » disponibles sur le site www.francebenevolat.org

Les établissements du secteur associatif se trouvent donc dans une situation totalement paradoxale. Tandis que leurs avantages et leurs qualités sont unanimement loués par les experts et les professionnels, leur légitimité est mise à mal. L'enjeu, pour les associations, est de démontrer leur spécificité et de préserver leur identité face à deux forces opposées. La première, émanant des pouvoirs publics, qui tend à faire peser sur eux les mêmes contraintes et les mêmes exigences que celles des établissements publics. La seconde, émanant du marché, qui tend à calquer leurs modes de fonctionnement sur celui des établissements privés lucratifs.

2.4. Des organisations tiraillées entre deux logiques

Il n'y a pas un modèle d'organisation associative mais des modèles très disparates constituant un secteur difficile à cerner. Cette disparité est valable également pour les modalités de gouvernance : certains établissements fonctionnent selon des règles quasi identiques à celles du secteur public (les centres de lutte contre le cancer, présidés par le Préfet), tandis que d'autres présentent des logiques de fonctionnement assimilables à celles de l'entreprise privée (les fondations).

L'association est différente de la fondation car elle se doit, selon ses statuts, de faire fonctionner ses instances dirigeantes selon le principe de représentation démocratique : l'assemblée des adhérents, ouverte à tous citoyens, élit ses représentants au conseil d'administration. Ce modèle fonctionne bien dans un contexte où l'association joue un rôle avant tout politique (représentation d'intérêts, groupe de pression). Mais il est mis en difficulté à partir du moment où la fonction gestionnaire prend le dessus. Les militants font peu à peu la place aux experts (en finance, en droit...), les administrateurs sont recrutés en fonction de leur parcours professionnel (souvent dans l'entreprise). La professionnalisation des administrateurs répond certes à un principe de réalité (une formation est nécessaire pour l'appréhension d'enjeux de plus en plus complexes et pour faire face à l'augmentation du niveau de responsabilité) mais elle pose avec acuité la question de la pertinence de la forme associative dans le secteur de la santé.

Les structures qui mettent l'accent sur la représentativité sont confrontées à des problématiques de conflits d'intérêt et de dilution du processus de décision (ex : dans les hôpitaux publics, les trois pouvoirs, administratif, médical et infirmier, génèrent de l'immobilisme en se neutralisant). Dans certaines associations, le conseil d'administration est tellement « représentatif » de la société civile qu'il a perdu tout pouvoir de décision. Il est cantonné à un rôle de chambre d'enregistrement des décisions préparées en amont par quelques acteurs clés du conseil d'administration, souvent réunis en « bureau ».

A contrario, les structures qui mettent l'accent sur la professionnalisation et la nécessaire montée en compétence des membres du conseil d'administration, si elles gagnent en efficacité et en réactivité, risquent de perdre de vue leur fonction politique face à la montée en puissance de la sphère gestionnaire. Tout l'enjeu de la gouvernance est de trouver un équilibre satisfaisant entre ces deux pôles.

2.5. Le difficile positionnement du dirigeant associatif

2.5.1. D'un risque de dérive à l'autre

Le risque permanent qui guette le dirigeant associatif est l'effacement d'une dimension au profit de l'autre. Lorsque la dimension axiologique et politique de l'association est mise en avant, la tendance sera de survaloriser l'engagement personnel, le militantisme au détriment de la nécessaire prise en compte des réalités économiques. Le risque est celui de la perte de crédibilité pour l'association aux yeux de ses partenaires et notamment de ses financeurs. Ce risque est renforcé par les relations de coopération entre associations qui peuvent avoir un effet de confrontation des compétences respectives autour d'un projet commun. Ainsi, au moment de la constitution d'un groupement de coopération, certaines structures pourront apparaître comme demeurées au stade de l'amateurisme, tandis que d'autres, plus organisées, plus professionnalisées, prendront naturellement le leadership avec le soutien des autorités de tutelle.

L'autre risque de dérive à laquelle est confronté tout dirigeant associatif est le risque de perte d'identité qui se manifeste à travers la survalorisation des méthodes de management issues de l'entreprise privée. Cette tendance, souvent observée dans le

monde associatif, est qualifiée par certains auteurs⁴⁷ de « managérialisme ». Cette expression contient une critique implicite de la transposition dans les organisations associatives de modèles de management centrés sur les notions d'efficacité et de performance et ne prenant pas en compte la spécificité associative.

« L'efficacité n'est un critère de pertinence dans les associations qu'à condition d'être croisée avec les finalités et les valeurs, qu'à condition d'être le signe d'un meilleur service et d'un plus grand respect. »⁴⁸

Au vu de tous ces éléments, la perspective interactionniste semble particulièrement éclairante pour le dirigeant associatif. Ce dernier est en effet positionné au sein d'un environnement constitué de demandes conflictuelles entre lesquelles il va falloir réaliser des arbitrages.

2.5.2. Diriger une association, une posture « intenable⁴⁹ » ?

Dans les associations, les niveaux politique, stratégique et même opérationnel sont étroitement liés et il n'existe pas de frontière étanche entre décision politique et décision stratégique. Le concept de gouvernance permet de mettre en synergie, sans confusion des rôles, les structures politiques et les structures de direction. La légitimité de la direction repose sur sa faculté à proposer une stratégie conforme à la réalisation des orientations politiques des élus, mais également sur son aptitude à doter la structure des compétences nécessaires à la mise en œuvre de ces orientations. Cette recherche de cohérence se matérialise autour du projet et de l'articulation entre ses différents niveaux (projet de territoire, projet associatif, projet d'établissement, projet individualisé de prise en charge).

La construction du projet résulte d'un échange permanent entre le conseil d'administration et la direction générale ou d'établissement (renvoie aux modalités de concertation

⁴⁷ AVARE P., SPONEM S., « le managerialisme et les associations », in *La gouvernance des associations*

⁴⁸ LAVILLE J.-L., C. HOARAU, *La Gouvernance des associations*, Paris, Erès, 2007.

⁴⁹ Cette expression est empruntée au titre d'un numéro spécial des Cahiers de l'actif. « A propos des directions intenable, réflexions à l'usage des dirigeants », n° 388-389, sept / octobre 2008

formelles ou informelles prévues entre le président et le directeur). Il est de la responsabilité de la direction de bâtir le projet managérial à partir des grandes orientations définies par le conseil d'administration, ce projet apparaissant ainsi comme la continuité naturelle du projet politique.

Les difficultés d'articulation des pouvoirs sont fréquentes dans les organisations associatives car il ne peut y avoir de cloison étanche entre la définition d'axes de développement par le pouvoir politique et leur mise en œuvre par les techniciens. Les conflits pourront d'autant mieux être régulés que les fonctions et champs de compétences respectifs, les modalités de fonctionnement et de contrôle constitueront un cadre de référence commun.

La tâche du dirigeant associatif est complexe car il doit maintenir un système de gouvernance cohérent et équilibré et garant des spécificités associatives. Or, nous avons observé une tendance à l'homogénéisation des statuts et des modes de gouvernance des établissements sanitaires et sociaux qui tend à résorber les particularités des trois secteurs et réduit l'espace pour un tiers secteur. La notion même de « tiers secteur » est remise en cause par certains auteurs.

Si l'espace se réduit pour la définition d'un tiers secteur, les établissements qui constituent ce secteur bénéficient cependant d'une forte légitimité grâce à la nature d'activités qui devrait leur permettre de jouer un rôle de premier plan dans le système de santé de demain. Ils ont développé, en effet, une réelle expertise sur les prises en charge de proximité auprès des personnes les plus démunies (personnes âgées, handicapées, soins de suite, conduites addictives.), secteurs dans lesquels les besoins sont importants et en constante augmentation. Ils ont également mis en œuvre des prestations innovantes de type accueil de jour, hospitalisation à domicile, qui intéressent les pouvoirs publics du fait d'un rapport coût / efficacité satisfaisant. Enfin, leur capacité de souplesse et de réactivité vont probablement permettre à ces établissements de s'organiser en groupements avant la mise en place des agences régionales de santé (installation prévue au 1^{er} janvier 2010). Ce possible effet de levier devrait, selon toute vraisemblance, intéresser les futurs directeurs d'agence régionale de santé.

La phase exploratoire de notre recherche a permis de mettre en évidence que l'entrée par le statut juridique des établissements n'était pas pertinente. L'hétérogénéité associative est telle qu'il est pratiquement impossible d'identifier des modalités de gouvernance spécifiques aux associations. Au sein de la nébuleuse associative, les établissements médico-sociaux et de santé constituent le secteur le plus « institutionnalisé ». Ainsi, l'organisation d'un centre de lutte contre le cancer se rapproche bien davantage, en termes de caractéristiques de fonctionnement, d'un hôpital public que d'un club de joueurs d'échecs, bien que tous deux soient des associations. Les enjeux de gouvernance, pour les établissements de ce secteur d'activité, sont à relier à des réformes législatives et structurelles de grande ampleur qui viennent percuter à la fois le système de pilotage et de régulation au plan régional et les interactions entre établissements sur un territoire donné. La problématique de notre recherche se situe dans l'articulation de ces deux niveaux.

3. Gouvernance et territoire

3.1. Un territoire se doit d'avoir des limites

La notion de territoire est distincte de la notion de réseau. *« Le réseau échappe à la logique simple de l'inclusion et de l'exclusion en ce qu'il est ouvert sur sa toujours possible prolongation. Alors que le territoire exige une découpe et une clôture pour exister, le réseau nécessite de pouvoir s'étendre pour en être un véritable.⁵⁰ »*

Alors que la dynamique de réseau consiste, pour un établissement, à développer des relations de coopération avec ses voisins dans un maillage le plus exhaustif possible, le territoire impose de définir des limites au-delà desquelles les relations de coopération ne sont plus légitimes.

⁵⁰ LUSSAULT M., *L'Homme spatial, la construction de l'espace humain*, Paris, Le Seuil, 2007.

3.2. La coopération, un objectif central de la réforme

La loi « Hôpital, patients, santé, territoires » du 21 juillet 2009⁵¹ entérine et donne un coup d'accélérateur au processus de regroupement inter-établissements timidement engagé depuis les années 2000. Deux modalités organisationnelles sont prévues pour inciter les établissements à coopérer davantage et à mutualiser leurs moyens sur un territoire donné : les communautés hospitalières de territoire permettent le regroupement des établissements publics, tandis que les groupements de coopération sanitaire sont destinés à favoriser les rapprochements entre établissements publics et privés.

La question des regroupements apparaît cruciale pour deux raisons majeures. D'une part, la mise en place des agences régionales de santé suppose une instance de pilotage commune pour le secteur sanitaire et le secteur médico-social. Afin de demeurer « visible » face au secteur sanitaire qui représente des enjeux financiers beaucoup plus importants, les associations médico-sociales sont incitées à se regrouper. D'autre part, la nécessité de rationaliser la répartition de l'offre médico-sociale sur un territoire conduit les établissements à se rapprocher, sous la pression des pouvoirs publics, afin de mutualiser des moyens.

Les processus de coopération inter-établissements peuvent générer plusieurs formes organisationnelles, plus ou moins intégrées : dans le cas de la forme fédérative, l'un des établissements se voit attribuer des compétences par les autres établissements et assure ainsi le rôle d'établissement siège. Le groupement définit une stratégie commune et mutualise des compétences. Les établissements restent autonomes juridiquement et financièrement mais doivent s'inscrire dans le projet stratégique commun. Chaque établissement conserve ses propres instances de gouvernance. Les instances du groupement sont composées de membres des instances des établissements adhérents. Le risque de ce type de structure est de générer des coûts de coordination élevés afin de garantir la cohérence décisionnelle.

⁵¹ Loi du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires – Journal officiel du 22 juillet 2009

Dans le cas de la forme intégrée : les établissements préexistants confient au groupement l'ensemble de leurs compétences et deviennent les différents sites du groupement. Ce dernier est doté d'instances de pilotage uniques se substituant à celles des établissements préexistants. Cette démarche équivaut à une fusion. Le risque majeur est celui de la bureaucratisation qui se manifeste notamment par un décalage entre les centres de décision et les acteurs opérationnels.

3.3. Différentes modalités de régulation coexistent

Le projet de loi prévoit également, au travers des agences régionales de santé, la mise en place d'un pilotage unifié des politiques régionales de santé, entendues au sens large (hospitalisation, médecine de ville, prévention et secteur médico-social). Reprenant la typologie établie par J.-L. Laville⁵², la relation entre les pouvoirs publics et les acteurs professionnels peut s'établir selon trois modalités différentes, les trois étant présentes dans le projet de loi. La première est la régulation tutélaire correspondant à une posture de domination classique dans laquelle les normes sont imposées aux acteurs de terrain par les pouvoirs publics. Par exemple, le directeur de l'agence régionale de santé a le pouvoir d'imposer la création d'une communauté hospitalière de territoire. La seconde modalité est la régulation concurrentielle qui, en référence à la logique de marché, promeut la compétition entre les prestataires. Cette logique est présente dans la volonté de généraliser les procédures d'appel d'offres dans le secteur médico-social, le comité régional d'organisation sociale et médico-sociale disparaissant au profit d'une commission d'appel à projets. Enfin, une troisième modalité, plus innovante, est la régulation conventionnée dans laquelle les règles définies sont le résultat d'un processus négocié. L'outil emblématique de cette démarche est le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens.

Les interactions entre les établissements de santé et les pouvoirs publics, plus ou moins denses selon les périodes et la nature des activités menées, évoluent sans cesse entre ces trois formes idéal-typiques de régulation. L'analyse des entretiens nous permet d'observer que la régulation tutélaire reste encore aujourd'hui le mode d'interaction le plus

⁵² LAVILLE J.-L., C. HOARAU, *La Gouvernance des associations*, Paris, Erès, 2007.

fréquent mais que la régulation conventionnée est la modalité la plus adaptée au développement de relations de coopération sur un territoire.

Le contexte de réforme auquel se trouve aujourd'hui confronté le secteur de la santé situe au centre des débats et des enjeux la question du territoire et des interactions entre établissements au sein de ce territoire. Deux réalités sont à dissocier : celle du territoire prescrit, légitimé par la puissance publique, et celle du territoire construit par les acteurs.

3.4. Territoire prescrit et territoire d'action

Le territoire de santé est l'espace défini par les pouvoirs publics pour la mise en œuvre, au niveau local, de la politique de santé. Les limites géographiques de ces territoires ont été définies en 2003 dans le cadre d'une démarche d'évaluation des mouvements de population entre les établissements de santé. Cet espace est régulé par des instances spécifiques. Les instances de gouvernance territoriales existantes ne paraissent pas adaptées au développement des relations de coopération. En effet, les acteurs présents au sein de la conférence de territoire sont les dirigeants des établissements de santé présents sur ce territoire : directeur et Maire de la commune. Chacun représente les intérêts de sa structure et de sa commune mais aucun n'a de vision globale ni d'activité transversale sur le territoire. Le Président de cette instance est généralement le Maire de la plus importante commune, dont l'enjeu principal est de défendre les intérêts de son établissement plutôt que de développer une complémentarité des prises en charge sur le territoire.

Au moins trois conditions doivent être remplies pour que deux établissements de santé décident de coopérer : la proximité géographique, la proximité culturelle et la complémentarité de leurs activités. Lorsque ces trois critères sont réunis, de véritables relations de coopération peuvent s'instaurer sous différentes formes : les consultations avancées, les fédérations, les groupements d'achat... Une habitude de travail en commun peut alors s'installer, constituant ainsi de véritables territoires d'action, dont les limites, informelles, ne coïncident pas avec les limites des territoires prescrits. Ce sont donc les

comportements coopératifs entre les acteurs qui font exister le territoire, plutôt que l'inverse.

Les motifs à l'origine des comportements coopératifs sont divers. On distingue généralement deux principaux motifs : la perception d'un intérêt commun ou la conscience d'une communauté de destin. « *Qu'il prenne la forme d'un projet commun ou d'une communauté de destin, le motif qui pousse les acteurs à coopérer ne leur fait généralement pas oublier leurs intérêts individuels.*⁵³ » Une même situation peut générer des comportements tantôt coopératifs, tantôt concurrentiels. Par exemple, la captation des ressources humaines (médicales et paramédicales) est en enjeu vital pour un territoire rural. La pénurie de la ressource médicale et para-médicale produit à la fois de la concurrence entre établissements (objectif d'attractivité) et de la coopération (objectif de mutualisation de compétences).

La coopération apparaît donc comme un phénomène complexe et multi-dimensionnel qui s'inscrit dans un contexte social, économique et historique. La coopération ne peut être imposée de façon exogène dans le cadre d'une régulation tutélaire.

Au vu de ces éléments, les outils mis en place dans le projet de loi risquent d'être contre-productifs. Les communautés hospitalières de territoire sont mieux appréhendées par les acteurs de terrain comme le moyen de formaliser des « superstructures » que comme un outil visant à développer les coopérations. Elles ne pourront fonctionner que si elles viennent entériner des pratiques de coopération pré-existantes et dans le cadre d'un projet porté collectivement par les acteurs concernés.

On peut supposer que les années 2010 / 2011 constitueront une période transitoire au cours de laquelle vont se structurer les nouvelles agences régionales de santé. La problématique de la coopération sera avant tout interne à l'agence : comment coordonner et faire fonctionner ensemble les ARH⁵⁴, les DDASS⁵⁵ et les services de l'Assurance

⁵³ KOENIG G., *Le Management stratégique : projets, interactions et contextes*, Paris, Dunod, 2004.

⁵⁴ Agence régionale de l'hospitalisation.

⁵⁵ Direction départementale de l'action sanitaire et sociale.

Maladie ? Durant cette période, les établissements auront tout intérêt à porter eux-mêmes leurs propres projets de groupements de coopération ou de communauté de territoire, dans le cadre d'une régulation conventionnée avec les pouvoirs publics.

4. Conséquences pour la formation des cadres et dirigeants

Dans ce contexte, il devient impossible pour les établissements associatifs, de demeurer isolés. L'enjeu en termes de gouvernance est le passage d'une logique d'établissement à une logique de territoire. Pour le dirigeant, les questions à résoudre sont les suivantes : quelle est la place de mon établissement dans le projet de territoire ? Quelles alliances puis-je contracter afin de garantir la pérennité de mon établissement ? Quelles modalités de coopération trouver avec mes futurs partenaires ?

En ce qui concerne la formation des futurs dirigeants, cela impose de développer l'ouverture sur l'environnement, les capacités d'élaboration stratégique, les capacités de négociation, l'inscription dans des réseaux d'acteurs. L'action étant conçue sur le territoire à partir de la communauté des parties prenantes sur ce territoire, les formations proposées, qu'elles soient ou non diplômantes, doivent intégrer dans leurs objectifs et leurs modalités de sélection cette question du leadership partagé. Pourquoi ne pas imaginer par exemple des formations en binôme, destinées aux directeurs et présidents de conseil d'administration, sur l'analyse stratégique de l'environnement et ses conséquences en termes de gouvernance ?

Le mode collaboratif doit être privilégié non seulement dans les contenus de formation mais également dans les postures des enseignants et formateurs en management. Ainsi, le système de formation peut intégrer des actions collaboratives dans ces processus de validation. La question qui en découle est de savoir comment valider individuellement des compétences à partir d'un exercice de type collaboratif.

Enfin, ces évolutions conduisent nécessairement à envisager le rapprochement des formations sanitaires et sociales sur la question du management. Le décloisonnement des

activités sur le terrain doit nécessairement s'accompagner d'un décloisonnement des formations. Ainsi, la région Basse-Normandie, sous l'impulsion de l'ARH, conduit une démarche de réflexion sur la fonction de cadre en associant l'ensemble des partenaires de la branche sanitaire et sociale. L'objectif de ce travail est de partager une analyse des enjeux et de concevoir des dispositifs de formation adaptés aux évolutions environnementales du secteur de la santé, dans son acception la plus large. Dans un avenir proche, la mise en place de troncs communs entre formations sociales, médico-sociales et sanitaires devraient pouvoir voir le jour.

Bibliographie

BATIFOULIER F., NOBLE F., *Fonction de direction et gouvernance dans les associations d'action sociale*, Paris, Dunod, 2005.

CHARREAUX G., *Le Gouvernement d'entreprise*, Paris, Economica, 1995.

CHARREAUX G., WIRTZ P., *Nouvelles perspectives en matière de gouvernance d'entreprise*, Paris, Economica, 2007.

KOENIG G., *Le Management stratégique : projets, interactions et contextes*, Paris, Dunod, 2004.

LAVILLE J.-L., C. HOARAU, *La Gouvernance des associations*, Paris, Erès, 2007.

LE GALES P., *Gouvernement et gouvernance des territoires*, Paris, La documentation française, mars 2006.

LUSSAULT M., *L'Homme spatial, la construction de l'espace humain*, Paris, Le Seuil, 2007.

PEREZ R., *La gouvernance de l'entreprise*, Paris, La Découverte, 2003.

PFEFFER J., SALANCIK G., *The External control of organizations, a resource dependence perspective*, Stanford University Press, 1978.

WIRTZ P., *Les meilleures pratiques de gouvernance d'entreprise*, Paris, La Découverte, 2008.

Modalités de la cohésion sociale en Belgique francophone

Michaël LEBRUN

Assistant

Institut des Sciences du Travail de l'Université Libre de Bruxelles (Belgique)

Le paradigme de la « cohésion sociale », malgré ses mues sémantiques, voire en vertu de sa polysémie, occupe une place de choix dans le référentiel politique européen actuel. L'analyse de certaines de ses cristallisations nous donne à voir les nuances spécifiques conférées par les législateurs aux politiques menées en cette matière en Belgique francophone. Leur passage au crible de la sociologie de l'action sociale publique territorialisée nous permet de relever les modalités et les effets des nouvelles pratiques sociales prescrites, mais aussi de fonder de sérieux doutes quant au potentiel émancipateur de ces programmes d'action drapés des oripeaux de la démocratie participative.

1. Introduction : la « cohésion sociale », un « concept à large spectre »⁵⁶

En Belgique francophone, les « politiques de cohésion sociale » déclinent des modalités particulières de partenariats publics-privés, de financements périodiques, de contractualisation de projets transversaux, d'implication des citoyens, de territorialisation et de modulation de l'action sociale publique. Avant d'illustrer aux travers d'exemples concrets bruxellois et wallons, l'utilisation politique faite en Belgique francophone du concept de « cohésion sociale », consacrons une courte parenthèse à la déconstruction critique de cette notion, non dénuée d'ambiguïté.

Utilisé, dans son ouvrage *De la division du travail social*, par le sociologue Emile Durkheim dès 1883, la « cohésion » fait partie de ces termes empruntés aux sciences exactes par les sciences sociales naissantes, pour, une fois complétés par l'épithète « social », caractériser les causes et/ou les effets d'une société humaine

⁵⁶ Expression empruntée à ANSAY, A., « Approches d'un secteur en questionnement : la cohésion sociale », *L'insertion*, n° 70, FEBISP, Bruxelles, 15 janv.-15 mars 2007, p. 23.

métaphoriquement perçue comme un organisme vivant dont le bon fonctionnement est notamment assuré par l'action solidaire, consciente et interdépendante de ses composantes individuelles. Pour Durkheim, rappelons-le, la « *division du travail*⁵⁷ » est « *source de cohésion sociale* », car, en rendant « *les individus solidaires* », elle « *accroît l'unité de l'organisme* ».

Définissant chez Durkheim l'équilibre fonctionnel de la société formé par la solidarité humaine en acte, le concept de « cohésion sociale » acquiert le statut de « paradigme » dans les référentiels politiques traditionnels belge et français où, opposé au concept marxiste de « lutte des classes », il contribuera notamment à l'émergence des courants conservateur et socialiste réformiste. Dans le cadre national-étatique belge et français du XXème siècle naissant, une politique de « cohésion sociale » a un rôle de pacification, de contrôle social et de lutte marginale contre les inégalités les plus criantes. Des détournements spectaculaires de sens se produisent alors : on voit ainsi la « cohésion sociale » utilisée par des nationalistes radicaux, comme synonyme de l'« unité nationale », afin de légitimer les attaques contre les cultures minoritaires⁵⁸.

Le sens de la « cohésion sociale » connaît une nouvelle mue lors de son irruption dans les textes officiels déclinant les orientations politiques des Etats européens, que ces textes émanent de la Commission Européenne ou du Conseil de l'Europe. Relevons tout d'abord l'évocation, dans le préambule du Traité de Rome (1957), d'un « *objectif de cohésion économique et sociale* » visant à réduire les écarts de développement entre les régions d'Europe. Cet objectif sera introduit en 1986, aux côtés de celui du « *Marché unique* » dans l'Acte Unique Européen, permettant, dès 1988, à l'action communautaire de devenir, par le biais des Fonds structurels, l'axe central d'une politique de développement de l'Union Economique et Monétaire. Cette politique de « *cohésion économique et sociale* » se voit pérennisée par les art. 130A à 130E du Traité de Maastricht (1992), puis remaniée pour faire face à l'arrivée des 12 nouveaux Etats membres entre 2004 et 2007.

⁵⁷ DURKHEIM, E., *De la division du travail social*, Livre II et III, Paris, Presses universitaires de France, 1967 (8^{ème} édition), 416 p.

⁵⁸ Le lecteur intéressé par les tensions existant entre « diversité » et « cohésion » se référera utilement aux contributions présentées lors du colloque « Culture européenne : identité et diversité », organisé à Strasbourg les 8 et 9 septembre 2005, Documents disponibles à l'adresse suivante : http://www.coe.int/t/dg4/culturalconvention/CIIntervenants_fr.asp.

A l'issue du programme des Fonds structurels 2000-2006, la Commission a, à nouveau, tenu à redessiner le paysage de la solidarité européenne dans le contexte de la globalisation économique et de l'essor de l'économie de la connaissance⁵⁹. La « *politique de cohésion économique et sociale* » est renommée simplement, dans la nouvelle période programmatique 2007 – 2013, « *politique de cohésion*⁶⁰ », toujours déclinée en 3 objectifs cependant différents des Objectifs 1, 2 et 3 de la programmation précédente⁶¹.

La « cohésion sociale » apparaît également comme l'un des objectifs de la Stratégie de Lisbonne⁶², ce qui donnera lieu à la production des rapports et plans nationaux pour l'inclusion sociale dans le cadre de la « méthode ouverte de coordination ». Il est important de relever que la Commission européenne a tenté, lorsqu'elle a revisité la Stratégie de Lisbonne en mars 2005 pour rationaliser cette « méthode ouverte de coordination », de mettre la cohésion sociale en veilleuse dans les programmes nationaux de réforme (PNR). Cette tentative a échoué suite à la levée de boucliers de la Confédération Européenne des Syndicats et de la Plate-forme des ONG européennes du secteur social.

Notons encore qu'en 1997, lors de son 2^{ème} sommet, le Conseil de l'Europe érige la « cohésion sociale » au titre de « *besoin prioritaire pour une Europe élargie* », se dotant

⁵⁹ CONSEIL DE L'UNION EUROPEENNE, « Décision du Conseil du 6 octobre 2006 relative aux orientations stratégiques communautaires en matière de cohésion (2006/702/CE) », *Journal officiel de l'Union européenne*, 21/10/2006, 22 pages, Document disponible à l'adresse http://ec.europa.eu/regional_policy/sources/docoffic/2007/oscl/29120061021fr00110032.pdf.

⁶⁰ COMMISSION EUROPEENNE, *La politique de cohésion 2007-2013. Commentaires et textes officiels*, Office de publications officielles des Communautés européennes, Bruxelles, 2007, 160 pages.

⁶¹ La « politique de cohésion » européenne est déclinée en 3 objectifs : un objectif de « Convergence » (ancien Objectif 1) visant, par l'intermédiaire du FEDER (Fonds européen de développement régional, créé en 1973), du FSE (Fonds social européen, créé en 1957) et d'un Fonds de cohésion, le soutien de la croissance et de la création d'emploi dans les régions les moins développées de l'Union européenne ; un objectif « Compétitivité régionale et emploi » (anciens Objectifs 2 et 3) soutenant, via le FEDER et le FSE, le maintien d'un emploi compétitif dans les régions ne pouvant prétendre à une aide communautaire dans le cadre de l'objectif précédent ; un objectif « Coopération territoriale européenne » organisant, via le FEDER et le FSE également, la concurrence économique dans les régions transfrontalières.

⁶² La présidence du Conseil européen de Lisbonne des 22 et 23 mars 2000 fixe effectivement l'objectif « de devenir l'économie de la connaissance la plus compétitive et la plus dynamique du monde, capable d'une croissance économique durable accompagnée d'une amélioration quantitative et qualitative de l'emploi et d'une plus grande cohésion sociale ».

même d'une « *Stratégie de Cohésion Sociale*⁶³ » et d'un Comité européen pour la Cohésion Sociale (CDCS), définissant celle-ci comme « *la capacité d'une société à assurer le bien-être de tous ses membres, à réduire le plus possible les disparités et à éviter la polarisation* », devant « *s'appuyer fermement sur les droits de l'Homme (...) et sur l'acceptation d'une responsabilité partagée* » de l'ensemble des individus.

Cette parenthèse nous aura permis de relever qu'en dépit de ses multiples définitions, ou plutôt, comme le pense Mateo Alaluf, « *en raison même de [cette] ambivalence*⁶⁴ », le concept de « cohésion sociale » s'est trouvé projeté « *à l'avant-scène des débats contemporains* », placé au centre de nombreux textes légaux européens, mais également nord-américains, légitimant l'adoption de diverses politiques publiques, conditionnant l'existence d'un secteur institutionnel et parapublic. En effet, « *inscrit[e] historiquement dans une conception des droits sociaux fondée sur la solidarité [la] cohésion se trouve en conséquence liée à trois autres notions : la société civile qui constitue sa condition, le capital social qui la perpétue et l'exclusion sociale qui la menace*⁶⁵ ». Nous proposons dès lors d'examiner, tant au travers du prescrit légal qu'au travers des pratiques concrètes, quelques exemples de dispositifs appartenant au secteur de la cohésion sociale en Belgique francophone.

2. Les politiques de cohésion sociale : illustrations bruxelloise et wallonne

En région de Bruxelles-Capitale, le concept de « cohésion sociale » apparaît, de manière centrale ou périphérique, dans au moins 6 programmes politiques différents :

- au sein de la politique régionale de revitalisation des quartiers (Volet « cohésion sociale » des « Contrats de quartier » - CdQ) ;

⁶³ COMITE EUROPEEN POUR LA COHESION SOCIALE, *Une nouvelle stratégie de cohésion sociale*, 2004, 28 pages, Document disponible à l'adresse http://www.coe.int/t/dg3/socialpolicies/socialcohesiondev/source/RevisedStrategy_fr.pdf. Les citations du paragraphe en sont issues. Il s'agit ici de la révision de la « Stratégie » initialement adoptée en 2000. Rappelons toutefois que le CDCS, en tant qu'organisme intergouvernemental mandaté par le Conseil de l'Europe, poumon historique de la construction européenne en 1949, est dépourvu également de pouvoir législatif ou exécutif. Ses travaux servent principalement de source d'inspiration pour les fonctionnaires de la Commission Européenne.

⁶⁴ ALALUF, M., « La cohésion sociale : une controverse politique et théorique », *L'Observatoire*, n° 54, Stavelot, septembre 2007, p. 38.

⁶⁵ *Ibidem*, p. 40.

- au sein de la politique régionale du logement (« projets de cohésion sociale ») ;
- comme un des 5 objectifs poursuivis par la Politique (fédérale) des Grandes Villes ;
- comme « action préventive » des Contrats de Sécurité et de Société (CdS) ;
- comme une des dimensions visées par le Fonds d'Impulsion à la Politique des Immigrés (FIPI) ;
- et dans le décret du 13 mai 2004 relatif à la Cohésion sociale (Commission Communautaire française - COCOF).

Si nous n'examinerons, dans ce chapitre, que deux des dispositifs légaux précités, circonscrits à la région de Bruxelles-Capitale, nous tenons à signaler que les régions wallonne et flamande ont également succombé à la fièvre de la « cohésion sociale ». Nous ne traiterons pas, dans cet article, du cas de la Flandre, où un décret du 26 juin 1991 règle l'organisation du secteur de la cohésion sociale (« *samenlevingsopbouw* » en néerlandais), sous la tutelle du ministre flamand du Bien-être⁶⁶. Par contre, nous analyserons les raisons invoquées par le gouvernement wallon pour justifier l'adoption en deuxième lecture, ce 24 avril 2008, d'un projet de décret relatif au Plan de cohésion sociale dans les villes et communes de Wallonie, réformant les précédents Plans de Prévention de Proximité.

2.1. Les « Contrats de quartier » en région de Bruxelles-Capitale (RBC)

La question de la rénovation urbaine de la région bruxelloise remonte aux origines industrielles de la ville. Les mutations du tissu économique bruxellois, notamment sa désindustrialisation, les flux de migrations, la périurbanisation, sont autant d'éléments qui ont abouti à une concentration de populations socio-économiquement défavorisées dans le centre et l'ouest du Pentagone, constituant ce qu'on appelle un « croissant pauvre⁶⁷ ». Dans ce cadre, le contrat de quartier se veut comme un nouvel instrument législatif de gestion urbaine, qui vise à fournir à certaines communes sélectionnées par le

⁶⁶ Nous renvoyons le lecteur intéressé vers le site <http://www.samenlevingsopbouw.be>.

⁶⁷ La région de Bruxelles-Capitale présente une répartition de la pauvreté très inégale sur le plan spatial : une zone de grande précarité entoure d'un cercle le centre historique, cercle interrompu toutefois à l'est, dans le « haut de la ville » et dans le quartier européen, à tel point que de nombreux auteurs, tels KESTELOOT, C., MISTIAEN, P. et DECROLY, J.-M. (1996), parlent du « *croissant pauvre* » de Bruxelles pour délimiter cette zone défavorisée.

Gouvernement de la RBC (en particulier le Ministre chargé de la Revitalisation des quartiers), sur base de critères tels que le degré de dégradation des immeubles et des espaces publics et le niveau socio-économique des habitants, des moyens afin d'entamer une rénovation des zones urbaines particulièrement fragilisées.

Votée sur base du projet du Ministre-Président régional bruxellois Charles Piqué, inspiré des expériences françaises de développement social urbain au travers du réseau européen « revitalisation des quartiers en crise », la première ordonnance date de 1993 : elle visait à compléter le caractère purement technique des opérations de « rénovation d'îlots » en intégrant une réflexion sur les espaces publics et sur la question sociale du relogement des habitants devant quitter les lieux où sont programmés des travaux. En 1999, les compétences en matière de logement en région de Bruxelles-Capitale se retrouvent concentrées dans les mains d'Eric Tomas, ministre de la Revitalisation des Quartiers : sous son impulsion, vu la nécessité de jouer sur différents paramètres pour influencer sur les causes multifactorielles de la dégradation urbaine et sociale, l'ordonnance de 1993 est modifiée de manière à mettre l'accent également sur le développement économique (initiatives d'insertion socioprofessionnelle), social (infrastructures de proximité) et culturel (création d'espaces de rencontre) des quartiers. Depuis 1999, ce sont 4 nouveaux contrats de quartier qui voient le jour chaque année en RBC. Ils ont une durée de 4 ans chacun (prolongeable durant 2 ans pour terminer les derniers chantiers). En 2003, le budget régional annuel qui leur était consacré était de 25 millions d'euros ; ce budget régional est complété, en vertu d'accords de coopération entre l'Etat fédéral et la Région, par des investissements fédéraux (12,5 millions d'euros) et communaux (10 % de l'enveloppe régionale réparti entre les 4 communes sélectionnées).

« Un contrat de quartier permet 5 types d'intervention, familièrement appelées « volets » : création ou réhabilitation de logements assimilés au logement social (volet 1), création de logements conventionnés (volet 2), mécanisme de partenariat entre le secteur public et le secteur privé (volet 3), (...) création et réaménagement des espaces publics (volet 4) et revitalisation sociale du quartier (volet 5)⁶⁸ ». A noter que des mesures contraignantes sont prévues par la réglementation pour maintenir les loyers sous contrôle et empêcher

⁶⁸ REGION DE BRUXELLES-CAPITALE, *Vivre au cœur des quartiers. 1993-2003. Dix ans de revitalisation des quartiers en région de Bruxelles-Capitale*, Bruxelles, 2003, p. 11.

un processus de « gentrification résidentielle » (remplacement, après rénovation des logements, des locataires à revenus modestes par des personnes à revenus plus élevés) notamment décrit par Matthieu Van Crielingen⁶⁹. « *Le but poursuivi est de permettre aux habitants de rester dans leur quartier et d'éviter que les poches de pauvreté ne se déplacent au gré des opérations de rénovation urbaine. Il s'agit également de permettre à l'ensemble des catégories sociales d'avoir accès à des logements de qualité et d'assurer ainsi la nécessaire mixité du quartier*⁷⁰ ».

En pratique, deux périodes distinctes se succèdent dans les contrats de quartier : une période d'élaboration du programme (9 mois), suivi de la période de mise en œuvre du programme (de 4 à 6 ans). « *Pour chaque contrat de quartier, un projet de programme est élaboré par la Commune ou par un bureau d'études qu'elle désigne. Pour que ce programme réponde au mieux aux besoins du quartier, la Commune se basera sur les avis des personnes qui vivent, travaillent et fréquentent le quartier. (...) Lorsque le programme a été soumis à toutes les instances chargées de remettre un avis (commissions locales de développement intégré - CLDI⁷¹, enquête publique, commission de concertation, (...), le Conseil communal se prononce et le transmet [pour approbation] à la Région*⁷² ». « *La nouvelle réglementation insiste sur la participation des habitants en organisant plus systématiquement les CLDI*⁷³ » de manière à contrer le manque de dynamisme et de volonté de certains conseils communaux : en parallèle avec les enquêtes publiques traditionnelles, la CLDI prétend offrir un espace d'échanges entre habitants, associations et pouvoirs publics afin que tous puissent donner leur avis sur la définition du programme d'action et sur sa mise en œuvre.

⁶⁹ Notamment in Bidou-Zachariassen C. (dir.), 2003, *Retours en ville - des processus de "gentrification" urbaine aux politiques de "revitalisation" des centres*, Paris, Descartes et Cie, collection "Les urbanités", 267 p.

⁷⁰ *Ibidem*, p. 18.

⁷¹ « La Commission Locale de Développement Intégré (CLDI) (...) mise en place au début de chaque contrat (...) regroupe au minimum 8 habitants du quartier, 3 délégués de la commune, un délégué de la Mission Locale, 2 représentants du réseau « Habitat », 2 représentants du monde associatif, un délégué du CPAS, 2 délégués régionaux, ainsi que des représentants des administrations des communautés françaises et flamandes » (*Ibidem*, p. 12).

⁷² *Ibidem*, p. 14.

⁷³ *Ibidem*, p. 10.

Une recherche sur l'un des contrats de quartier réalisés, dans le quartier Blyckaerts-Matongé (Ixelles), nous a permis, par le biais d'entretiens⁷⁴ et de l'observation des réunions de la CLDI mise sur pied dans ce cadre, de confronter les éléments fournis par l'analyse du cadre formel à ceux dégagés des pratiques concrètes. De nos observations, il ressort que :

- A la relative satisfaction de certains habitants (et à l'indifférence d'une majorité d'eux) exprimée à l'annonce de l'élaboration d'un contrat de quartier dans leur périmètre de résidence, succède rapidement une vive insatisfaction en raison du manque de communication de la commune par rapport aux initiatives et actions déployées, du caractère expéditif de l'analyse des besoins et de la concertation, des effets « masqués » du système de prime à la rénovation⁷⁵, et surtout, du sentiment d'être « utilisé » pour apporter un vernis démocratique à des décisions prises par le pouvoir technocrato-politique ;
- La CLDI n'est pas représentative de la population, notamment parce que les représentants sont *in fine* choisis par l'autorité communale et qu'ils poursuivent des intérêts plutôt personnels, que les habitants les plus riches en capital culturel tendent à confisquer la parole, et que seuls les représentants, par ailleurs membres d'un comité de quartier, veillent à relayer l'information vers les autres habitants ;
- La participation des « représentants » des habitants baisse au fil du temps, en particulier après la phase de négociation du programme et en raison du caractère uniquement consultatif de cette participation. Selon Mathieu Van Crieckingen de l'Université Libre de Bruxelles, « *c'est une démocratie plus formelle qu'effective. On leur demande un avis quand les grandes options sont arrêtées, comme pour la couleur d'un banc public*⁷⁶ ». Cette situation est d'autant plus dommageable qu'aucune évaluation du niveau de participation ou des raisons de la démobilisation des habitants n'est programmée. Or, selon le Dr Stefan Rummens⁷⁷ de l'Université Catholique de Louvain, une véritable participation nécessite l'établissement d'un

⁷⁴ Entretiens menés avec la coordinatrice de l'Antenne « Contrat de Quartier » au sein de l'a.s.b.l. Habitat & Rénovation (17 novembre 2005), association centrale dans le volet social du dispositif ixellois, et le coordinateur communal du projet (24 novembre 2005).

⁷⁵ Les primes octroyées aux habitants pour rénover leur habitation induisant *in fine* une augmentation sensible du revenu cadastral et donc des impôts sur le revenu des propriétaires, souvent modestes.

⁷⁶ VAN CRIEKINGEN, M., chargé de recherches FNRS au laboratoire de géographie urbaine de l'Université Libre de Bruxelles, cité par VOOGT, F., « On ne prête qu'aux riches », *Le Soir*, 14 février 2008, p. 11.

⁷⁷ CAVID/SRDU, Le contrat de quartier, un contrat durable ? Un inventaire de la présence des critères de durabilité dans les Contrats de quartier à Bruxelles, Bruxelles, décembre 2004, p. 32.

- certain nombre de conditions-cadre : l'inclusivité, l'ouverture et la transparence, l'égalité des chances au niveau de la participation, la minimalisation des facteurs de puissance et leur visibilité pour les citoyens. La mise en œuvre de la participation citoyenne requiert un temps et une formation non prévus par le dispositif ;
- Les partenariats associatifs tendent à se dissoudre lors de la résolution du contrat de quartier (vu la difficulté, due à la complexité de la répartition des compétences sur le territoire de la RBC, d'obtenir des subsides suffisants, en particulier dans le cadre d'actions bicommunautaires) ;
 - Après quelques années, malgré les garde-fous prévus dans la législation, on constate un remplacement des habitants peu solvables par des habitants à revenus moyens. A tel point que la Cour des Comptes, dans un récent rapport, fustige le leurre de la « mixité sociale » désirée officiellement par le législateur : « *Le plus souvent, (...) il est question d'attirer des classes moyennes dans des quartiers défavorisés (...) (il est rarement préconisé de promouvoir la mixité sociale dans des quartiers plus aisés)*⁷⁸ ». La Cour des Comptes postule que le « *renforcement de la cohésion sociale* » est évoquée pour aboutir à une « *amélioration des revenus des communes* » ;
 - Si la participation renvoie à « *la meilleure prise en compte des besoins des habitants du quartier* » et parfois au principe de la discrimination positive, elle ne précise ni le contenu normatif à donner à celle-ci, ni les publics-cibles qui seraient visés par les réalisations des contrats des quartiers ;
 - La complexité des volets et des procédures constitutives des contrats des quartiers est grande et elle porte sur une logique de segmentation des opérations et la division du travail au sein de la CLDI ; la multiplication des opérations par volet, les modifications en cours de contrat, le caractère séquentiel ont pour effet, soit de faire perdre le fil conducteur ou la visibilité de l'ensemble des opérations, soit de renforcer une division du travail par volets.

Enfin, qu'en est-il de la durabilité des changements apportés par les contrats de quartiers ? Alors que le législateur relève la nécessité d'une vision intégrale et d'une approche transversale dans laquelle les éléments sociaux, économiques et écologiques

⁷⁸ COUR DES COMPTES, *La politique fédérale des grandes villes. Examen des contrats de ville et des contrats de logement 2005-2007*, Bruxelles, 2008, p. 47

sont indissociablement liés les uns aux autres, le Secrétariat Régional au Développement Urbain⁷⁹ constate qu'il n'y a bien souvent pas de critères de durabilité explicites à la base ni des contrats de quartier, ni du cahier des charges de la Région.

2.2. Le décret du 13 mai 2004 relatif à la Cohésion sociale (COCOF)

Le 1^{er} janvier 2006 est entré en vigueur, sur le territoire de la Région de Bruxelles-Capitale, un décret relatif à la Cohésion sociale. Le vote de ce décret à la Commission communautaire française (COCOF), remonte au 13 mai 2004. Le décret définit la cohésion sociale comme un « *ensemble de processus sociaux qui contribuent à assurer à tous les individus ou groupes d'individus (...) l'égalité des chances et des conditions, le bien-être économique, social et culturel, afin de permettre à chacun de participer activement à la société et d'y être reconnu*⁸⁰ ». Ces processus sociaux, mis en oeuvre par le biais de l'« *action communautaire de quartier et du travail en réseau* », sont structurés autour d'objectifs généraux tels que « *la lutte contre toute forme de discrimination et d'exclusion sociale, l'intégration sociale, l'interculturalité, la diversité socioculturelle, la cohabitation des différentes communautés locales* ».

La première programmation 2006-2010 articule cinq objectifs prioritaires :

1. Le soutien et l'accompagnement scolaires : « dans une dynamique de complémentarité avec les écoles et en lien permanent avec le milieu de vie de l'enfant ; en matière de soutien scolaire, un accent particulier doit être porté sur les aides spécifiques aux adolescents » ;
2. L'alphabétisation, la lutte contre la fracture numérique, l'accès aux nouvelles technologies de la communication ;
3. L'accueil des primo arrivants : « cet accueil visera la globalité de la problématique de l'accueil et du nécessaire travail en réseau avec des opérateurs compétents en matière d'aide sociale, d'accueil de l'enfance, de logement, de santé...; une attention particulière sera portée aux actions visant à l'apprentissage du français langue étrangère » ;

⁷⁹ CAVID/SRDU, *op. cit.*, pp. 1-43.

⁸⁰ Les prochaines citations sont extraites du CRACS/CBAI, *Rapport annuel sur l'application du décret du 13 mai 2004 relatif à la cohésion sociale*, CBAI, Bruxelles, 2007, Document disponible à l'adresse http://www.cbai.be/associatif/docs_en_stock.html.

4. Le développement d'actions intergénérationnelles afin d'accorder « *une attention particulière* » au « *vieillissement des populations* » ;
5. « La problématique du genre et plus particulièrement de la mixité, de l'émancipation et de l'égalité hommes – femmes ».

L'élaboration de ce décret est notamment motivée par la volonté de rassembler, de fusionner les dispositifs sociaux antérieurs dénommés Programmes Intégration Cohabitation (PIC), Insertion Sociale et Été Jeunes⁸¹, en pérennisant le financement des actions menées dans ces anciens cadres, ainsi que les nouvelles initiatives, « *par le biais de contrats communaux et régionaux signés pour une période de cinq ans, en lieu et place du renouvellement annuel des projets dans le cadre de circulaires administratives* ».

Afin de respecter l'hétérogénéité des actions réalisées par le secteur associatif dans le cadre des dispositifs antérieurs, tout en substituant à ces mesures catégorielles, une approche généraliste et transversale de lutte contre les désavantages sociaux a été élaborée. Les auteurs du rapport précité parlent en ce sens d'une « *configuration hybride, dans la mesure où les processus que [le décret] entend soutenir s'adressent à tout individu sans qu'il soit tenu compte de ses distinctions identitaires* », tout en respectant un principe de « *discrimination territoriale positive*⁸² », 80 % du budget étant investi dans les 13 communes appartenant à l'Espace de Développement Renforcé du Logement et de la Rénovation (EDRLR)⁸³. Les 20% restant sont injectés dans de projets régionaux.

Mandaté par le Collège de la COCOF en tant que Centre Régional d'Appui à la Cohésion Sociale (CRAcs)⁸⁴, le Centre Bruxellois d'Action Interculturelle (CBAI) a notamment pour

⁸¹ Ces plans ont été mis en place suite à la percée de l'extrême droite lors des élections législatives et aux émeutes qui ont secoué certaines communes du « croissant pauvre » bruxellois (Forest, Saint-Gilles...), en 1991. Ces mesures étaient ainsi spécifiquement orientées vers les populations immigrées, en particulier les plus jeunes.

⁸² DAMON, J., « Objectifs et moyens de la ville : quelles évolutions ? », *Cahiers français*, n° 328, 2005, p. 81.

⁸³ Zone déterminée par le Plan Régional de Développement (PRD) bruxellois en fonction de certains indices socio-économiques.

⁸⁴ Par l'Arrêté 2005/9 du 26 mai 2005 portant exécution du décret de la Commission Communautaire française du 13 mai 2004 relatif à la cohésion sociale

mission la réalisation d'un rapport annuel sur l'application du décret. Voici les principales conclusions du premier rapport annuel du CRAcs⁸⁵.

- Le financement quinquennal de projets de cohésion sociale constitue une « *avancée considérable* » pour les projets menés dans le cadre des dispositifs antérieurs, mais il restreint l'accès aux nouveaux projets portés par de nouvelles associations ;
- Le type de contractualisation mise en place renforce « *la coordination des actions locales par un accroissement de la responsabilité des Communes et de leurs coordinateurs* » ;
- L'évaluation de cette politique est rendue ardue, d'une part, en l'absence « *d'objectifs opérationnels précis* » voulue par le législateur afin de « *ne pas tomber dans une réglementation trop rigide*⁸⁶ », d'autre part, par le caractère « *multicatégoriel* » et « *polysubventionné* » des actions hétérogènes menées sur le terrain ;
- Concevant « *les problèmes de marginalisation sociale comme intrinsèquement liés au territoire* », les politiciens amènent les « *opérateurs locaux à devoir trouver des solutions à des problèmes engendrés notamment par des phénomènes globaux. Cela peut expliquer le sentiment que partagent les travailleurs sociaux, d'accompagner les effets de déstructuration du tissu social sans pouvoir agir sur les causes qui les produisent* » ;
- Les auteurs relèvent également l'« *injonction paradoxale* » que constitue, dans ce décret, l'exigence de « *proximité* » territoriale et celle de « *mixité* » sociale, culturelle, intergénérationnelle et sexuelle, dans le sens où ce sont au final des publics « *issus majoritairement de l'immigration et fragilisés d'un point de vue socioéconomique* » qui bénéficient de ces actions déployées « *sur des espaces urbains dans lesquels [ils] résident majoritairement* » ;
- Par rapport à l'objectif de « *mixité des genres* », « *beaucoup d'associations expliquent (...) [qu'il] peut constituer un obstacle à l'émancipation des femmes [immigrées], (...) ces dernières ne pouvant accéder à ces activités que dans la mesure où elles sont exclusivement fréquentées par un public féminin* » ;

⁸⁵ Cette évocation repose sur la synthèse effectuée par 3 membres du CRAcs, ANSAY, A., LANOTTE, G. et BEN YAACOUB, L., « Un décret, des pratiques », *Agenda interculturel*, n° 257/258, CBAI, Bruxelles, nov./déc. 2007, pp. 4-14. Les passages suivants entre guillemets en sont extraits.

⁸⁶ Alain HUTCHINSON dans l'exposé des motifs ayant trait à l'avant-projet de décret relatif à la cohésion sociale (Assemblée de la COCOF, session ordinaire 2003-2004).

- « *Cinq catégories d'actions représentent ensemble 70 % des actions menées : les animations citoyennes (7 %), l'alphabétisation (...) (11 %), les actions socioculturelles et le soutien scolaire (chacun 15 %) et les animations plurielles⁸⁷ (22 %) » ;*
- En ce qui concerne le profil des publics, globalement, les femmes sont légèrement plus présentes, mais quand on observe les proportions selon le type d'activité, on constate qu'elles sont surreprésentées dans les actions d'alphabétisation (73,2 %) et d'animations citoyennes (68,5 %). Du point de vue de l'âge, 51% des bénéficiaires sont âgés de 0 à 18 ans, alors que les 60 ans et plus ne représentent que 2 % du public « *alors qu'il s'agit de l'une des priorités du décret* » ;
- Bien que la très grande majorité du public soit « *composée de personnes étrangères ou d'origine étrangère fragilisées sur le plan socioéconomique* », les auteurs constatent que « *très peu d'actions sont spécifiquement organisées pour les publics primo-arrivant* » ;
- Les associations de terrain éprouvent 4 grandes catégories de difficultés :
 1. les « *difficultés liées aux publics, notamment en ce qui concerne l'intériorisation des règles de l'association, l'accrochage des jeunes, l'implication des seniors, le travail avec les parents et les écoles, l'accès aux activités des jeunes filles, la difficile mixité des publics et les situations de précarité sociale, à l'origine de tensions entre groupes culturels différents* » ;
 2. les « *difficultés inhérentes aux moyens, principalement en termes de conditions salariales liées à des contrats précaires, de manque de personnel et parfois d'accompagnement pédagogique* » (à noter toutefois la satisfaction des associations vis-à-vis d'un soutien d'ensemble de leurs projets, plutôt qu'« *action par action* ») ;
 3. les « *difficultés institutionnelles, notamment en ce qui concerne la difficile application de l'accord non marchand* » ;
 4. les « *difficultés inhérentes à l'infrastructure, principalement en ce qui concerne les problèmes de salubrité des locaux et la précarité liée à la situation locative* » ;

⁸⁷ Cette catégorie comprend notamment « les actions de type communautaire et les lieux d'accueil multi-publics (maisons de quartier) ou pour un public spécifique (maisons de jeunes, maisons des femmes), touchant à différents secteurs dans une approche multidisciplinaire et regroupant un ensemble très diversifié d'activités », ainsi que « les activités saisonnières pour les jeunes proposées pendant les congés scolaires (ex-Eté Jeunes) présentant là aussi une grande diversité d'activités » (ANSAY, A., LANOTTE, G. et BEN YAACOUB, L., op. cit., p. 8-9).

- Enfin, la logique du « *travail en partenariat ne fait pas l'unanimité ; considéré par certains comme un apport à l'action menée, il implique, pour d'autres, des complications* ».

2.3. Le Décret du 6 novembre 2008 relatif au Plan de Cohésion sociale des villes et communes de Wallonie

Fort de l'expérience des initiatives réalisées dans le cadre des Contrats de Sécurité et de Prévention (CSP), en juin 1997, le Gouvernement wallon marquait son accord sur l'octroi d'un soutien à des « plans sociaux intégrés » (PSI), mis en œuvre dès 1998. Les PSI concrétisaient ainsi la volonté du Gouvernement de venir en aide aux villes et communes désireuses de mener une action visant à favoriser l'intégration sociale de leurs citoyens, et ce, par le biais de l'articulation, de l'accompagnement, de la coordination et de l'évaluation des initiatives développées au niveau d'une commune pour lutter contre les phénomènes de précarisation, de pauvreté et d'exclusion. Les PSI visaient également à mettre en œuvre des projets répondant aux besoins spécifiques non encore rencontrés. Ici aussi, 5 axes d'actions :

- l'insertion professionnelle, sociale et culturelle des jeunes ;
- la cohabitation et l'intégration harmonieuse des communautés locales ;
- la prévention de la toxicomanie et le traitement des assuétudes ;
- la prévention de la délinquance et de la petite criminalité ainsi que l'accompagnement favorisant la réinsertion des délinquants ;
- l'assistance aux victimes d'actes de délinquance.

Les communes souhaitant solliciter des subventions (couverture des frais du projet, subventions APE pour les emplois créés⁸⁸) dans ce cadre devaient répondre à un appel d'offres lancé par le gouvernement wallon. La sélection des communes et le niveau de subsidiation était ensuite opérée par ce gouvernement (en particulier le ministère des Affaires intérieures et de la Fonction publique) sur base de critères objectifs de précarité

⁸⁸ L'objectif du programme « Aide à la Promotion de l'Emploi » (Région wallonne) est de promouvoir, via une exonération de cotisations sociales, l'embauche de travailleurs dans le secteur non-marchand. En 2001, on estimait à 550 le nombre de travailleurs occupés dans le cadre d'un PSI.

(revenu imposable moyen des habitants, nombre de minimexés, de chômeurs complets indemnisés, de logements sociaux dans la commune).

Dès la première année (1998), 105 communes ont obtenu la mise en place d'un PSI, précisant les objectifs poursuivis, les différents partenaires et leur contribution à la mise en œuvre du plan et des actions qu'il prévoit. Chaque PSI était piloté par une commission d'accompagnement local créée à l'initiative de la commune et associant le CPAS ainsi que d'autres acteurs sociaux publics ou privés concernés.

Le 15 mai 2003, le Parlement wallon adoptait le décret relatif à la prévention de proximité dans les villes et communes de Wallonie, communément appelé décret « PPP ». De ce fait, il intégrait, pour la période 2004-2007, dans une politique concertée, les moyens auparavant alloués aux Contrats de sécurité et de prévention, aux Plans sociaux intégrés (PSI) et à l'accompagnement social des victimes dans les zones de police. A nouveau adopté par plus d'une centaine de communes wallonnes, ce programme, dont l'objectif est transversal, a permis de mettre en oeuvre un plan d'actions visant à rencontrer non plus 5 mais 4 axes prioritaires :

- *« répondre aux besoins locaux en matière de prévention de la précarisation, de la pauvreté et de l'exclusion ;*
- *répondre aux besoins locaux en matière de réduction des risques liés à la toxicomanie ;*
- *retisser les liens sociaux, intergénérationnels et interculturels ;*
- *répondre aux besoins locaux en matière de prévention de la délinquance et d'assistance aux victimes⁸⁹ ».*

Aux commissions d'accompagnement local (PSI) succèdent alors les commissions de prévention de proximité, toujours composées de représentants de la commune et du CPAS, ainsi que de tout autre partenaire public ou privé identifié dans le plan. Dans les PPP comme dans les anciens PSI, les partenariats sont formalisés par une convention.

⁸⁹ Cette citation, et les suivantes, sont extraites du site de la Direction Interdépartementale de la Cohésion Sociale (DiCS), <http://cohesionsociale.wallonie.be>.

En 2007, sur 96 réponses à l'appel d'offres annuel, examinés par la Direction Interdépartementale de l'Intégration Sociale (DIIS), un comité de sélection composé de représentants des ministres régionaux et communautaires a retenu 94 projets.

Suite aux constats tirés des évaluations successives du dispositif, qui ont notamment fait ressortir que *« dans certaines communes, on a utilisé le personnel pour faire de l'occupationnel et pas pour des missions liées au PPP⁹⁰ »*, le Gouvernement a chargé le Ministre des Affaires intérieures d'envisager une réforme du dispositif PPP destinée à en clarifier les objectifs et en améliorer le fonctionnement et la transparence. La volonté exprimée par le Gouvernement est de maintenir un dispositif de proximité tout en visant à renforcer la cohésion sociale dans les villes et communes de Wallonie. Par conséquent, le Gouvernement a décidé, dans l'intervalle, de prolonger les PPP d'un an, reconduisant la subvention PPP 2008 à hauteur de celle de 2007.

Le 6 novembre 2008, le Parlement wallon a adopté deux projets gouvernementaux de décret relatif au Plan de cohésion sociale (PCS) dans les villes et communes de Wallonie, l'un relatif aux matières régionales et l'autre aux matières dont l'exercice a été transféré de la Communauté française à la Région, lequel définit (en son art. 2§2) définit la cohésion sociale comme *« l'ensemble des processus qui contribuent à assurer à tous les individus ou groupes d'individus l'égalité des chances et des conditions, l'accès effectif aux droits fondamentaux et au bien-être économique, social et culturel, afin de permettre à chacun de participer activement à la société et d'y être reconnu, et ce quels que soient son origine nationale ou ethnique, son appartenance culturelle, religieuse ou philosophique, son statut social, son niveau socio-économique, son âge, son orientation sexuelle, sa santé ou son handicap »*.

Par rapport aux plans de prévention de proximité, rien de fondamentalement innovant. Les objectifs globaux, le développement social des quartiers et la lutte contre toutes les

⁹⁰ Philippe COURARD, ministre wallon des Affaires intérieures (socialiste), cité par DANZE H., « Ne dites plus prévention mais cohésion », *Le Soir*, 1^{er} février 2008, p. 9.

formes de précarité, de pauvreté et d'insécurité, sont maintenus. Les axes prioritaires des PCS sont légèrement modifiés :

- l'insertion socioprofessionnelle (ancien axe PSI) ;
- l'accès à un logement décent (nouvel axe) ;
- l'accès à la santé et le traitement des assuétudes (axe PSI ET PPP) ;
- le retissage des liens sociaux, intergénérationnels et interculturels (ancien axe PPP).

Afin d'évaluer le travail réalisé sur le terrain, le législateur a construit un « indicateur synthétique d'accès aux droits fondamentaux », chargeant l'Institut wallon de l'étude, de la prospective et de la statistique (IWEPS) de son calcul à partir de variables telles que « le taux de bénéficiaires de l'aide sociale, (...) le taux de bas salaires, (...) l'espérance de vie à la naissance, (...) le pourcentage de personnes qui souffrent d'une maladie de longue durée ou d'un handicap, (...) le pourcentage de logements de qualité insuffisante, (...) le pourcentage de ménages qui habitent dans une caravane ou roulotte, (...) le pourcentage de locataires sociaux, (...) le taux de chômage de très longue durée, (...) le taux de personnes âgées de 18 ans et plus ayant au maximum un diplôme primaire, (...) le taux de personnes isolées de 65 ans et plus, le taux de ménages monoparentaux, le nombre de demandeurs d'asile en procédure⁹¹ ».

Le décret met l'accent sur la nécessité de réaliser, dans chaque commune, un « diagnostic de cohésion sociale⁹² » afin d'envisager les actions pertinentes. Le travail en réseau et le partenariat local sont requis comme méthodologie d'action, ainsi que la programmation des actions sur une période plus longue (5 ans, de 2009 à 2013, pour la première programmation) afin de « *développer une politique sur le terrain et d'engranger des résultats* » ou plutôt, sans langue de bois, afin de coller aux programmes de Fonds structurels dont sont issus les moyens « régionaux ». A côté de ces moyens et des subventions d'aide à l'emploi est requis un cofinancement communal. Le caractère européen du financement explique en partie cette coresponsabilité financière des

⁹¹ Art. 3§3 du Décret du 6 novembre 2008 (publié au Moniteur Belge le 26 novembre 2008).

⁹² « Par diagnostic de cohésion sociale, on entend le diagnostic : 1° des initiatives publiques ou privées déjà mises en oeuvre sur le territoire communal; 2° des attentes de la population; 3° des manques à satisfaire en termes de populations, quartiers, infrastructures, services » (art. 5§2 du Décret du 6 novembre 2008).

Communes, mais explique plus encore l'innovation introduite dans le projet de décret de sanctionner les Communes qui seraient évaluées négativement en fin de plan.

Le 28 février 2009, après seulement deux mois de concertation avec les acteurs associatifs concerné par le PCS local, les conseils communaux ont dû remettre leur plan à la Direction interdépartementale de la Cohésion sociale, structure nouvellement créée par le gouvernement wallon et placée sous la tutelle du Ministre-Président. Les nouveaux Plans de cohésion sociale ont démarré en avril 2009.

3. Apports de la sociologie de l'action sociale territorialisée

Au terme de cette présentation du fonctionnement et des origines de ces « politiques de cohésion sociale », nous sommes en mesure de tester notre hypothèse centrale, à savoir que ces dispositifs, tant dans leurs aspects formels que concrets, constituent chacun une forme singulière marquée du sceau de la « gestion sociale territorialisée » et des nouveaux modes de travail social décrits par Autès et Hamzaoui⁹³.

Il apparaît effectivement que nous sommes en présence d'une politique marquée par les critères développés par Michel Autès⁹⁴, de « transversalité » (articulation des politiques urbaines, économiques, sociales, culturelles et écologiques) et de « territorialité » (déploiement des actions sur le territoire d'un ou de plusieurs quartiers). Ces deux éléments se conjuguent dans la sélection des quartiers concernés par les deux niveaux régionaux étudiés, sur base de critères mixtes urbanistico-socio-économiques, dans la combinaison des volets d'action des contrats de quartier, comme dans les axes prioritaires du décret du 13 mai 2004 relatif à la cohésion sociale et des PSI, PPP et futurs PCS wallons.

⁹³ Lire à ce propos AUTES, M., Le territoire, un nouveau mode de gestion des populations, in MIRE, Le RMI à l'épreuve des faits, Syros-Alternatives, Paris, 1991, pp. 197-213; HAMZAOUI M., Le travail social territorialisé : un nouveau mode de régulation sociale, in Villes multiculturelles, lieux de séparation, lieux d'agrégation ?, Sabir, Bruxelles, 1993, pp. 148-159.

⁹⁴ Les citations non référencées suivantes sont extraites de AUTES M., op. cit.

Il ressort de l'étude des différents dispositifs que nous sommes bien en présence de projets contractualisés de type « *administration de mission (...) pilotée par les cabinets impulsant des logiques politiques* », bien qu'impulsés et réglementés au niveau régional, les différentes mesures impliquent la délégation, sous forme d'appels d'offre, de missions à caractère social aux communes et au secteur associatif « parapublic ». Les différents dispositifs présentent un caractère « *expérimental, nécessitant pour leur mise en œuvre l'engagement volontaire des acteurs locaux (...) en collaboration avec les administrations d'autres échelons territoriaux* ». La configuration de chacun des projets, en l'absence de définition d'objectifs opérationnels précis, dépend du contexte local et du degré d'investissement des différents acteurs, habitants, représentants associatifs, élus locaux ou régionaux.

« *La mobilisation est recherchée et nécessaire à la réussite des mesures qui sont "proposées" par l'Etat, mais dont le succès dépend de la façon dont elles seront comprises, investies par ceux qui seront chargés de leur exécution* ». De manière semblable, l'efficacité des différents projets subventionnés dans les cadres précités est étroitement liée au degré d'adhésion des différents acteurs. Dans tous les cas, l'« implication/participation⁹⁵ » des habitants, des responsables communaux et associatifs, est requise. S'il s'avère que les habitants participent effectivement aux projets de cohésion sociale bruxellois et wallons, nous avons néanmoins relevé que la participation des habitants impliqués dans les CLDI des contrats de quartier relevait parfois d'une forme de « *'zombification' du sujet politique qui ramène la formation de la décision à un processus publicitaire* ».

Quatrième caractéristique des politiques sociales territorialisées citée par Michel Autès, « *le partenariat obligé est (...) la conséquence de l'intersectorialité [ou transversalité] citée plus haut* ». Le partenariat public privé apparaît comme « *une nouvelle forme de contrats publics fondée sur des techniques de financement venues du secteur privé et un partage*

⁹⁵ Nous proposons de nous référer à la distinction énoncée par Mejed Hamzaoui lors de sa conférence du 24 octobre 2005 et d'entendre, en ce sens, par « participation », un processus qui vise par des moyens tels que la formation, à permettre à des individus une réelle prise de décision, et par « implication », l'association d'individus en vue d'une récupération de leur parole tout en défendant d'autres intérêts.

*optimisé des risques*⁹⁶ ». Nous avons vu que les associations porteuses de projets de cohésion sociale en RBC ressentait parfois comme superflue, voire contraignante, l'élaboration de certains partenariats dans le cadre de leurs activités. Nous avons également relevé le caractère fragile de certains partenariats, dans le cadre des contrats de quartier, en raison de la difficulté d'obtenir des subventions durables pour poursuivre des actions bicommunales réalisées dans ce cadre. Et il ressort, dans les différents dispositifs, que les parties contractantes dans les partenariats n'étaient pas dans un rapport d'égalité, le composant politique détenant les cordons de la bourse, et risquant à tout moment de « *confisquer à [leur] profit, au nom des impératifs techniques, les composantes politiques de la décision*⁹⁷ ».

Cinquième élément, l'organisation de la décision, et surtout sa mise en œuvre, se présente sous une forme décentralisée : dans le cas des différents dispositifs, la délégation de pouvoir part de la région vers le niveau communal, puis de la commune vers le secteur associatif et les habitants. Ici aussi, les instances supérieures choisissent « *les terrains et les objets de la négociation* » : le pouvoir de décision revient *in fine* au collège communal, et son approbation au niveau régional. Or, comme le souligne Autès, « *rapprocher ou éloigner le citoyen dans la formation de la décision reste un chantier décisif pour l'avenir de la démocratie* ». Si nos recherches ne nous permettent pas de conclure à une tendance forte au « *communalisme* », nous devons néanmoins relever que, dans chacune des mesures envisagées, la Commune comme instance de médiation entre l'administration régionale et la population pilotait l'orientation des projets. La commune apparaît dès lors comme l'opérateur principal, avec les aléas que peuvent inclure des choix hiérarchisés (selon sa pratique de participation, elle peut faire de l'habitant un figurant, un relais ou un citoyen).

Dernière caractéristique relevée par Autès, la « territorialisation ». Par rapport à l'alternative qu'il propose, nous avons ici affaire plus à une politique sociale territorialisée qu'à une politique sociale territoriale : ainsi, par exemple, le dispositif des contrats de quartier et les investissements consentis par le niveau régional ne sont qu'une

⁹⁶ MARTY, F., TROSA, S. et VOISIN, A., *Les partenariats publics privés*, Paris, La Découverte, Collection Repères, 2006, 123 p.

⁹⁷ AUTÈS, M., *op. cit.* Idem pour les prochaines citations.

déclinaison diversifiée du mode opératoire traditionnel de la rénovation urbaine, un « *nouveau moyen au service des politiques anciennes* », sans élaboration de « *formules inédites de gestion du lien social* ».

4. Conclusion

Partenariats public-privé, financements annuels ou quinquennaux, contractualisation, territorialisation locale, recherche de transversalité dans les politiques menées, volonté de mixer les publics et d'impliquer les habitants, sont autant de mots d'ordre et de nouvelles manières de concevoir la gestion politique des populations et les synergies entre pouvoirs publics et société civile, dans les politiques de cohésion sociale locales et régionales belges, mais également dans les politiques et recommandations élaborées à l'échelon européen. L'ensemble des dispositifs étudiés mobilisent des discours et des logiques d'intervention relativement similaires. « Concrètement, tous ces programmes visent à mobiliser les synergies locales pour agir sur les problèmes sociaux et partagent des modes opératoires identiques : ancrage local, partenariat entre acteurs, transversalité des actions, participation⁹⁸ ».

Les acteurs associatifs de la cohésion sociale sont nombreux à vouloir sortir des seules missions de réparation des effets pervers d'un système économique excluant une partie de la population. Ces acteurs parviennent de manière relativement efficace à relayer vers la sphère politique leur volonté de voir leurs préoccupations et leurs actions prises en compte plus en amont, intégrées et articulées à d'autres politiques sectorielles, dès lors qu'est organisée par un acteur reconnu comme légitime et indépendant par les différentes parties prenantes (en l'occurrence, le CRAcs/CBAI), comme le prévoit le décret du 13 mai 2004 de la RBC, une structuration claire et objective d'évaluation et de coordination des collaborations.

Mais suffit-il d'en appeler, par voie de décret, à établir ou renforcer des collaborations entre associations et pouvoirs publics locaux pour entrevoir la fin de la juxtaposition de politiques sociales – souvent secondaires – de réparation ? La première des transversalités à mettre sur pied n'est-elle pas celle des acteurs de terrain, de leurs

⁹⁸ ANSAY, A., LANOTTE, G. et BEN YAACOUB, L., *op. cit.*, p. 7.

organisations, entre elles et avec leurs publics ? Et qu'en est-il, au-delà des grands discours et des volontés affichées, de l'efficacité des politiques de cohésion sociale quand la réponse aux effets de l'exclusion, engendrés par des causalités socio-économiques globales, prend une forme socioculturelle locale ?

D'une part, comme le relèvent Ansay, Lanotte et Ben Yaacoub, « dans un contexte marqué à la fois par la dualisation de la ville et l'accroissement de la précarité, et par ailleurs, par l'hétérogénéité culturelle croissante de sa population, la politique de cohésion sociale (...) a toute sa raison d'être (...) [mais elle] ne peut se construire qu'à l'aide d'autres politiques, notamment celles liées à l'emploi, au logement, à la sécurité sociale, à l'enseignement, à la santé. (...) Les processus mis en œuvre dans le cadre du décret constituent un des pans de la politique globale de cohésion, (...) [d'une] entreprise aux contours variés relevant de compétences européennes, fédérales, et régionales⁹⁹ ».

D'autre part, comme le souligne Mejed Hamzaoui, « on note souvent une correspondance entre les inégalités sociales et les inégalités spatiales, l'idée apparaît de considérer les problèmes sociaux comme des problèmes spatiaux, alors que l'on sait que les facteurs de précarisation et d'exclusion sont pour la plupart extraterritoriaux¹⁰⁰ ».

Dès lors, sous couvert de responsabilisation des acteurs locaux, les nouvelles pratiques sociales gestionnaires ne sont pas dénuées de risques d'individualisation des problèmes sociaux et d'instrumentalisation du monde associatif. Les procédures de participation engendrent un double malaise largement commenté par les acteurs sociaux : « malaise de la profession » du travail social hanté par l'incertitude du registre sur lequel il opère et « malaise de la participation » chez les citoyens (dés)-abusés. Derrière le voile de ces « quasi concepts¹⁰¹ », de ces « mots du pouvoir¹⁰² », que constituent la mixité et la cohésion sociale, la gestion différenciée des individus et des territoires et l'utilisation de l'implication (des citoyens les plus défavorisés) comme nouvelle catégorie de l'intervention sociale constituent une épreuve d'autant plus redoutable qu'en simulant un

⁹⁹ *Ibidem*, p. 6.

¹⁰⁰ HAMZAOUÏ, M., *Le travail social territorialisé*, Bruxelles, Editions de l'Université Libre de Bruxelles, 2002, p. 61.

¹⁰¹ BERNARD, P., « La cohésion sociale : critique dialectique d'un quasi concept », *Lien social et Politiques*, n° 41, printemps 1999, pp. 47–59.

¹⁰² ALALUF, M., *Dictionnaire du prêt-à-penser. Les mots du pouvoir*, Bruxelles, Editions Vie Ouvrière, Collection Politique, 2000, 102 p.

surplus de démocratie ou un remède à la défaillance des institutions, elles risquent d'entraîner – sans le dire – les acteurs associatifs vers une remise en cause du système social redistributif.

Bibliographie

ALALUF, M., « La cohésion sociale : une controverse politique et théorique », *L'Observatoire*, n° 54, Stavelot, septembre 2007, p. 38.

ALALUF, M., *Dictionnaire du prêt-à-penser. Les mots du pouvoir*, Bruxelles, Editions Vie Ouvrière, Collection Politique, 2000, 102 p.

ANSAY, A., « Approches d'un secteur en questionnement : la cohésion sociale », *L'insertion*, n° 70, FEBISP, Bruxelles, 15 janv.-15 mars 2007, p. 23.

AUTES, M., *Le territoire, un nouveau mode de gestion des populations*, in MIRE, *Le RMI à l'épreuve des faits*, Syros-Alternatives, Paris, 1991, pp. 197-213.

BERNARD, P., « La cohésion sociale : critique dialectique d'un quasi concept », *Lien social et Politiques*, n° 41, printemps 1999, pp. 47-59.

CAVID/SRDU, *Le contrat de quartier, un contrat durable ? Un inventaire de la présence des critères de durabilité dans les Contrats de quartier à Bruxelles*, décembre 2004, 43 p.

CESRW, *Avis A.920 relatif à l'avant-projet de décret relatif au plan de cohésion sociale dans les villes et communes de Wallonie*, mars 2008, 13 p., Document disponible à l'adresse : <http://www.cesrw.be/pics/200832111638GwS.pdf>

COMITE EUROPEEN POUR LA COHESION SOCIALE, *Une nouvelle stratégie de cohésion sociale*, 2004, 28 p., Document disponible à l'adresse :

http://www.coe.int/t/dg3/socialpolicies/socialcohesiondev/source/RevisedStrategy_fr.pdf.

COMMISSION EUROPEENNE, *La politique de cohésion 2007-2013. Commentaires et textes officiels*, Office de publications officielles des Communautés européennes, Bruxelles, 2007, 160 p.

CONSEIL DE L'UNION EUROPEENNE, « Décision du Conseil du 6 octobre 2006 relative aux orientations stratégiques communautaires en matière de cohésion (2006/702/CE) », *Journal officiel de l'Union européenne*, 21/10/2006, 22 p., Document disponible à l'adresse :

http://ec.europa.eu/regional_policy/sources/docoffic/2007/osc/l_29120061021fr00110032.pdf

COUR DES COMPTES, *La politique fédérale des grandes villes. Examen des contrats de ville et des contrats de logement 2005-2007*, Bruxelles, 2008, 68 p.

CRACS/CBAI, *Rapport annuel sur l'application du décret du 13 mai 2004 relatif à la cohésion sociale*, CBAI, Bruxelles, 2007, Document disponible à l'adresse :

http://www.cbai.be/associatif/docs_en_stock.html.

DAMON, J., « Objectifs et moyens de la ville : quelles évolutions ? », *Cahiers français*, n° 328, 2005, p. 81.

DANZE, H., « Ne dites plus prévention mais cohésion », *Le Soir*, 1^{er} février 2008, p. 9.

DURKHEIM, E., *De la division du travail social*, PUF (8^{ème} édition), Paris, 1967, 416 p.

HAMZAOUI, M., *Le travail social territorialisé : un nouveau mode de régulation sociale*, in *Villes multiculturelles, lieux de séparation, lieux d'agrégation ?*, Sabir, Bruxelles, 1993, pp. 148-159.

HAMZAOUI, M., *Le travail social territorialisé*, Bruxelles, Editions de l'Université Libre de Bruxelles, 2002, 189 p.

KESTELOOT, C., MISTIAEN, P. et DECROLY, J.M., *La dimension spatiale de la pauvreté à Bruxelles*, in VRANKEN, J., VANHERCKE, B. & CARTON, L. (dir.), *20 ans de C.P.A.S., vers une actualisation du projet de société*, Acco Leuven, 1996, p. 123-153.

LANOTTE, G. et BEN YAACOUB, L., « Un décret, des pratiques », *Agenda interculturel*, n° 257/258, CBAI, Bruxelles, nov./déc. 2007, pp. 4-14.

MARTY, F., TROSA, S. et VOISIN, A., *Les partenariats publics privés*, Paris, La Découverte, Collection Repères, 2006, 123 p.

OBSERVATOIRE DE LA SANTE ET DU SOCIAL, *Atlas de la santé et du social de Bruxelles-Capitale 2006*, Commission Communautaire Commune, Bruxelles, 2007, 155 p., Document disponible à l'adresse : <http://www.observatbru.be/fr/Publications/dossiers2006.asp>

REGION DE BRUXELLES-CAPITALE, *Vivre au cœur des quartiers. 1993-2003. Dix ans de revitalisation des quartiers en région de Bruxelles-Capitale*, Bruxelles, 2003, 47 p.

VOOGT, F., « On ne prête qu'aux riches », *Le Soir*, 14 février 2008, p. 11.

Repenser l'action publique locale par la santé communautaire

Béatrice DERIES
Sociologue, formatrice en travail social
École Rockefeller, Lyon, France
Associée au laboratoire Modys / Université Lyon 2

Le travail social communautaire aura fait long feu en France... Pourtant, on y voit se constituer depuis trois décennies, sur les territoires marqués par la crise sociale urbaine, un domaine d'activités se reconnaissant dans le lexique « communautaire ». Ses intervenants, résolument ancrés sur les scènes du social, se donnent la santé pour objet, trouvant en celle-ci un espace de réhabilitation de l'action communautaire.

Puisant dans un répertoire de références intercontinentales, cette pratique de la « santé communautaire » en politique de la ville pourrait illustrer le métissage international et le transport des références, du Sud au Nord et d'Ouest en Est, qui, en situation bloquée, s'opèrent à l'échelle locale, moyennant retraduction au contact des situations qui nous préoccupent ici. Alors que les catégories innovantes de l'action publique n'échappent pas au risque de réification, dans le processus même de leur transformation en référentiels, nous en prendrons le contre-pied en reconstituant un fragment de généalogie. Celui-ci mettra tout particulièrement en évidence comment l'expérience individuelle des acteurs, à partir de légitimités diverses, professionnelle vs politique, recherche vs action..., participe au renouveau des références.

On a vu notamment comment de tels engagements biographiques se repéraient aisément chez ceux qui, dans un amont des nouveaux dispositifs, depuis les diverses institutions où ils avaient leur ancrage - la médecine sociale, l'institution municipale ou le champ universitaire et scientifique - se sont attelés à une nouvelle problématisation des questions qui affectent les territoires urbains les plus en difficulté, rapportant les questions socio-urbaines à un univers de signification qui est celui de la santé, et relisant les questions sanitaires à la lumière de la sociologie urbaine (Deries, 2008). Par « acteurs » nous entendrons également la diversité d'intervenants en provenance du travail social, du monde la santé et de l'intervention socio-urbaine, professionnels ou en voie de

professionnalisation, qui composent les réseaux locaux de santé et promeuvent, accompagnent ou mettent en actes la dite santé communautaire.

« La santé communautaire », voilà une expression bien insolite pour une société composée d'individus individualisés¹⁰³ ! Cette contribution voudrait s'en re-saisir pour introduire un questionnement sociologique sur les enjeux de ce « faire-communauté », ou pour le moins de ce projet de « faire communauté » à travers la santé, dans certaines parties de la ville. Nous commencerons par exposer et donner sens au point de vue généalogique à partir duquel nous avons abordé cette composante très contemporaine des politiques urbaines territorialisées (1). Puis nous mettrons en évidence, en sélectionnant deux à trois enseignements qui se dégagent de ses récits de genèse, d'une part les conditions de possibilité de cette ré-émergence du communautaire, dans les espaces urbains occidentaux, et d'autre part ce que ce bric à brac de pratiques mal définies permet à un moment de faire ou de faire faire (2 et 3). Enfin, nous concluons sur son caractère fondamentalement multiréférencé, parce qu'engageant, précisément, l'expérience individuelle de ceux qui le promeuvent et le mettent en application (4).

1. Point de vue généalogique sur un référent bien contemporain de l'action publique

Les textes historiques du service social occidental nous enseignent que c'est d'abord du côté du travail social et du développement qu'il nous faut aller chercher les approches « communautaires ». Tradition anglo-saxonne de résolution des problèmes de la pauvreté liés à l'industrialisation, « l'organisation communautaire » se présentait, au début du vingtième siècle, comme un modèle d'intervention socio-urbaine dont l'histoire recoupe celle de la sociologie urbaine de l'école de Chicago. Parti d'Angleterre, pour s'étendre aux Etats-Unis, le mouvement avait bien atteint la France pour participer à la naissance d'un travail social professionnalisé¹⁰⁴. Cependant, malgré sa reconnaissance officielle comme

¹⁰³ Des « individus individualisés » si peu ressemblants aux « membres des communautés d'individus holistes », écrira François de Singly, peu enclin à user de la notion de communauté -avançant « l'impossible communauté moderne » - mais essayant cependant d'en comprendre la prégnance aujourd'hui. Cf. « Les deux 'nous' selon la sociologie classique », in SINGLY (de) F., *Les uns avec les autres. Quand l'individualisme crée du lien*, Armand Colin, 2003, p. 197-199.

¹⁰⁴ Le support logistique de l'organisation communautaire y est un centre social, qui permet l'implantation et l'installation, tout d'abord des pionniers, puis plus tard celle des travailleurs sociaux, au plus près du milieu social. Les premières structures prennent le nom de Settlements Houses. De ce mouvement, parti d'Angleterre, s'inspirera ensuite celui des maisons sociales en France, rebaptisées « résidences sociales » puis centres sociaux (Bouquet et al., 1981, p. 95).

l'une de ses méthodes, le travail communautaire s'est vidé de sa dimension éthique et politique pour se réduire à des techniques que les travailleurs sociaux accaparent ; puis à un programme d'enseignement théorique sans possibilité de référence à un champ d'application (Bouquet *et al*, 1981, p. 110). Le vocable « communautaire » en tant que tel n'a eu que peu de succès en France, préféré par celui « d'action collective », ou par celui de « développement social » réintroduit au début des années quatre-vingt avec la politique de la ville dans un contexte de décentralisation et de territorialisation des politiques publiques (Bouquet, 2000).

Repartons dès lors de ce constat bien français : celui de l'insuccès historique du vocable « communautaire » en travail social comme en politique de la ville quand, en revanche, celui de « santé communautaire » semble s'imposer plus récemment comme un nouveau référent de l'action publique à l'échelle des territoires urbains. Il déborde du seul secteur sanitaire pour franchir à nouveau les frontières de l'intervention sociale et du développement, mais, cette fois-ci, manifestement, par la fenêtre de la santé. Depuis le début des années quatre-vingt-dix en effet, dans les espaces urbains périphériques où se projette avec le plus de visibilité la nouvelle question sociale, se « bricole » sans fin, à l'intérieur de ce que l'on a l'habitude de présenter comme le volet santé de la politique de la ville, un ensemble de pratiques à prétention d'innovation, répertoriées dans le lexique communautaire. L'expression « santé communautaire » y désigne toute approche locale des problèmes de santé d'une population, ou d'un groupe de population, qui en appelle à la participation de ce supposé collectif à la prise en charge de sa santé ; qui vise la promotion de la santé par des méthodes participatives.

Si elles se donnent la santé pour objet, pour autant, ces activités sont bel et bien initiées et portées depuis la sphère de l'action sociale, en dehors des institutions sanitaires ; malgré leur prétention d'universalité à l'échelle d'un territoire urbain, elles visent des publics identifiés comme en précarité sociale ou en déficit d'intégration. Elles relèvent d'un registre de la santé publique que Didier Fassin a qualifié de « socio-sanitaire », signalant une nébuleuse d'opérations conduites à la frontière des domaines traditionnellement différenciés entre social et sanitaire, participant d'une remise en cause de ces mêmes séparations, sous la pression du développement des inégalités (Fassin, 1997, p. 33). Ainsi la santé communautaire n'est pas dissociable des rapprochements entre question urbaine et question sanitaire que l'on a vu se multiplier au cours de la

même période, notamment sous l'expression langagière « ville et santé », tant dans le domaine de la recherche scientifique, interdisciplinaire, que dans celui de l'action publique. Donnons-en pour exemples trois expériences locales engagées respectivement sur trois sites de la politique de la ville française. Elles peuvent être rapportées à trois étapes successives de sa mise en place, et, par voie de conséquence, de son volet thématique santé. Leur mise bout à bout dresse ainsi un fragment de genèse de la santé communautaire dans la politique de la ville.

La première expérience se déroule au milieu des années quatre-vingt, au moment où se mettent en place les conventions de Développement social des quartiers (DSQ)¹⁰⁵. Le quartier du Franc-Moisin à Saint-Denis dans la banlieue Nord de Paris est l'un des sites emblématiques d'expérimentation des premières démarches dites *ville santé* qui émergent dans différents coins de France à cette époque. Il se constitue en « quartier laboratoire », réactualisant la tradition sociologique des actions-recherche urbaines initiées depuis l'école de Chicago un siècle auparavant (Grafmeyer et Joseph, 1984, pp. 7-8). Sur le territoire proche, sont implantées deux universités qui, à travers l'engagement de quelques-uns de leurs membres, seront parties prenantes d'un ambitieux processus de recherche-action autour de la santé, dans ce quartier. À partir de cette expérience fondatrice, un petit noyau de chercheurs, de responsables technico-politiques locaux et de cliniciens transporteront les connaissances issues de la recherche-action *via* leurs mises en réseau au sein d'arènes scientifiques et autres instances délocalisées qui contribuent à la diffusion des idées et mettent en relation les mondes scientifiques et de la décision publique. Les enseignements de cette production « communautaire » de connaissances trouveront ultérieurement traduction dans la création d'un certain nombre de dispositifs sociaux à l'échelle nationale.

Le deuxième projet est pensé au milieu des années quatre-vingt-dix (démarrage en 1994), soit une décennie après Franc-Moisin, dans une petite ville ouvrière de l'agglomération lyonnaise. Il est un échantillon de la généralisation au sein du XIe Plan des enseignements des expérimentations fondatrices dites « ville et santé » des années quatre-vingt ; il représente l'une des applications des nouvelles orientations des contrats de ville qui en ont découlé. L'action dite de « santé communautaire » qui nous a attirée

¹⁰⁵ Une politique animée au niveau national par la Commission Nationale du Développement Social des Quartiers (CNDSQ), créée en 1982.

sur ce territoire est la première étape de cette mise en application locale. Elle y prend tout d'abord la forme d'un diagnostic local de santé engagé à l'échelle de la ville, dit « diagnostic communautaire » en ce qu'il rompt avec les enquêtes épidémiologiques classiques, considérées comme trop loin de l'expression des habitants au profit d'une méthodologie de programmation participative d'actions de santé, laquelle n'est qu'un moyen pour les professionnels médico-sociaux de se former à l'approche des habitants et de s'en rapprocher. Puis le processus de santé communautaire se recentre sur un groupe de mères dont elle fait l'un des espaces de contact avec la population autour des questions de santé. Ce groupe, à partir duquel est envisagée une action globale sur une cité, va constituer l'embryon d'un processus de santé communautaire à plus grande échelle ; un processus non linéaire, dont l'intégration progressive dans les dispositifs des politiques publiques, de la ville et de la santé, s'opère dans la mise en réseaux des acteurs, lui donnant une forme réticulaire.

Le troisième projet, également engagé dans une ville industrielle de la banlieue lyonnaise, est formalisé au début des années 2000, soit près d'une décennie après le second. Décennie au cours de laquelle l'intégration des deux politiques publiques, du développement social et de la santé, a eu le temps d'être entérinée par des dispositifs intersectoriels qui consacrent leur coopération, dont « l'atelier santé ville »¹⁰⁶, est le concept le plus abouti. À travers ce dispositif, on peut dire en effet que le modèle de co-production de la santé, qui s'était forgé dans les innovations locales des années quatre-vingt, grâce au militantisme de certains pionniers (le premier terrain), dispose vingt ans plus tard d'une labellisation et de tout un outillage institutionnels. Lorsque l'on approche la santé communautaire sur le troisième terrain, elle se présente de prime abord comme une application locale parmi d'autres d'un concept de santé publique et de politique de la ville désormais généralisé en France. Or, à y regarder de plus près, faire de la santé communautaire ne se décrète pas et procède toujours de démarches *bottom up*, y compris au temps de la reconnaissance institutionnelle et de la redescende d'un discours de la politique publique.

¹⁰⁶ L'atelier santé ville (ASV), créé par décision du Comité Interministériel des Villes du 14 décembre 1999, est un dispositif doublement affilié à la politique de santé publique (via les programmes régionaux successifs de santé publique) et à la politique de la ville (via les conventions thématiques des contrats de ville puis des CUCS - contrats urbains de cohésion sociale). Son ambition est de mettre en cohérence et en synergie ces deux politiques publiques à l'échelon municipal dans l'objectif de réduire les inégalités territoriales de santé.

D'une expérience à l'autre, quelle que soit sa position générationnelle dans la politique socio-urbaine, les dispositifs de la santé communautaire ne cessent d'avoir un ancrage singulier, et celui-ci de conserver toute son importance dans la fabrication de la politique de santé locale, y compris à un stade avancé des montées en généralité. À chaque fois, la mise en récits de l'expérience de santé communautaire, tout en décrivant la sollicitation de proche en proche, d'un acteur puis d'un autre, jusqu'à l'ébauche d'un réseau sanitaire et social, met en exergue, après Saint-Denis, la dimension intersubjective de l'expérience locale. Ce travail généalogique à partir de trois terrains rend compte de l'action du « local », avec tout ce qu'il comporte de tissu relationnel et de mémoire collective, un « local » qui perdure conjointement à la banalisation et au formatage du référent communautaire.

Dès lors, retrouver la généalogie de la catégorie « santé communautaire », c'est aller à rebours des processus de réification dont elle pourrait être l'objet, en en faisant une histoire de l'intérieur, l'approche biographique de ses dispositifs permettant d'appréhender l'épaisseur d'expériences, de savoir-faire et d'engagements qui ont tramé les moments d'expérimentation et d'innovation, une épaisseur qui pèse toujours sur le présent. C'est le sens que donne Robert Castel à la généalogie que l'on retiendra ici, qui consiste à interroger le présent et à analyser ses enjeux actuels par un travail de réactualisation du poids qui vient du passé. « *Le passé ne se répète pas dans le présent, mais le présent joue, et invente, à partir du legs du passé.* »¹⁰⁷. Analyser de la sorte une pratique contemporaine à partir du socle historique qui l'a constituée ne présente pas qu'un intérêt heuristique, elle intéresse aussi le monde professionnel, au moment où il s'empare d'une catégorie innovante en voie de routinisation, qui n'échappe pas au risque de devenir une coquille vide, à l'instar de la « participation des habitants » dans la politique de la ville française¹⁰⁸.

¹⁰⁷ CASTEL R., *La notion de problématisation comme mode de lecture de l'histoire*, ronéoté, 1994. La méthode du récit biographique que nous avons mise progressivement au point se voulait congruente avec ce sens Castélien de la généalogie, la reconstitution des trajectoires, dans les récits d'expérience, se faisant en regard de l'implication dans le projet de santé communautaire ; procédant de ce présent.

¹⁰⁸ Cette « participation des habitants » a un statut paradoxal : réclamée depuis les origines de cette politique, par ses rapports et textes officiels, elle est catégorisée y compris par ses propres opérateurs comme une « participation impossible à mettre en oeuvre », une impossibilité que l'on renvoie le plus souvent à des déterminations d'ordre institutionnel, spécifiques à la France (Garrel, 2008, p.357).

2. La santé communautaire, une source de connaissance profane sur la ville

L'origine du projet santé de Saint-Denis est corrélée à une interpellation de la municipalité, portée en 1986 par sa direction de l'urbanisme et son équipe de maîtrise d'œuvre urbaine et sociale et adressée à l'ensemble des directions municipales pour repenser complètement le quartier Franc-Moisin. L'ambition est de faire un diagnostic urbain qui nécessite l'avis et la contribution des autres directions pour nourrir la réflexion et l'intervention dans ce processus de rénovation globale du quartier. Le directeur de la santé, qui reçoit le même message que ses collègues, s'en re-saisit avec l'intuition que depuis sa place il peut faire quelque chose pour le quartier. « *La santé irrigue la réflexion urbaine* », telle sera l'une des conclusions de cette action partenariale. Sur cette partie de la ville marquée par la forte désaffection des habitants à l'égard des échéances politiques, l'hypothèse des responsables locaux est que la santé va « *permettre aux représentants de la puissance publique d'être vraiment en relation avec la réalité et, ce faisant, ouvrir la voie à une possible réinsertion sociale de la politique* »¹⁰⁹.

Cette interpellation des urbanistes est un événement catalyseur d'idées et de sensibilités déjà là, qui participent d'un air du temps sans être encore formalisées. S'en suit toute une mise en réseau, ce directeur de la santé se tournant vers un médecin de santé publique, chercheur rattaché à l'université voisine Paris XIII, qu'il a rencontré dans ses réseaux nationaux des centres de santé, lequel fait appel à Robert Castel dont le laboratoire de sociologie est rattaché à la deuxième université voisine Paris VIII, qui le réoriente sur un sociologue de son équipe, lequel engage quelques doctorants qui, depuis cette expérience fondatrice, participeront durablement à la constitution d'un nouveau champ de recherche sur la santé urbaine. Ces deux équipes, de sociologues et de santé publique, travailleront en association avec un groupe de base composé d'acteurs locaux, professionnels du travail social et du soin désireux de s'engager dans une transformation des institutions du quartier. Le milieu de chercheurs qui de proche en proche a été formé par le directeur de la santé propose un tout autre modèle d'investigation que les études de besoins classiques en matière de santé. L'inventaire et la production de statistiques se trouvent rapidement convertis en supports de discussion autour des questions de santé ;

¹⁰⁹ Extrait d'entretien cité dans le rapport de cette recherche-action (1991) et dans sa publication quelques années plus tard : BERTOLOTTO F., BOUHNİK P., JOUBERT M., Quartier, Démocratie et Santé, Paris, l'Harmattan, 1993, p. 25.

en une occasion de « travail avec les gens », en une « action-réflexion-communication autour de la santé ». Le « autour » renvoie aux hypothèses qui la sous-tendent : « recomposer la globalité des problématiques vécues par les habitants », dans laquelle s'inscrivent leurs préoccupations de santé ; saisir la situation du quartier au-delà des cloisonnements institutionnels qui découpent traditionnellement les populations et les réalités urbaines. Cette démarche s'inspire d'autres enquêtes similaires menées en région parisienne au début des années quatre-vingt, dans une mouvance dite de « sociologie-réflexion » et de « recherche-action », que leurs promoteurs replacent dans un temps historique plus général marqué par les transformations de l'Etat et une problématique de crise sociale.

Car les engagements personnels de quelques individus, et leur attachement aux mêmes problèmes, ne suffisent à eux seuls à fonder le quartier laboratoire. Ils agissent dans une conjoncture épidémiologique et sociale et alors que sont valorisées par les politiques publiques d'État les dimensions territoriales et micro-sociales. Les scènes localisées, ouvertes par ces dernières, sont des occasions de mettre en visibilité les effets de la précarité et des conditions de vie en ville sur la santé. C'est à cette visibilisation, rendue possible par le nouveau cadre politico-institutionnel, que va contribuer le laboratoire local. Ainsi, si cette conjoncture générale favorise l'engagement de cette expérimentation, celle-ci participe en retour à la décrire. Parties prenantes de ces « conjonctures urbaines de santé » (Bertolotto, 1996), quatre problématiques scandent les travaux de recherche consacrés au sujet, identifiées comme à l'origine de l'intervention publique municipale des années 1980-2000 dans le champ de la santé : la toxicomanie, le sida, la précarité de masse, et la santé mentale. Il y est fait la découverte que la population active, censée être « normale », peut « aller mal » sans être malade. Ce qui conduit en deuxième lieu à réinterroger la pertinence d'un système fondé sur la biomédecine et les réponses curatives, de toute évidence mal outillé pour y répondre.

La santé communautaire procède de ce désenchantement et de l'ébranlement d'un contexte jusqu'alors marqué par un système de protection sociale presque universel, un État central fort, simultanément à une médecine libérale puissante et un privilège accordé aux sciences et aux techniques. C'est en vis-à-vis de ce contexte et de son ébranlement

qu'il nous faut comprendre et resituer le retour de la thématique communautaire, symbolisant le déplacement de l'accent sur les populations, celles-ci étant désormais appréhendées comme une entité susceptible de porter des états de santé, selon des logiques non plus d'encadrement, mais de mobilisation, de responsabilisation et de relais. Les mots clés sont devenus « communauté » et « ressources » (Joubert, 1996).

En nous introduisant, le temps d'une enquête, dans la trame inter-relationnelle de cette fabrique - une trame qui rapidement a dépassé l'échelon local de ce laboratoire – nous avons saisi comment, à travers la santé, s'est engagé un processus de re-problématisation de la question sociale urbaine et de reconfiguration de la connaissance sociologique sur le social. Le mal-être est urbain parce qu'il n'est pas dissociable des caractéristiques socio-urbaines qui participent à le produire. Cette qualification urbaine des vécus de santé peut se retourner positivement, et la santé s'introduire alors dans une réflexion sur les modes de production de la ville. Une découverte importante du quartier laboratoire est d'avoir ainsi repéré, dans la santé, une source de connaissance profane sur l'urbain ; profane en cela qu'elle provient de l'expérience sensible de ceux qui l'habitent.

C'est ici qu'intervient à nouveau la thématique communautaire, qui traduit la nécessité de faire évoluer les modalités de production de cette connaissance. Les acteurs du quartier laboratoire ont fait deux expériences symétriques. Dans le cours de la grande enquête, la santé s'est révélée être une « surface d'expression sociale » (Bertolotto, 1996) favorisant non seulement l'accessibilité des chercheurs aux connaissances détenues par les habitants sur leurs conditions de vie en ville, mais aussi celle des habitants aux lieux d'expertise socio-urbaine.

Ainsi, en premier lieu, la découverte et la mise au grand jour d'une « dépression ordinaire, quotidienne et urbaine » (Strohl et Lazarus, 1996) se sont accompagnées d'un autre dévoilement, tout aussi bouleversant pour les intervenants professionnels, celui de l'existence d'un « savoir profane » sur de tels phénomènes. « *Les personnes interrogées développent des raisonnements assez complexes sur les raisons et les facteurs de leur état. (...) Le 'quotidien' et l'absurdité du rythme de vie sont incriminés ; progressivement*

c'est tout un ensemble d'événements qui sont mis en avant pour reconstituer le fondement du malaise»¹¹⁰. La prise en compte de cette source de connaissance profane n'est pas sans implication ni bouleversement dans la sphère professionnelle elle-même. Elle exige des soignants qu'ils s'adjoignent des catégories d'acteurs hétérogènes, tant au plan disciplinaire (les sciences humaines), professionnel (le travail social), que statutaire (les associations ainsi que des groupes de personnes de tous âges du quartier).

Symétriquement, peu d'occasions auparavant étaient offertes aux habitants du quartier pour débattre de thèmes les concernant personnellement. Les réunions sur « les questions de l'urbain » leur étaient bien ouvertes, mais ils n'y venaient que peu, du fait de leur technicité. À l'inverse, ils se montreront intéressés, parce que concernés, par des réunions « autour de la santé » ; ils y viendront parler des conditions dans lesquelles ils vivent et de ce qu'ils veulent voir changer ; ils y viendront parler de choses dont ils ne parlaient pas à leur élu local dans les réunions de concertation officielles. Ils participeront aux réhabilitations en faisant remonter un vécu.

Le référent communautaire prend sens dans ce « laboratoire de plein air », soit un dispositif de recherche fondé sur la rencontre entre deux types de savoirs, les uns issus de l'expérience commune (*l'expérientia*), les autres issus d'un cadre scientifique confiné (*l'experimentatum*) ou pour le moins, ici, encadré par les institutions universitaires¹¹¹. Les communautés sanitaires sont d'abord à ce stade des communautés cognitives. Et parler de communauté est une manière de faire advenir l'articulation des différentes sources de savoirs. La santé communautaire dans la question urbaine est le lieu où se rapprochent et sont mis en équivalence non seulement savoirs profanes et disciplines mais aussi usagers et institutions. Car la notion de diagnostic communautaire, sur l'ensemble des terrains, qu'ils soient pionniers ou d'application, exprime bien davantage que des exigences de participation sociale et collective des habitants. S'y trouve durablement en jeu la transformation de la relation entre professionnels et bénéficiaires, participant d'une remise en cause plus large et fondamentale de la relation entre institutions et usagers. Au Franc-Moisin, la rencontre entre savoirs « profanes » et « experts » n'est pas seulement évoquée à propos du travail scientifique, il l'est également à propos de la relation clinique,

¹¹⁰ BERTOLOTTO F., BOUHNİK P., JOUBERT M., op.cit., p.114-115.

¹¹¹ La sorte de laboratoire qui se constitue ici réfère à une deuxième tradition, celle de la sociologie des sciences de Michel Callon forgée dans le contexte des sociétés post-industrielles (Callon, 1999 ; Callon, Lascoumes, Barthes, 2001)

au cours de laquelle on entend co-construire le diagnostic et la thérapeutique. Ces postures de co-construction définissent et fondent l'usage du qualificatif « communautaire ». Cette mise en équivalence des savoirs et la confrontation des expériences sur laquelle elle s'appuie s'ancrent dans un rapport critique des intervenants aux institutions. Telle est la portée de la qualification « communautaire » de la structure associative qui sera chargée de traduire en action les résultats du diagnostic communautaire ; une qualification toute désignée pour en faire un espace de liberté et d'autonomie – voire un contre-pouvoir - par rapport à la municipalité.

3. La santé communautaire, une redéfinition du « public »

Jusque dans ses mises en oeuvres opérationnelles, les genèses recueillies mettent en évidence une remise en cause des couples d'opposition classique entre les divers domaines de l'existence, ceux-là mêmes qui avaient été instaurés par les institutions : intime *versus* social, corps *versus* social, proximité *versus* espace public. En cela, on peut dire que la santé communautaire contribue à redéfinir la notion de *public*, et la chose publique. Le caractère performatif de la santé pour associer les êtres, et opérer des rapprochements entre des entités séparées pourrait expliquer le retour de la thématique santé dans le développement social urbain.

La montée en charge des problématiques de santé dans l'espace social local ouvre, pour les protagonistes des démarches étudiées, un nouveau champ de réflexion et d'action professionnelle sur les solidarités sociales, où se voient repensés les rapports entre risques individuels de santé et lien social, et de là entre privé et public. La santé, dès lors qu'elle est abordée et se travaille au plus près du contexte urbain, peut se décrire comme un espace de réorganisation des relations et de redéfinition de la frontière entre les deux sphères. C'est cette capacité à réorganiser les relations au sein de ce couple qui semble faire de la santé une ressource de développement social, un développement social qui ne fait pas l'économie des subjectivités. La santé doit sa qualification communautaire à son rapprochement de la question urbaine.

Les enseignements sociologiques dégagés des premières expérimentations ont montré comment la santé est une sphère nécessairement partagée, car prise dans toute une série d'interdépendances. C'est en cela au demeurant que la santé pourrait se concevoir

comme « publique », si l'on se réfère à l'acception qu'en a John Dewey¹¹². Prise sous l'angle de son accessibilité, elle engage des « conditions de possibilité » qui relèvent bien autant du rapport à soi, que de l'inscription dans des interactions sociales qui font support (Bertolotto, Joubert, Bouhnik, 1993 ; Joubert, 1995). Ce mouvement incessant entre l'expérience subjective et un espace du vivre ensemble, quitte à ce que celui-ci se révèle par son absence, fait de la santé le support en puissance d'un faire-communauté. Sans que des liens soient directement établis entre les trois terrains, force est de constater que de tels enseignements s'actualisent à chaque nouveau projet local de santé ; d'une génération à l'autre, c'est la même expérience et la même découverte que refont à chaque fois les acteurs avec toujours une impression d'innovation ; ce sont elles qui fondent leur intention de faire de la « santé communautaire ».

À partir de là, plusieurs formes de communautarisation autour de la santé sont à débusquer dans ces récits de genèse tout comme dans l'observation *in situ* des pratiques, par-delà le discours communautaire ; cet élargissement des cadres de pensée est nécessaire pour dépasser de manière constructive les écarts si souvent relevés entre pratique et rhétorique communautaires. Une première figure du communautaire procède par transformation de questions privées en questions publiques, par élaboration collective des vécus intérieurs, jusque vers leur expression publique, grâce à la médiation de professionnels « hybrides » ayant un pied dans plusieurs sphères de légitimité. Pour exemple, la sexualité y apparaît comme un objet qui peut circuler autour de la table, une matière à faire advenir des espaces communs de socialité et de solidarité. Les actions de mobilisation des femmes autour des risques de santé qui leur sont spécifiques sont un *leit motiv* de la santé communautaire en milieu urbain. Elles pourraient relever d'un « développement social au féminin », dont la spécificité est l'ancrage du collectif, dont on fait ici l'expérience ou que l'on ambitionne de faire advenir, sur la part la plus intime mais non moins commune des existences.

Contre toutes nos attentes, une deuxième figure du communautaire emprunte le chemin inverse, en convoquant la face privée des questions sociales auxquels sont confrontés les

¹¹² J. Dewey se saisit la notion de public précisément à partir de celle d'interdépendance : est privé ce qui ne concerne qu'un cercle restreint de personnes engagées dans une action. Est publique toute action qui a une influence au-delà de ce premier cercle, Dewey donnant l'exemple de l'initiative économique privée qui engage une interdépendance avec le développement économique local. Cf. DEWEY J., *Le public et ses problèmes*, trad. Joëlle Zask, Publication de l'Université de Pau, Farrago, Éd. Léo Scheer, 2003.

habitants et les professionnels de la localité. La santé communautaire fonctionne alors comme un espace de traduction de questions sociales en questions de santé, de questions collectives en questions personnelles - par exemple retourner la cible en interrogeant la responsabilité de la personne, la renvoyant à une souffrance personnelle à prendre en charge, quand celle-ci invoque celle de la société pour expliquer ses échecs d'insertion sociale. Les groupes de parole et de discussion réunis dans un objectif de faciliter des démarches individuelles d'accès aux soins fournissent un exemple de cette relation étroite entre communautarisation et engagements biographiques. Dans les pratiques mises en place, santé et communauté s'activent mutuellement. La santé, parce qu'elle engage ce rapport à soi, permet de construire de manière pragmatique un lien collectif, et dans le même mouvement, elle retrouve à travers l'action communautaire son fondement politique de bien collectif qu'elle avait perdu. À bien relire les différentes genèses recueillies, l'introduction de la santé dans le développement social urbain se présente indissociablement comme une dépolitisation du social (mouvement de subjectivation) et comme une politisation de la santé (accès à l'espace public). Sur ces sites de la mise en oeuvre des politiques urbaines territorialisés, les espaces communs qui s'ouvrent autour de la santé, s'ils commencent dans l'entre soi, sont toujours articulés à la question du territoire, ce qui les assure de la possibilité de « grandir les problèmes » (Ion, 2001). Mais ce qui les expose dans le même mouvement aux risques d'instrumentalisation.

Les récits croisés montrent des collectifs fluides et parfois éphémères, qui sans jamais les exclure, ne se sont pas nécessairement ni seulement formés à partir des appartenances identitaires, mais bien plutôt sur une charge momentanément partagée. Le sens que donne Roberto Esposito à la communauté exprime au mieux cette rupture que les communautés provisoires de la santé publique locale réalisent avec les interprétations habituelles, soit une « communauté de charge », dont l'absence de territoire commun est précisément ce qui réunit ses membres en les ouvrant à un en-dehors d'eux-mêmes (Esposito, 2000). La communauté est à construire et s'oppose à toute définition substantialiste. Elle est une forme qui se travaille de manière à servir une finalité spécifique qui la dépasse. Autrement dit, le communautaire de la santé communautaire n'est pas communautarisme ; les liens à construire comptent plus que les liens existants, la communauté s'envisageant presque toujours en tension avec une citoyenneté inaccomplie, qui est à rendre effective.

Comme par un jeu de déplacement, le « faire communauté » et son objectif d'*empowerment* concernent bien autant, sinon plus, les intervenants que les habitants. Cette troisième forme, inattendue, de communautarisation résulte de leur souci partagé pour le local en tant que tissu d'interdépendances qui porte des états de santé ; la charge partagée étant cette santé des habitants, qui donne matière à construire des communautés réflexives, et se présente comme un support de rapprochement interprofessionnel. Les questions de santé se révèlent être tout autant un support de la réflexivité professionnelle et d'analyse de la pratique, qu'elles ne sont une surface d'expression sociale pour les habitants. Cependant, la « communauté » des intervenants n'existe que dans la perspective, certes différée mais partagée, de la participation sociale des premiers.

Si la santé est un objet médiateur, ce n'est donc pas tant pour les habitants que pour ceux sur lesquels repose l'action publique. La santé fait territoire à travers les interdépendances des professionnels qu'elle active. La « communauté » prend ici son sens anglo-saxon en désignant les gens vivant dans une même localité, en prise avec une communauté de problèmes et d'environnement. *Les gens*, c'est-à-dire la sphère des techniciens et des responsables politiques locaux concernés depuis leurs places respectives par ces mêmes situations problématiques, et pas seulement les habitants. La santé dite communautaire est ainsi une façon de redéfinir le « public » qui prend en compte la totalité de ses composantes : institutionnelle, professionnelle, politique, sans exclure la dite « population ».

Faire de la santé un événement local permet, précisément, de construire ce public composite de la santé communautaire, qui ne saurait se rabattre sur les publics captifs des institutions. Ainsi, d'une localité à l'autre, les « semaines de la santé » engagent ou ponctuent le processus de santé communautaire. Fédérer, agencer à l'échelle d'un territoire, en même temps que publiciser (« avoir du public »), rendre visibles les acteurs et leurs pratiques aux yeux des institutions comme des habitants¹¹³, ne serait-ce que le temps d'une « fête de la santé » ; nous repérons là ce qui deviendra un motif récurrent

¹¹³ Car le « public » en question n'est pas seulement professionnel ou institutionnel ; il est ouvert aux habitants de la commune à travers un parcours santé, allant par exemple de la caserne des pompiers au centre de santé.

des démarches dites d'atelier santé-ville. Ces espaces-temps, éphémères et événementiels, remplissent une fonction tout à la fois de mobilisation et de mise en relation, de recueil d'expériences et de politisation de l'action. Remaniées par leur intention d'ouverture sur la ville, les réunions organisées à cette occasion sortent de leur confinement professionnel, s'ouvrent aux élus locaux et aux habitants, exigeant de la part des spécialistes, ce jour-là au moins, un ajustement de leur propos sur le social et la santé.

4. La santé communautaire, une référence métisse

Le « communautaire » de « santé communautaire » est un terme polysémique, dont la polysémie renvoie à la pluralité de ses héritages. Procédant de manière empirique et inductive, repartons des catégories de l'expérience, pour en remonter les fils socio-historiques. Au Franc-Moisin, la notion de santé communautaire n'est pas clairement affiliée. On parle plutôt d'un « référent qui se cherche », au croisement de plusieurs inspirations. La première affiliation disponible est de type communiste, incarnée dans la politique municipale de santé, avec son réseau de centres de santé de quartier et sa volonté de rendre accessibles les prestations au plus près de la population et de ses besoins ; de là pourrait-on remonter à la tradition du « socialisme municipal »¹¹⁴. Une seconde source émerge du quartier, relayée par des médecins généralistes intéressés à travailler dans des dynamiques ni trop formelles ni trop institutionnelles mettant au centre les habitants et les acteurs de terrain, qui rappellent les démarches introduites par les centres locaux de santé communautaire québécois. Sur cette base, comme indiqué précédemment, l'idée du « diagnostic communautaire » s'inspire d'une tradition sociologique d'accompagnement des changements sociaux par la recherche-action. D'autres référents agiront par la suite à la phase de mise en application concrète des conclusions de ce diagnostic. En premier lieu, la rhétorique communautaire est la déclinaison d'une politique de la participation dans le langage OMS¹¹⁵ relayé par les médecins de santé publique de la ville. L'arrière-plan biographique de ce référent est ici bien repérable. Saint-Denis est une « ville en santé » du réseau OMS et son responsable

¹¹⁴ Dont la mairie de Suresnes, conquise au lendemain de la première guerre mondiale par le socialiste Henri Sellier, médecin et futur ministre de la santé, constitue en France l'une des figures historiques.

¹¹⁵ Selon les termes de l'Organisation Mondiale de la Santé, l'effectivité du « communautaire » se mesure à « la participation démocratique de l'ensemble des acteurs concernés à la définition d'une politique de santé locale », participation à laquelle elle exhorte. Voir notamment : *La charte d'Ottawa. Vers une nouvelle santé publique*, 21 novembre 1986.

municipal de la santé en est un relais actif. Puis en second lieu, au milieu des années quatre-vingt-dix, les expérimentateurs de Saint-Denis s'inspirent d'un concept de travail social en voie d'émergence, autour des notions de médiation sociale et socio-culturelle¹¹⁶ auxquelles la politique de la ville contribue à donner une réalité pratique. Dès lors, si la « santé communautaire » au Franc-Moisin puise en partie ses références dans la santé publique internationale, le développement social urbain procure à ces dernières un cadre d'expérience et d'actualisation privilégié.

Dans le local, il y a de l'international. C'est ce que l'on pourrait conclure d'une généalogie de la deuxième expérience de santé communautaire. La relation aux pays en développement en est la facette précoce quand c'était la sociologie de Robert Castel que les responsables de la ville de Saint-Denis avaient privilégiée pour repenser l'intervention urbaine. Inédite, la relation Nord-Sud ne l'est assurément pas, elle qui fut un élément historique du travail social communautaire européen, notamment dans sa branche dite du « développement communautaire », dans les années après-guerre jusqu'aux Trente Glorieuses (Bouquet *et al.*, 1981). Plus récemment, autour de la politique de la ville, c'est toujours issue de l'intervention dans les pays du Tiers-monde que la catégorie du développement a été importée, sur fond de mise en cause d'une certaine manière de concevoir l'action publique en France (Jeannot, 2005, p.4). Ce petit terrain renseigne sur certaines des modalités concrètes de cette importation contemporaine du paradigme du développement ; montrant comment celle-ci s'opère *via* des personnes, lesquelles se font, ici, les traducteurs des référents qui encadrent, là-bas, les pratiques. Cette référence interroge dans un premier temps, tant les contextes anthropologiques et sociaux apparaissent éloignés les uns des autres.

Mais si l'on examine de plus près l'usage qui en est fait par les intervenants, le détour par l'international, non seulement fait office d'interpellation critique des manières de faire ici, mais agit comme une médiation, au sens où c'est par lui que le référent communautaire s'opérationnalise en certaines localités de l'intervention socio-urbaine française. La référence aux expériences fondatrices des pays du Sud serait, pour les intervenants des contrées du Nord, un support pour agir, au sens fort du concept élaboré par Michel Joubert. C'est-à-dire un support social pour faire advenir du lien collectif dans un

¹¹⁶ L'action de Franc-Moisin suit de près la création de la RIFA à Montfermeil, première association à avoir développé et formalisé la notion de « femmes-relais » en France.

environnement sociétal où il ne s'impose plus comme une évidence, encore moins comme la norme. Mais aussi un support cognitif, voire idéologique, que l'on songe aux idéologies de la participation, pour repenser le lien démocratique devenu problématique dans certaines parties de la ville.

À cet égard, les trajectoires de certains des experts de santé communautaire, par leurs allers-retours entre Occident et pays du Sud, sont comme un rappel de la globalisation des disparités sociales et des inégalités de santé qui en découlent. Elles indiquent les parallèles susceptibles d'être établis d'une relation asymétrique à l'autre, d'un « Sud » à l'autre¹¹⁷, bien autant qu'elles assurent de l'effectivité des transferts méthodologiques entre les contextes. Dans les quartiers urbains des grandes agglomérations occidentales comme dans les bidonvilles d'Asie où certains ont forgé leur compétence - celle-là même par laquelle ils sont repérés en France - la situation sanitaire est préoccupante : malnutrition au Sud, insécurité matérielle et affective liée à la précarité au Nord. Mais là comme ici, étant donnée la multidimensionalité des problèmes de santé en cause, les compétences techniques en santé s'avèreront vite secondaires au regard de leurs acquis en un domaine qui a plus à voir avec l'organisation sociale et le rapport des groupes dominés aux institutions et au pouvoir politique. Si leur qualification dans le champ médical et leur supposée capacité de réponse curative leur donnent une certaine légitimité auprès de ceux qu'ils accompagnent (habitants des quartiers d'Asie ou intervenants professionnels en France), le projet « politique » l'emporte sur le projet technique, et c'est en cela que ces trajectoires apparaissent significatives de la santé communautaire.

L'expérience la plus en aval du processus d'essaimage d'un développement social urbain par la santé, sur le troisième terrain, illustre les glissements de référents inhérents au passage de l'innovation à la stabilisation. Les référents socio-anthropologiques qui avaient contribué à réinscrire la santé dans une globalité, celle de l'être en ville dans les espaces urbains affectés par la crise sociale (premier terrain), cohabitent quand ils ne sont pas supplantés par un référentiel issu de l'éducation à la santé. Ou bien, dans le meilleur des cas, avec les principes de l'éducation thérapeutique héritée de la lutte contre

¹¹⁷ Cf. CASTEL R., *La discrimination négative. Citoyens ou indigènes ?*, Paris, Le Seuil et La République des Idées, 2007, p. 117 : « Il pourrait aussi y avoir des périphéries au sein de la nation, des sortes de 'suds' où se condensent les traits qui dessinent la face d'ombre d'une formation sociale ».

le sida. Ce dernier est relayé par la génération que nous avons appelée « des années sida », parce que s'étant professionnalisée sur les leçons de l'épidémie, au sein des dispositifs qui, dix ou quinze ans après Franc-Moisin en sont issus. Ils n'en récoltent pas que les emplois : ils appuient leur pratique sur les fondamentaux qui ont été dégagés de la lutte contre le sida. De cette lutte, le corps est devenu de manière plus exacerbée un lieu d'inscription de légitimité politique à laquelle les malades, par leurs associations, ont montré qu'ils pouvaient prendre une part active¹¹⁸. Au même moment, l'horizon qui sous-tendait le renouveau de l'action publique transversale et territorialisée, à l'entrée de la décennie 1980, ne peut servir d'appui à ceux qui n'en connaissent aujourd'hui qu'une évaluation mitigée, du fait de son impuissance à sortir de la crise sociale. Les nouveaux opérateurs de la santé communautaire ne sont pas de même génération que ses préfigurateurs, formés par l'épisode de Mai 68, sinon portés par le « retour de la Gauche » après 1981. Les sauts de génération, d'une expérience à l'autre, recourent en partie les substitutions de référents. Ce qui invite à considérer, en la santé communautaire, une expérience sociale fondamentalement hétérogène¹¹⁹.

Les discours incitatifs de l'action publique ne nous sont pas d'une grande aide pour circonscrire la santé communautaire à l'intérieur de limites conceptuelles et professionnelles stables et rassurantes. Derrière un langage unifié et parfois normatif, la référence relève plutôt du bric à brac de ressources, cognitives et pratiques, inscrites dans une pluralité de cultures. Elles s'opérationnalisent dans le rapport singulier qu'entretiennent avec elles les acteurs, selon la manière dont ils se reconnaissent plus ou moins, dans l'une ou l'autre de leurs généalogies, donnant une empreinte biographique aux dispositifs. Mais cette opérationnalisation procède aussi d'une réflexivité partagée, par laquelle sont réexaminés ensemble les héritages et les filiations, aucun savoir institué n'étant plus en mesure d'apporter à lui seul éclairage aux situations intriquées. Le processus de montée en généralité de la « santé communautaire » dans les quartiers

¹¹⁸ Le dossier publié par la revue *Réseaux* en 1999 donne un aperçu de cette extension du territoire de la santé et de la maladie : cf. « Sciences, maladies et espace public », *Réseaux* n° 95, et en particulier dans ce dossier : BARBOT J., « l'engagement dans l'arène médiatique. Les associations de lutte contre le sida », p.155-195.

¹¹⁹ L'hétérogénéité est le propre de l'expérience sociale telle qu'elle a été conceptualisée par François Dubet ; une hétérogénéité de ses principes constitutifs, au sein de laquelle l'activité des individus consiste à construire le sens de leurs pratiques (Dubet, 1994, p.111).

pauvres de la politique de la ville française prend l'allure d'un métissage¹²⁰, qu'explique sa composante intergénérationnelle, mais aussi le rôle central de la notion d'expérience dans sa promotion et sa traduction.

5. Conclusion

De ce voyage dans quelques sites de la santé communautaire urbaine française, l'on ne revient pas avec des certitudes, on y a découvert que santé et communauté étaient des notions à géométrie variable. Tout dépendrait de ce que l'on veut en faire localement. Or, c'est souvent à partir de difficultés d'application et de mise en œuvre des « messages » de participation, que l'on en est venu à interroger la notion de communauté : pour qui ces messages sont-ils acceptables, qu'elle en est la réceptivité ? La question de savoir où commence et où finit la communauté dépendrait alors de celle de savoir où commence et où finit la « santé ». Les contours variables que l'on donne à ce domaine semblent en effet déterminer le contenu et la forme de la participation. Ils impliquent et font appel à un certain type d'expériences et de savoirs, qui rend plus ou moins aisée l'implication des profanes et détermine en conséquence les rapports de pouvoirs autour de la santé. Telle était l'hypothèse des monographies des premières expérimentations des Centres de santé en France ou des Maisons médicales en Belgique (Steffen, 1979, p. 57).

Dès lors, si l'œuvre de délimitation du champ de la santé est bel et bien une œuvre d'institution de la communauté, que dire de la difficulté des communautés sanitaires de la politique de la ville à passer du pôle faible de la question sanitaire contemporaine - là où elle n'est que la face d'ombre du souci de soi (Ehrenberg, 2004) et le point d'aboutissement, chez les plus « faibles », du processus d'individuation caractéristique des sociétés post-industrielles - à son pôle fort, du point de vue duquel la santé se voit attribuer une valeur politique ? Que comprendre de la difficulté de ces communautés sanitaires de la politique de la ville à en faire une surface d'expression sociale qui redonne véritablement du pouvoir aux usagers et leur soit une occasion d'accomplissement de leur citoyenneté inaccomplie ?

¹²⁰ La notion de métissage, chez François Laplantine, met en critique la notion d'identité : tandis que le métissage introduit l'histoire, la pensée de l'identité l'évacue. Le métissage va avec le processus et la mobilité, loin des identités stables. Cf. « La haine du temps et de l'histoire », in LAPLANTINE F., *Je, nous et les autres. Être humain au-delà des appartenances*, Paris, Éd. Le Pommier- Fayard, 1999, p. 67.

Bibliographie

- BARBOT J., « L'engagement dans l'arène médiatique. Les associations de lutte contre le sida », *Réseaux* (« Sciences, maladies et espace public »), n° 95, 1999, pp.155-195.
- BERTOLOTTO F., BOUHNİK P., JOUBERT M., *Quartier, Démocratie et Santé*, Paris, l'Harmattan, 1993.
- BERTOLOTTO F., « La municipalisation de la santé publique », *Les Annales de la Recherche Urbaine* n° 73, 1996, pp.67-73.
- BOUQUET B., CHANTREAU A., LAGOS M., « Intérêts et limites du travail communautaire », in BEAUCHARD J. (sous la dir. de), *Le tiers social. Stratégies et politiques de médiations*, Paris, Editions Réseaux, 1981, pp. 90-127.
- BOUQUET B., « Individu, groupe, communauté », *Informations sociales*, n° 83, 2000, pp. 26-37.
- CALLON M., « Ni intellectuel engagé, ni intellectuel dégaïé : la double stratégie de l'attachement et du détachement », *Sociologie du travail*, n°41, 1999, pp. 65-78.
- CALLON M., LASCOUMES P., BARTHES Y., *Agir dans un monde incertain. Essai sur la démocratie technique*, Paris, Le Seuil, 2001.
- CASTEL R., *La notion de problématisation comme mode de lecture de l'histoire*, ronéoté, 1994.
- CASTEL R., *La discrimination négative. Citoyens ou indigènes ?*, Paris, Le Seuil et La République des Idées, 2007.
- DERIES B., *La santé communautaire dans la politique de la ville. Genèse et récits d'expérience*, Thèse de doctorat de sociologie / Université Lumière Lyon 2, sous la direction de Jacques ION (CNRS MODYS), 2008.
- DEWEY J., *Le public et ses problèmes*, trad. Joëlle Zask, Publication de l'Université de Pau, Farrago, Éd. Léo Scheer, 2003.
- DUBET F., *Sociologie de l'expérience*, Paris, Le Seuil, 1994.
- EHRENBERG A., « Les changements de la relation normal-pathologique. À propos de la souffrance psychique et de la santé mentale », *Esprit*, n° 304, 2004, pp. 133-156
- ESPOSITO R., *Communitas. Origine et destin de la communauté*, Paris, PUF, 2000.
- FASSIN D., (sous la dir. de), *Les figures urbaines de la santé publique, enquête sur des expériences locales*, Paris, La Découverte, 1998.
- CARREL M., (2008). « Faire participer les habitants dans une perspective comparée », in GUILLEMARD A.M. (sous la dir. de), *Où va la protection sociale ?*, Paris, PUF, Le Lien social, 2008, p.355-371.
- GRAFMEYER Y., JOSEPH I. (sous la dir. de), *L'école de Chicago. Naissance de l'écologie urbaine*, Paris, Aubier, 1984.
- ION J. (sous la dir. de), *L'engagement au pluriel*, Saint Étienne, PUSE, 2001.
- JEANNOT G., *Les métiers flous. Travail et action publique*, Toulouse, Octarès Éditions 2005.
- JOUBERT M., *Lien social, santé et territoire. Introduction à l'analyse des supports sociaux*, synthèse des travaux pour l'Habilitation à diriger des recherches, Université Paris VIII, 1995.
- JOUBERT M., « Remonter le fil des dégradations, la production urbaine de santé en banlieue », *Les Annales de la recherche urbaine*, n° 73, 1996, pp.33-42.
- LAPLANTINE F., *Je, nous et les autres. Être humain au-delà des appartenances*, Paris, Éd. Le Pommier- Fayard, 1999.

STEFFEN M., « Les usagers dans une expérience de services communautaires de santé : le cas d'un centre de santé en France », *Revue Internationale d'Action Communautaire (RIAC)*, n° 41, 1979, pp.55-66.

STROHL H., LAZARUS A., *Une souffrance que l'on ne peut plus cacher*, Paris, DIV DIRMI, 1995.

SINGLY (de) F., *Les uns avec les autres. Quand l'individualisme crée du lien*, Paris, Armand Colin, 2003.

Les GEM, entre « politiques sociales du sujet » et réflexivité des acteurs

Sabine VISINTAINER,
Sociologue – formatrice à l'ARFRIPS,
Caluire (France)
s.visintainer@arfrips.fr

En France, face aux processus d'exclusion sociale caractéristiques des sociétés du XX^e et XXI^e siècles et au relatif échec des politiques mises en place par l'Etat providence et de son paradigme assurantiel, on assiste à un redéploiement de l'action publique vers des programmes d'activation, de participation, à destination de différents publics fragiles (chômeurs, jeunes en difficulté d'insertion, malades, personnes en situation de handicap, ...). Ces programmes, dispositifs visent à l'autonomisation des usagers construits comme coproducteurs du service, et selon un nouveau paradigme de « gestion de soi ». La logique de traitement individualisé des problèmes sociaux s'étend, et mise sur les capacités réflexives des usagers, tout en s'articulant à des interventions sociales. C'est dans ce contexte et celui d'une mutation de la psychiatrie (fermeture massive de lits hospitaliers) amenant à réinterroger la place sociale d'une population souffrant de « *troubles psychiques graves et persistants* »¹²¹ qu'émergent en France les Groupes d'Entraide Mutuelle¹²² (GEM).

Promulgués par la loi du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées, les GEM sont des « *outils d'insertion dans la cité, de lutte contre l'isolement et de prévention de l'exclusion sociale des personnes en situation de grande fragilité* »¹²³, « *fondés par un projet d'entraide mis en œuvre par les usagers eux mêmes* » afin de « *restaurer et maintenir les liens sociaux* », et de « *redonner confiance en soi* »¹²⁴.

¹²¹ Circulaire N°DGAS/2005 du 24/08/2005 encadrant les Groupes d'Entraide Mutuelle.

¹²² Désormais GEM dans le texte.

¹²³ Circulaire op. cit.

¹²⁴ Annexe 3 de la Circulaire N°DGAS/2005 du 24/08/2005, p. 1.

Mis en œuvre afin de créer de nouvelles solutions d'accompagnement, les GEM donnent une nouvelle légitimité d'action à des associations de malades mentaux, qui s'engagent dans des activités auparavant encadrées par des professionnels. Ils bouleversent la relation d'aide et de soins et participent d'un mouvement plus général d'empowerment. Ils sont destinés à un public de « handicapés psychiques », particulièrement fragilisés par la maladie mentale, et où la responsabilité de soi et l'activation sont loin d'être évidentes.

Cet article rendra compte de ces nouvelles pratiques, à partir de l'observation de deux « groupes d'entraide mutuelle » de la région lyonnaise (France), en s'intéressant au point de vue des acteurs et à leurs activités d'auto-support. L'article visera, par ailleurs, à déconstruire, d'un point de vue théorique, les concepts d'usager, de santé mentale, afin de mieux saisir les enjeux à l'œuvre dans les politiques déployées. Dans une première partie, nous examinerons l'émergence, en France, des associations de malades mentaux, et enfin, celle des GEM. Puis, à partir de l'analyse de deux de ces GEM en région lyonnaise, nous tenterons de montrer les apports de ces nouveaux dispositifs (déstigmatisation), mais aussi leurs limites (risque de surensaulement des malades inactifs).

1. L'émergence des associations de malades dans le champ de la psychiatrie¹²⁵

L'histoire de la mobilisation des usagers de la santé mentale en France est récente, puisqu'elle date des années 1960. Les premiers à exprimer les droits des malades, à créer des structures de prise en charge ont été des associations de familles, regroupées au sein de l'Union Nationale des Amis et Familles de Malades mentaux (UNAFAM), créée en 1963. L'UNAFAM rassemble aujourd'hui plus de 13 000 adhérents, répartis en 97 sections départementales. Elle gère plus de 120 établissements spécialisés dans l'accueil des malades et une grande partie des Groupes d'Entraide Mutuelle, créés depuis 2005.

¹²⁵ Cette première partie est une reprise de l'article que nous avons corédigé : Monceau M. et Visintainer S., « Le mouvement des usagers en santé mentale : introduction et repères historiques », in Furtos, J. et Laval C. (dir.), La santé mentale en actes – de la clinique au politique, Ramonville, Erès, 2005, pp. 263-274.

Puis, dans les années soixante-dix, apparaissent des mouvements militants de contestation, qui remettent en cause les institutions de soin, le savoir psychiatrique, les traitements psychiatriques considérés comme inhumains (sismothérapie¹²⁶, psychochirurgie, ...).

Et enfin, dans les années quatre-vingt, et souvent à l'initiative de professionnels de la psychiatrie, se créent des associations d'usagers. Ce sont majoritairement des associations d'entraide (self-help), d'abord constituées pour offrir aux malades un réseau de solidarité, proposant activités, sorties, soutien et espace de paroles. Elles offrent un autre lieu que l'hôpital psychiatrique pour parler ensemble de la maladie, l'appivoiser, l'accepter, apprendre à vivre avec, et parfois, à en guérir. Elles regroupent des patients d'origines socio-culturelles très diverses, dont le dénominateur commun est un vécu stigmatisant de la maladie, et un isolement social important. C'est le cas de A¹²⁷, créé en banlieue lyonnaise en 1983.

Les associations d'usagers de la santé mentale sont souvent plurielles mais certaines sont néanmoins centrées sur une pathologie (AFTOC, France Dépression ...), ou sur un hôpital (Esqui). La plupart sont mixtes (malades-non malades) et parmi elles, les professionnels de santé sont parfois majoritaires. Cette pluralité s'est fédérée puisque la plupart des associations où les malades sont majoritaires, tant parmi les adhérents que dans les conseils d'administration, sont aujourd'hui regroupées dans la Fédération Nationale des Associations d'usagers en Psychiatrie(Fnapsy), fondée en 1992.

La Fnapsy regroupe aujourd'hui¹²⁸ soixante-douze associations françaises, met en ligne une lettre d'information mensuelle¹²⁹, a des représentants d'usagers aux conseils d'administration de quelques hôpitaux psychiatriques, principalement en région parisienne, possède un local¹³⁰, une permanence téléphonique, un site internet¹³¹, et

¹²⁶ L'association suisse « Les Sans Voix » a fait interrompre la sismothérapie dans le canton de Genève.

¹²⁷ Les noms de nos terrains d'enquête ont été modifiés afin de préserver l'anonymat des personnes rencontrées.

¹²⁸ En mars 2009.

¹²⁹ Auparavant, elle éditait un bulletin de liaison, *Journal de la Folie Ordinaire*.

¹³⁰ 33, rue Daviel – 75013 PARIS tél : 01 43 64 85 42

¹³¹ www.fnapsy.org

parraine un nombre important de Groupes d'Entraide Mutuelle. Elle compte aujourd'hui plus de 4000 usagers (ce qui reste néanmoins très faible comparé aux 30 000 adhérents de l'Association Française contre les Myopathies¹³², par exemple, ou aux 15 000 membres de la Fédération Suédoise d'Usagers de la Santé Mentale dans un pays qui ne compte que 8 millions d'habitants). Elle apparaît encore comme fragile (son action repose essentiellement sur quelques individualités), intermittente (du fait de la fluctuation de l'état de santé de ses membres), mais elle a acquis rapidement une reconnaissance publique, notamment en s'alliant à un interlocuteur clé, l'UNAFAM, dépassant les clivages antérieurs malades/familles. Malgré quelques différents à l'échelon local et des points de vue qui parfois s'opposent, elles collaborent aujourd'hui pour défendre le droit des usagers, l'accès et l'information sur les soins, la lutte contre la déstigmatisation des troubles psychiques.

Le 8 décembre 2000, elles cosignent *la charte de l'utilisateur en santé mentale*, avec la conférence des Présidents des Commissions Médicales d'Etablissements des Centres Hospitaliers Spécialisés, en présence de la Secrétaire d'Etat à la Santé et aux Handicapés. Cette charte affirme que l'utilisateur en santé mentale est « *une personne à part entière* », « *qui doit être traitée avec le respect et la sollicitude dus à la dignité de la personne humaine* », « *une personne qui a le droit au respect de son intimité* », « *qui ne doit pas être infantilisée ou considérée comme handicapée mentale* », et « *dont on doit respecter les croyances* », « *une personne qui souffre* », « *une personne informée de façon adaptée, claire et loyale* », « *une personne qui participe activement aux décisions la concernant* », « *une personne responsable qui peut s'estimer lésée* », « *une personne dont l'environnement socio-familial et professionnel est pris en compte* ».

Puis, en 2001, et avec la Fédération des Associations de Santé Mentale de la Croix Marine¹³³ le « *Livre Blanc des partenaires de Santé Mentale France* »¹³⁴, dont l'une des propositions est la généralisation de « *clubs de patients* ».

¹³² Analysée par Callon, M. et Rabeharisoa, V., *Le pouvoir des malades – L'Association Française contre les myopathies et la recherche*, Paris, Les presses de l'Ecole des Mines, 1999

¹³³ Cette Fédération regroupe des structures de soins mais aussi des structures sociales et médico-sociales. Créée en 1952, elle s'est, depuis son origine, donnée la mission de défendre les droits des patients.

¹³⁴ Le Livre Blanc des partenaires de Santé Mentale France – Pour une association d'usagers de la psychiatrie, de soignants et de responsables du social dans la cité, Editions de Santé, 2001

Puis, c'est la loi du 4 mars 2002, relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, qui consacre des droits individuels et collectifs aux malades : droit à l'information du malade, s'il le souhaite, sur son état de santé, et de son consentement ou refus¹³⁵ quant aux soins proposés (possibilité d'un accès direct au dossier médical¹³⁶, désignation possible d'une personne de confiance¹³⁷), dispositif d'agrément pour « *les associations, régulièrement déclarées, ...représentatives et indépendantes, ayant une activité...effective et publique en vue de la défense des droits des personnes malades et des usagers du système de santé, ...de la formation et de l'information* ». La loi reconnaît une place aux associations d'usagers, qui peuvent siéger dans les instances délibérantes¹³⁸, se porter partie civile dans certains cas, obtenir un congé de représentation.

Depuis l'année 2000, la Fnapsy organise des journées nationales, comme, en 2004, la « *Journée Nationale d'information et de réflexion sur les Clubs d'accueil et d'entraide* », un an avant la création des GEM.

Qu'appelle-t-on les « usagers de la santé mentale » ?

L'appellation « usager de la santé mentale » engage les sociologues à un travail de déconstruction de ces termes, et à une tentative de clarification, sous peine de sombrer dans la confusion engendrée par le flou de la catégorie. La notion d'usager est déjà, à elle seule, fort ambiguë puisqu'elle recouvre des figures aussi différentes, voire contradictoires, que celle de l'usager-administré (un usager assujéti à une administration puissante), celle de l'usager-client ou consommateur (tendant à rapprocher les rapports sociaux d'usage à des rapports marchands), celle d'un usager-citoyen (qui disposerait

¹³⁵ L'article 1111-4 donne la primauté au consentement du patient sur l'obligation de soigner incombant au médecin.

¹³⁶ Cet article comporte néanmoins une clause restrictive, dans le cadre d'une hospitalisation psychiatrique sur demande d'un tiers ou d'office, où « la consultation des informations peut être subordonnée à la présence d'un médecin désigné par le demandeur en cas de risques d'une gravité particulière ».

¹³⁷ Qui peut être un parent, un proche ou le médecin traitant, et qui sera consultée au cas où le malade serait hors d'état d'exprimer sa volonté. La personne de confiance peut accompagner le malade qui le souhaite dans ses démarches et assister aux entretiens médicaux

¹³⁸ La loi du 4 mars 2002 modifie la composition des commissions départementales des hospitalisations psychiatriques en y incluant un représentant d'une association agréée de personnes malades (auparavant, cette commission créée par la loi du 27 juin 1990 pour renforcer les contrôles sur les hospitalisations sous contrainte, comprenait, outre les professionnels du soin, uniquement un représentant des familles).

d'une capacité d'évaluation et de sanction des politiques publiques), et enfin la figure d'un usager-coproduit, (usager qui d'utilisateur d'un bien, d'un soin, participerait à sa production). On voit bien là comment derrière la figure opaque et consensuelle de l'usager se dessinent des postures aussi différentes que celle d'usagers réformateurs ou revendicateurs, auxiliaires, partenaires ou cogestionnaires, voire alibis instrumentalisés par les pouvoirs publics pour réduire les coûts et moderniser l'organisation. La notion d'usager renvoie à des rapports sociaux complexes, et contextualisés.

La notion de santé mentale, elle aussi, nécessite une réflexion. « *La santé mentale parle de tout* », « *référence centrale* », elle « *est simultanément indéterminée* »¹³⁹. Son avènement, couplé à celui de la notion de souffrance psychique, concourt à homogénéiser une catégorie de troubles psychiatriques très hétérogènes, voire à les normaliser. L'utilisation du terme "santé mentale" inscrit en effet les malades mentaux dans un ensemble plus vaste de « *citoyens en difficulté secoués par des « événements de vie* » »¹⁴⁰. L'appellation « usagers de la santé mentale » agrège des patients pluriels, du patient psychotique vivant à la rue, au salarié précaire anxieux,.... La promotion des associations d'usagers de la santé mentale par les pouvoirs publics pourrait signer une volonté de déspecifier la psychiatrie, d'élargir ses missions, de l'inscrire dans un réseau plus vaste où elle rencontrerait, entre autres acteurs, les associations de malades.

Si l'expression « usagers de la santé » a, en soi, quelque chose de paradoxal, en psychiatrie, elle comporte également le risque d'une perte de sens, faisant de tout en chacun un usager potentiel des services psychiatriques, dans un courant d'homogénéisation. Mais la déspecification de la psychiatrie, dont l'appellation « usagers de la santé mentale » pourrait être un des indicateurs, présente également l'avantage de ne pas focaliser sur les seuls patients les questions concernant les troubles psychiques mais de les poser à l'ensemble du corps social, de les extraire d'une problématique individuelle et subjective pour les constituer en questions politiques. Selon cette logique, cette déspecification renverrait vers le social, ou le médico-social, la gestion de problèmes sociaux dont la psychiatrie a jusqu'ici souvent hérité.

¹³⁹ Ehrenberg A., Les changements de la relation normal-pathologique. A propos de la souffrance psychique et de la santé mentale, Revue Esprit, mai 2004, pp. 133-156

¹⁴⁰ Ibidem, p. 144

2. L'émergence des GEM

La loi du 11 février 2005 officialise la notion de « *handicap psychique* ». En effet, son article 2 précise, en définissant le handicap¹⁴¹, que les altérations des fonctions psychiques sont bien des sources de handicap. Cette loi évoque les Groupes d'Entraide Mutuelle dans ses articles 4 et 11.

Ce dispositif était réclamé par la Fnapsy, qui connaissait les expériences d'autosupport et les pratiques d'entraide déjà à l'œuvre dans ses associations de malades, sans le recours de soignants. Mais ces pratiques restaient circonscrites à un nombre restreint d'associations (une trentaine, en 2003, sur le territoire national), et fragilisées par l'absence de financements La Fnapsy a donc revendiqué des budgets pour ces collectifs, en montrant la pertinence de ce chaînon manquant entre le dedans (l'hôpital psychiatrique) et le dehors (le logement social où le malade souffre souvent d'isolement social et reste stigmatisé ; les structures médico-sociales ou sociales, en nombre insuffisant et aux moyens restreints ; la famille, épuisée par les troubles psychiques de ses proches et leurs effets sociaux, ...).

Elle est rejointe dans cette revendication par l'Unafam, qui demande un soutien pour les familles, une aide à la sortie de l'hôpital, et des actions de préventions, et par la Fédération Croix Marine, qui voit dans ces « nouveaux clubs » une avancée supplémentaire, clairement située hors des lieux de soins et du regard soignant.

Les GEM ont pour objectifs de « *créer un nouveau mode de participation des personnes handicapées psychiques dans la cité, ...de faire exister cette population auprès des élus, de la police, des travailleurs sociaux, des Maisons Départementales pour les Personnes Handicapées...qui méconnaissent ce type de handicap* »¹⁴². Il s'agit de « *fournir une*

¹⁴¹ « Constitue un handicap ...toute limitation d'activité ou restriction de participation à la vie en société subie dans son environnement par une personne en raison d'une altération substantielle, durable, ou définitive d'une ou plusieurs fonctions physiques, sensorielles, mentales, cognitives ou **psychiques**, d'un polyhandicap ou d'un trouble de santé invalidant. »

¹⁴² Instruction DGAS/3B du 20 mai 2008 relative aux groupes d'entraide mutuelle pour personnes handicapés psychiques, p. 297

réponse adaptée, située à la jonction entre le secteur médical et le secteur social »¹⁴³ en mettant à disposition « à proximité un espace d'accueil dédié et accessible, où les personnes handicapées psychiques peuvent prendre leur destin en main »¹⁴⁴. Les GEM ne sont pas réservés aux seules personnes reconnues handicapées, et sont fondés sur l'adhésion libre et volontaire des personnes à « un projet de solidarité et d'entraide ouvert sur la cité, ...les adhérents sont acteurs du projet du groupe, ...chacun y participant à la mesure de ses possibilités. »¹⁴⁵

La volonté des pouvoirs publics est donc de donner une plus grande autonomie aux malades mentaux, mais aussi de les « activer », ce qui révèle une transformation profonde des représentations sociales sur ce qu'il convient de faire pour soigner, aider, et intégrer ces personnes. Les GEM sont destinés à un public de « handicapés psychiques », particulièrement fragilisés par la maladie mentale, et pour qui la responsabilité de soi et l'activation sont loin d'être évidentes, alors que la psychiatrie conserve une spécificité et des missions à la fois de soin mais également de double protection, du patient et de l'ordre social. C'est donc à l'intérieur de ces tensions (régime de soins sous contrainte, et injonction à l'autonomie) que les GEM s'organisent, affiliés à des mouvements divers qui colorent leurs pratiques de façon différente, selon leur filiation, et les représentations sociales sur les capacités des personnes malades.

Un premier élément, dès la première circulaire encadrant ce nouveau dispositif, nous semble rendre compte de ces tensions. S'il est affiché clairement la volonté de promouvoir la participation des adhérents, et de donner une large autonomie aux associations d'usagers pour qu'elles organisent une entraide, il est parallèlement immédiatement souhaité un « parrainage » par une autre association (« *de familles, de patients ou oeuvrant dans le champ de la santé mentale ou tout autre organisme reconnu* »¹⁴⁶), pour apporter un appui et notamment dans la gestion administrative et financière du GEM. En 2008, ce parrainage est rendu obligatoire et doit être formalisé sous la forme d'une convention précisant les modalités d'intervention du parrain, qui doit

¹⁴³ Ibidem.

¹⁴⁴ Ibidem.

¹⁴⁵ Circulaire DGAS/3B du 30 mars 2007 relatives aux groupes d'entraide mutuelle pour personnes handicapés psychiques.

¹⁴⁶ Circulaire DGAS/PHAN/3B du 29 août 2005 relative aux modalités de conventionnement et de financement des GEM, p. 3.

« *soutenir sans imposer* », « *rester disponible tout en sachant s'effacer* »¹⁴⁷. Ainsi, on reconnaît des capacités aux personnes (à s'associer, à s'entraider ...) mais partiellement, puisqu'on peine à les imaginer actives lorsqu'il s'agit de gestion financière ou de tâches administratives. Cette tension va donner lieu à des interprétations fort disparates de la circulaire qui encadre ces nouveaux dispositifs.

Pour la présidente de la Fnapsy, les GEM sont une possibilité offerte aux usagers de décider de leur vie, d'apprendre, entre pairs, à vivre avec la maladie, et pour que ces objectifs se réalisent selon elle, il faut lutter contre la tendance « naturelle » des non usagers (professionnels du soin ou du social, familles) à « faire à la place de », pensant être plus compétents, mais aussi contre la tendance « naturelle » des usagers à se laisser diriger, du fait d'un état de fatigue, d'une mauvaise estime de soi, ...¹⁴⁸.

Certains soignants sont très frileux face à l'apparition des GEM, ne parvenant pas à se défaire des traditionnels positionnements paternalistes de protection et de surplomb, et ne pouvant imaginer leurs patients revendiquant une place nouvelle, sans interpréter immédiatement ce mouvement comme un indice de leur pathologie. Ces professionnels se sentent menacés, voire concurrencés par ces nouveaux dispositifs, et voient dans l'attitude des pouvoirs publics soutenant la démarche d'associations de malades une certaine ambiguïté, dans un contexte de réduction drastique des moyens donnés aux services publics de psychiatrie. D'autres médecins chefs se glorifient, a contrario, d'envoyer leurs patients vers un GEM, sans pour autant se faire aucune illusion sur leurs capacités, voyant le dispositif comme un palliatif devenu incontournable, dont les soignants sont exclus mais avec lequel il faut composer, dans un partenariat imposé.

La deuxième dérive est repérée dans des associations de familles, qui décident unilatéralement, dans un double objectif, occupationnel et de protection, exigeant de leurs salariés animateurs d'aller dans ce sens.

¹⁴⁷ Instruction DGAS/3B du 20 mai 2008 relative aux groupes d'entraide mutuelle pour personnes handicapées psychiques, p. 298.

¹⁴⁸ Finkelstein, C. et Alary, P., Les GEM – une réponse à la solitude, le moyen de la dignité par l'entraide et la solidarité, Pratiques en santé mentale, n°3, 2007, p. 21-24.

L'Etat repositionne alors les GEM, dans la circulaire du 30 mars 2007, comme facteurs d'autonomisation des personnes, « *présupposé incompatible avec une approche de type tutélaire qui entretiendrait une relation de dépendance* »¹⁴⁹. C'est un rappel à l'ordre, face à un certain nombre d'excès constatés : dans certains GEM, il a été imposé aux adhérents une période d'essai, ou de communiquer le nom d'une personne de confiance et du médecin traitant, ou de signer un engagement à rencontrer un médecin régulièrement.

Néanmoins, plus de 300 GEM¹⁵⁰ ont été créés en 3 ans (2005-2007), répondant à une véritable demande sociale. Ils sont fréquentés par 20 000 usagers environ, et emploient 640 animateurs. Leur nombre d'ouverture moyenne au public est de 30 heures hebdomadaires, mais avec des variations importantes (de 3 à 57H). 70% des GEM sont ouverts le samedi et/ou le dimanche. Une majorité de GEM est financée uniquement par la subvention¹⁵¹ de l'Etat, certains ayant aussi obtenu une aide des communes et des conseils généraux. En 2008, seules 50% d'associations d'usagers gèrent elles mêmes la subvention GEM.

3. Présentation de deux GEM en région lyonnaise (France)

3.1. *Le GEM A, un GEM mixte malades/non malades où « Etre mélangés c'est exquis »*¹⁵²

Le GEM A dépend d'une association mixte de malades et non malades constituée dans les années 1980, dans une visée émancipatrice qui donnerait place au malade dans la cité. Il a été initié par un médecin hospitalier, le docteur G., et deux collectifs auxquels il appartient. Le premier est un séminaire d'étudiants en psychiatrie avec lesquels il réfléchit, en compagnie du philosophe Francis Jeanson, aux conditions favorables pour qu'il n'y ait pas de ségrégation des malades mentaux. Ils souhaitent inventer un système

¹⁴⁹ Circulaire DGAS/3B du 30 mars 2007 relatives aux groupes d'entraide mutuelle pour personnes handicapés psychiques.

¹⁵⁰ Les données chiffrées qui suivent sont issues du Bilan 2008 relatif aux groupes d'entraide mutuelle financés en 2007, rédigé par la DGAS en septembre 2008. Ce bilan est une synthèse nationale, réalisée à partir de fiches de suivi des GEM et du tableau de financement.

¹⁵¹ D'un montant maximum de 75 000 euros par an, provenant de la Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie.

¹⁵² Poème d'Hélène, adhérente de A, 29 juin 1987

pour que ces personnes puissent trouver une place dans la ville. Le second groupe est composé de soignants d'un hôpital psychiatrique lyonnais, qui utilisent, dans leur pratique soignante, des ateliers de création (cinéma, vidéo, ...). Leurs patients demandent que ces groupes aient lieu à l'extérieur de l'hôpital. Ces deux collectifs croient à un nouveau patient, « acteur des soins », à ses potentialités créatrices, et à la guérison possible des psychoses. Ils sont rejoints par d'autres soignants et travailleurs sociaux du Centre Médico Psychologique voisin, et par un petit groupe de malades. Ils bénéficient du soutien du médecin-chef, et du directeur de l'hôpital, dans un contexte d'accueil au départ très mitigé de la part du personnel hospitalier.

C'est ainsi qu'un groupe mixte (malades/soignants/travailleurs sociaux) élabore un projet, en 1981, dans un climat social d'espoirs de transformations des relations sociales. Ce groupe souhaite « *un travail de transformation des mentalités. Un travail de modification des représentations collectives de la folie* » et veut créer une association culturelle pour donner forme à ce projet. Il va être soutenu par une équipe municipale communiste et son centre communal, qui met à disposition ses locaux.

A, « *association pour la réinsertion socioculturelle des malades mentaux* », est créé en 1983. Ainsi, ce qui fonde A, c'est l'idée commune d'un « *échange possible entre malades et non malades autour de la culture* »¹⁵³ dans le but d' « *instaurer d'autres rapports* »¹⁵⁴, selon une démarche intégrative dans la Cité, à l'extérieur de l'hôpital, qui reste, dans les années 80, le lieu d'assignation de la folie. A se veut une association de malades et de non-malades, où tout un chacun a le souci de la maladie mentale. Ce n'est pas une association de malades, où l'on se retrouverait « entre soi ».

« *Cette association a pour but la réinsertion socio-culturelle des malades mentaux et des non-malades, afin de trouver un moyen de rompre leur isolement, par le biais de la vie associative, dans l'expression des capacités créatrices qui existent chez tous pour un enrichissement mutuel. Elle se donne prioritairement pour objectif d'aider les plus démunis, ceux qui ne peuvent du fait de leur maladie, faire seuls la démarche d'adhérer à*

¹⁵³ M.G., Naissance d'un projet : l'association A, document reprographié, p.3.

¹⁵⁴ Ibidem.

une association, mais aussi, elle veut changer les rapports qui existent dans la communauté entre malades, non malades. Tout le monde a quelque chose à dire. Ainsi, les étiquettes tombent : c'est la découverte de l'autre tel qu'on ne l'imaginait pas. »¹⁵⁵

La posture de A n'est donc pas antipsychiatrique, au sens de Laing ou de Cooper. Elle ne remet pas en cause l'existence d'une maladie mentale. Elle ne prône pas l'abolition d'une séparation malades/médecins mais promeut néanmoins l'idée, utopique dans les années 80, d'un retour possible du malade dans la Cité, et d'un autre type de relations entre les soignants/patients/personnes extérieures.

Lorsque nous avons commencé à participer aux réunions de A à partir de juin 2002, nous nous sommes surprise à nous interroger sur l'identité des personnes présentes : qui est malade ? Qui ne l'est pas ? Il en allait de même lors des différentes sorties où nous avons accompagné A. Untel est-il hospitalisé ? Ex-malade guéri ? Ami des malades ? Nous cherchions des repères, dans ce monde inhabituel où le « psychiatisé » semblait côtoyer le sain d'esprit sans que cela ne pose de problème particulier au groupe. La partition claire malades/non malades que nous avons connue dans d'autres espaces sociaux n'avait pas, ici, cours.

S'appuyer sur les capacités de création du malade, créer un réseau relationnel, instaurer de nouveaux rapports entre malades-non malades, faire tomber les masques qui protègent les uns et stigmatisent les autres, prendre l'autre tel qu'il est : tels sont les souhaits de A dès son origine.

A est composée d'une majorité d'usagers, en bonne entente avec les professionnels de la psychiatrie. Toutefois, « A, par son existence même, bouscule un peu l'organisation des services et le personnel. Peut-elle aller plus loin dans la critique du fonctionnement et dans le soutien du droit des malades ? »¹⁵⁶ Ce débat sur les liens avec l'hôpital psychiatrique n'a, nous semble-t-il, jamais cessé pendant les vingt cinq ans de

¹⁵⁵ Article 2 des statuts de A.

¹⁵⁶ Procès-verbal de l'assemblée générale du 7/12/1984.

fonctionnement de l'association. A, accolée au géant asilaire, se définit en rapport à celui-ci. Initié par quelques soignants et malades de l'hôpital, A a toujours tenté de se faire une place qui lui soit propre. Les deux premiers présidents étaient usagers de la psychiatrie. Le dernier ne l'est pas. Les soignants qui adhèrent à A ne veulent pas intervenir en tant que techniciens, ne veulent pas être responsables de l'organisation, mais soutiennent l'association. Le psychiatre fondateur reste aujourd'hui très attentif au fonctionnement. Il n'a jamais souhaité que A soit une association menée par les professionnels du soin.

« J'ai toujours pensé, c'était une de mes positions théoriques, qu'il faut qu'on file un coup de main pour que ça marche, mais si ça marche, ça doit marcher sans nous. Ça doit marcher sans les soignants. Il ne doit pas y avoir de professionnels derrière ça. ...Il ne fallait pas faire de cette association une association psychiatrique. Ça devait rester une association de citoyens dans la Cité. »¹⁵⁷

Les objectifs de cette association ont été, dès son origine, de rassembler des patients et ex-patients, d'aider les hospitalisés à sortir de l'hôpital, de créer une entraide entre les différents adhérents. *« Aider les usagers de l'hôpital à faire la démarche de sortir, de se sentir soi-même, d'être responsable de soi ; instaurer d'autres relations et créer un réseau d'amitiés entre les usagers, les soignants, les membres de l'association. »¹⁵⁸*

Dès le départ, le groupe choisit, pour parvenir à ces objectifs, de proposer des rencontres et des sorties dites « culturelles ». A ne propose pas de travail, pas de logement mais axe ses actions vers des activités de type culturel. La principale raison de ce choix est liée à une conception exigeante de l'intégration des malades mentaux dans la Cité. Selon les fondateurs, l'inclusion des malades, si elle est facilitée par l'accès au logement, au travail, aux droits communs ne se résume pas à ces indicateurs. Pour eux, l'inclusion doit être plus globale, et nécessite que le milieu d'accueil fasse une place, se laisse déranger par l'apparente étrangeté des malades, change ses présupposés sur les maladies mentales et l'hôpital psychiatrique, bref que la rencontre ait réellement lieu entre deux mondes qui, jusqu'alors, habitent et circulent dans des espaces différents. Aller au cinéma ensemble,

¹⁵⁷ Entretien avec le Docteur G., fondateur de A.

¹⁵⁸ Plaquette d'information 2001-02.

se mélanger au public, et organiser un débat avec lui après le film sera une des premières activités proposées par A, comme une application concrète des principes fondateurs visant à transformer les rapports malades/non malades.

En 2005, un dossier GEM est déposé et un premier financement sera obtenu dès 2006, permettant l'embauche d'un coordinateur, éducateur spécialisé, puis, dès l'année suivante, d'une animatrice.¹⁵⁹ Avant de devenir GEM, le financement de A était réduit. La subvention GEM a permis l'obtention d'un local associatif, non plus situé en banlieue mais près de l'hôpital psychiatrique partenaire, le développement des activités proposées aux adhérents, et le recrutement de travailleurs sociaux pour encadrer les temps d'ouverture. Mais elle a ainsi modifié considérablement le nombre et le profil des adhérents, passé de trente à cent vingt aujourd'hui, et dont un tiers est hospitalisé. Une partie des adhérents d'aujourd'hui n'exprime pas de projet, et semble même terrifié à l'idée d'émettre des souhaits, de participer à la vie collective. Ainsi, les animateurs se trouvent confrontés aux limites du principe des GEM : comment activer les plus fragilisés ? Comment les mobiliser quand ils expriment le besoin de se reposer avant tout ? La question se pose aujourd'hui de créer un Centre d'Accueil de Jour, pour les adhérents les plus vulnérables, les moins « activables », et de réserver le GEM aux plus autonomes. A, devenu GEM, et association auxiliaire du médical, se voit victime de son succès. Se pose alors la question du développement associatif pour créer de nouveaux dispositifs et absorber le flux des malades adhérents. Une institutionnalisation de l'action qui deviendrait médico-sociale ? Une impasse pour des « politiques du sujet » confrontées au handicap psychique ?

3.2. Le GEM B monopathologique

Le GEM B dépend d'une association monopathologique, composée uniquement de malades, créée à Lyon, en 2002, par un informaticien de la fonction publique. B est, dès le départ, totalement indépendant de la psychiatrie, et fonctionne sans soignants, ni travailleurs sociaux, grâce à l'activité bénévole de ses administrateurs, souffrant tous de troubles bipolaires, qui revendiquent au nom de l'expérience vécue de troubles psychiques similaires un savoir profane, une expertise de malade permettant la gestion de la maladie psychique comme une maladie chronique. Aujourd'hui, B salarie une

¹⁵⁹ Les salaires représentent à ce jour 80% de la subvention GEM.

coordinatrice (bipolaire). Cette spécificité l'inscrit dans le mouvement des associations de malades, d'auto-support, dans lesquels ni les professionnels du soin ni ceux du social n'interviennent, ce qui est inhabituel dans le champ de la santé mentale, et fait figure d'exception parmi les 300 GEM environ aujourd'hui constitués en France.

Les troubles bipolaires, nommés auparavant psychose maniaco-dépressive, se caractérisent par une alternance de phases, de hauts et de bas, et cette particularité explique probablement pour partie l'intégration sociale meilleure des adhérents de *B* au regard de personnes souffrant de pathologies psychiques plus invalidantes. Les bipolaires sont des « intermittents de la maladie ».

B mène différentes actions :

- Un site internet, créé par le président fondateur, comptabilise environ 500 visites par mois et possède un forum de discussion, avec modérateur. Il est la principale voie d'entrée à *B*. Il fonctionne également comme un « *concentrateur et producteur d'identité et de compétence* », pour reprendre l'expression d'Isabelle Stengers¹⁶⁰ et permet un certain type de mobilisation, pour des usagers souvent hyper-informés, qui communiquent en temps réel, par Internet.
- Les groupes d'expression, mis en place dès les débuts associatifs, pour que les personnes atteintes de troubles bipolaires puissent échanger, dans le local associatif, sur l'expérience de la maladie, les traitements, ...
- Les permanences et activités : sont proposées trois à quatre permanences hebdomadaires et différentes activités et sorties (théâtre, travail corporel, sophrologie, mindfulness¹⁶¹-psychoéducation, atelier de peinture, cuisine, ...). Ces activités sont proposées en fonction des demandes des adhérents, ou à l'initiative de la coordinatrice. C'est le même fonctionnement qui préside à l'organisation des sorties (marches, footings, repas au restaurant, visites de musée, ...), selon les compétences, les réseaux amicaux ou autres des administrateurs ou des adhérents.

¹⁶⁰ Stengers I., « *Usagers : lobbies ou création politique* », Intervention au colloque d'ethnopsychiatrie, *La psychothérapie à l'épreuve de ses usagers*, Centre Devereux, Paris, oct. 2006.

¹⁶¹ Les techniques de méditation de type mindfulness (de pleine conscience) constituent en un entraînement basé sur de petits exercices réguliers de maintien de l'attention et d'observation « neutre » de ses états émotionnels. D'après certains psychiatres, elles se sont montrées efficaces dans la prévention des rechutes dépressives chez des patients ayant déjà présenté des épisodes dépressifs majeurs.

- Les rencontres avec les familles (parents, fratries) et amis des adhérents bipolaires : deux à trois fois par an, *B* propose une soirée destinées aux familles et amis des adhérents, qui peuvent inviter leurs proches (parents, frères et sœurs, enfants et amis). L'objectif principal de ces rencontres est de permettre aux familles de partager un vécu difficile, mais aussi d'informer celles-ci sur les troubles bipolaires et leurs traitements, de déstigmatiser la maladie.
- Des conférences sont proposées pour répondre aux demandes des adhérents : présentation des dispositifs pour adultes en situation de handicap et de la Maison Départementale pour les Personnes Handicapées, exposé sur les traitements chimiques par une pharmacienne bipolaire, qui a rédigé un « guide médicament », destiné aux adhérents, ...
- Les permanences dans les hôpitaux et cliniques psychiatriques : *B* se donne pour premiers objectifs d'informer sur le trouble bipolaire, et de faire connaître l'association. La coordinatrice se rend, avec des adhérents, dans des cliniques privées de la région lyonnaise, spécialisées dans le traitement des troubles bipolaires, et à la Maison Des Usagers (MDU) d'un hôpital psychiatrique lyonnais. *B* collabore également avec le Centre Médico-Psychologique voisin.
- L'intervention d'une psychothérapeute comportementale pour soutenir les familles, et les bénévoles associatifs qui font de l'aller vers dans les établissements de santé, et sont en contact direct avec les patients hospitalisés. On pourrait qualifier son intervention d' « aide aux aidants ».
- La participation à la Commission des Relations avec les Usagers et de la Qualité de la prise en charge¹⁶² (CRUQ) d'un hôpital psychiatrique lyonnais : *B* y siège, depuis février 2005, en tant qu'association représentant les usagers. Les 6 administrateurs d'Icebergs qui se sont succédés dans cette instance sont les premiers malades à siéger dans cette commission. Ils ne s'y sentent pas considérés ni entendus et leur turn over marque la difficulté, pour des malades, de participer à cette instance. *B* intervient également lors de la Semaine d'Information

¹⁶² La CRUQ a été établie par la loi du 4 mars 2002, relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, dite loi de démocratie sanitaire¹⁶². Elle a pour mission de veiller au respect des droits des usagers, de faciliter leurs démarches et l'expression de leurs griefs, et d'être consultée par l'institution soignante sur la qualité de l'accueil et de la prise en charge des malades et d'être force de propositions.

sur la Santé Mentale (SISM)¹⁶³ qui a pour objectif de convier un public pas toujours sensibilisé à ce type de questions, dans un but de dédramatisation, d'information, de réflexion, d'aide au développement de réseaux de solidarité, de connaissance de dispositifs.

- *B* milite en faveur de la recherche médicale pour mieux comprendre l'étiologie du trouble bipolaire, mais surtout améliorer son traitement. Plusieurs administrateurs et adhérents participent à une recherche en cours sur les facteurs génétiques impliqués dans le trouble bipolaire, et l'identification de « gènes de vulnérabilité au trouble bipolaire », menée à l'Inserm.

B bénéficie d'un financement GEM, de la cotisation de ses adhérents, et de subventions minimales de laboratoires pharmaceutiques.

Les adhérents de B

B compte à ce jour quarante cinq¹⁶⁴ d'adhérents. Ils sont âgés de 25 à 70 ans, 60% sont des femmes. Les fonctionnaires sont nombreux, ce qui peut s'expliquer par le fait que leur statut protège mieux des arrêts de travail liés à la maladie. Parmi les personnes qui exercent un emploi, une majorité occupe un temps partiel. Les adhérents semblent bénéficier, en majorité, d'un capital culturel important. Le niveau d'études est post bac pour la plupart voire supérieur pour une partie (ingénieurs, enseignants...). La durée moyenne d'adhésion est de 2 ans ½.

D'après une enquête réalisée auprès des adhérents, les attentes de ceux-ci sont :

- de l'information sur le trouble bipolaire ;
- une aide pour lutter contre l'isolement, le partage d'activités ;
- une aide à la réinsertion sociale et professionnelle ;
- des temps d'échange pour ne pas se sentir à part ;
- le développement de capacités personnelles.

¹⁶³ La Semaine d'Information sur la Santé Mentale (SISM) est une manifestation nationale, créée par l'Association Française de Psychiatrie en 2000, qui rassemble, une semaine par an, en mars, sur tout le territoire français, des professionnels, des malades, des familles de malades et toute personne intéressée par les questions de santé mentale, autour de conférences-débats, portes ouvertes d'institutions, projections de films, ...

¹⁶⁴ Au 31/12/2008.

3.3. Des luttes pour la déstigmatisation

Un des points communs entre ces deux GEM nous semble être leur objectif de déstigmatisation des troubles psychiques, qui se décline néanmoins selon des modalités diverses : à *A*, c'est la mixité malades/non malades à l'intérieur du groupement et les sorties (cinéma par exemple) pour échanger avec un public plus large qui ont été choisies ; à *B*, c'est l'entre soi et la spécialisation autour d'une même pathologie permettant de convertir l'expérience de la maladie en expertise socialement reconnue. Mais dans les deux cas, c'est bien une perception différente de la catégorie « malades mentaux » qui est visée.

Nous avons observé dans ces deux GEM une personnalisation de l'engagement, un investissement personnel dans l'action, repérés par d'autres sociologues, dans d'autres espaces publics. L'exposition de soi, le parler en nom propre, nous les avons repérés à maintes reprises dans les réunions associatives. Les témoignages publics de différents malades, dans les journaux de *A* ou de la FnapPsy, sur le site internet de *B*, ou lors de conférences publiques, d'émissions radiophoniques, concourent à exposer une identité d'usager de la santé mentale, à l'assumer publiquement puis, par ricochet, à la promouvoir. « *La catégorisation stigmatisante se trouve transmutée dans le mouvement même de son exposition publique.* »¹⁶⁵ Ces situations d'exposition publique montrent comment l'expérience même de la maladie peut être reconvertie en compétence : c'est le fait même d'être malade qui constitue ici une ressource mobilisable pour l'action. Ils disent leur réalité de la maladie, des traitements et de leurs effets secondaires, des lieux de soin et de l'organisation psychiatrique. La mobilisation des malades dans ces groupements participe d'une requalification d'une identité négative, dévaluée.

L'existence même de ces associations, en activité depuis plus de vingt ans pour certaines, prouvent également les compétences politiques de ces malades, qui ont su faire tenir des collectifs, même s'ils n'en ont pas été les seuls initiateurs et entrepreneurs. Leur émancipation du corps médical nous apprend la possibilité de patients, suffisamment indépendants et actifs pour mener une action publique et collective, tout en continuant pour la plupart à être assujettis aux soins et peut nous permettre de dépasser l'opposition

¹⁶⁵ Ion, J., *L'engagement au pluriel*, St. Etienne, Publications de l'Université de St. Etienne, 2001, p. 37.

patients/acteurs, en montrant qu'une troisième voie est possible : celle de malades « *autonomes en dépendance* ». ¹⁶⁶

Dans ces associations d'usagers, l'échange d'expériences, la coproduction de savoirs, la conversion d'un pâtre en agir permettent à des « usagers de la santé mentale » de se prendre en charge collectivement, d'intervenir directement sur leur vie de malades ou d'anciens malades, dans le souhait de rompre là avec une tradition de relations inégalitaires médecins/patients. La maladie, son expérience, son savoir pratique y sont convertis en compétence. Les GEM, dans ce paysage, représente un dispositif innovant où l'on reconnaît les compétences d'un usager en santé mentale, capable de s'associer, d'entraide et d'autosupport, ...

La constitution de GEM, en normalisant les troubles psychiatriques et en modifiant la catégorie, tend à légitimer le fait que leur situation et leur problème spécifique deviennent le problème de tous. Ainsi, la rencontre du mouvement des « usagers de la santé mentale » et de la démocratie sanitaire appliquée au champ de la psychiatrie proposerait une nouvelle gestion de la santé mentale dans la cité, confiée désormais à un ensemble plus vaste de personnes concernées : patients, soignants, familles mais aussi administration, élus locaux, services sociaux, intellectuels et artistes,...et engagée à une pensée et prise en charge collective des questions de santé mentale.

C'est une autre forme d'intervention sociale qui se construit là, également observable pour d'autres groupements, comme les associations de santé communautaire de toxicomanes, de SDF ou de prostituées. Ce même refus de subir, moteur de l'action collective, cette même revendication de déstigmatisation, cette même volonté de convertir un problème individuel en problème social appelant une résolution politique y sont analysés. ¹⁶⁷

¹⁶⁶ Voir l'article de Latour B., *Factures/fractures : de la notion de réseau à celle d'attachement*, in A. Micoud, A. et Péroni M., *Ce qui nous relie*, l'Aube, 2000.

¹⁶⁷ Pichon, P., "Analyse de l'association de SDF *Main dans la Main* », in Savoie E., *Les noms que l'on se donne – processus identitaire, expérience commune, inscription publique*, Paris, L'Harmattan, 2001 et Lilian Mathieu l'engagement de prostituées lors du mouvement d'occupation d'églises lyonnaises dans les années 1975 (Mathieu L., *Mobilisation de prostituées*, Paris, Belin, 2001)

3.4. La figure du malade-acteur confrontée au handicap psychique

Pour autant, ces associations d'usagers de la santé mentale nous paraissent encore bien éloignées de forums hybrides observés dans le cas des maladies neuromusculaires, du sida ou des organismes génétiquement modifiés. Nous n'avons pas affaire ici à une instance de débat démocratique, à l'intérieur de laquelle experts et « profanes » échangent, négocient, et s'interrogent sur les recherches à entreprendre, sur les modalités d'évaluation des résultats obtenus. Ici, il s'agit plutôt de défendre une place et des droits laborieusement conquis. La montée des droits des malades s'y confronte paradoxalement à une augmentation des hospitalisations sous contraintes, privatives de droits.

Autre hypothèse, la reconnaissance des associations d'usagers de la santé mentale pourrait se lire comme une réponse aux attentes contemporaines, exigeant un malade autonome, compétent et participatif. Le médiatique malade-acteur pourrait alors être analysé comme la figure politiquement correcte d'un patient qui se prend en charge, se responsabilise, accepte sa maladie, sans trop déranger les pratiques soignantes, figure sous-tendue par des valeurs d'initiative, de compétence voire de performance. Le malade-acteur peut être, en effet, l'emblème d'un discours contemporain faits d'injonctions à se porter soi-même, dans un contexte d'effritement d'un Etat-providence assistanciel devenu coûteux. Quid alors des malades « passifs » ? Quid des « individus incertains » qui n'auraient ni la force ni l'envie d'être informés, de décider de leurs traitements, de lutter contre la maladie ? La figure du malade-acteur pourrait-elle aller jusqu'à surexposer le patient, rendu alors responsable de sa non-guérison ? La santé érigée en norme pourrait-elle alors laisser de côté les « sans santé » ? Les politiques d'activation à l'œuvre dans toutes les politiques sociales actuelles en France, confrontées ici au handicap psychique, et donc à une altération plus ou moins temporaire de l'action, présentent le risque de suresponsabiliser le malade de sa non guérison, de sa non-observance du traitement, ou d'un choix de traitement non conforme aux normes en vigueur d'efficacité, de rationalisation des coûts, et au final, de le rendre coupable de sa maladie, sans plus aucun filet de protection.

4. Conclusion

En résumé, la mobilisation des usagers de la santé mentale est un phénomène récent en France et qui reste fragile. Les associations d'entraide, souvent initiées par des médecins, y sont majoritaires. Elles exercent des fonctions de soutien, et d'information auprès des malades. Mais la représentation des usagers dans les instances délibérantes est encore balbutiante. Les usagers ne sont, par exemple, administrateurs que dans très peu d'hôpitaux psychiatriques en France. Leur contribution à la politique de santé mentale reste encore très minime. Néanmoins, on assiste depuis quelques années à leur reconnaissance en tant qu'acteurs. La France est encore très en retard dans le contexte international, l'organisation des usagers de la psychiatrie étant beaucoup plus importante dans les pays nordiques, en Grande-Bretagne, aux Pays Bas, en Italie ou au Québec, où la santé mentale est constituée en question politique.

Pour autant, en France, les « usagers de la santé mentale » s'organisent, revendiquent une autre place, des droits à l'information, des nouvelles modalités de prise en charge, extra hospitalières, Ils s'associent et se fédèrent, tentant d'inverser un rapport de forces où leur voix peine encore à être entendue, face à celles des professionnels de la santé, des gestionnaires d'établissements médicaux, et des responsables politiques. Ce mouvement ascendant rencontre un mouvement descendant de nouvelles « politiques du sujet » qui cherchent à activer les publics en difficultés. Les GEM sont un analyseur particulièrement pertinent de ces nouvelles « politiques du sujet », confrontées ici au handicap psychique, quand l'injonction à l'autonomie et à l'activation se confronte aux difficultés à agir de personnes souffrant de troubles psychiques « *graves et persistants* ».

Bibliographie

CALLON, M. et RABEHARISOA V., *Le pouvoir des malades – L'Association Française contre les myopathies et la recherche*, Paris, Les presses de l'Ecole des Mines, 1999.

EHRENBERG, A., « Les changements de la relation normal-pathologique. A propos de la souffrance psychique et de la santé mentale », *Revue Esprit*, mai 2004, pp. 133-156.

GOFFMAN, E., *Stigmate – Les Usages sociaux du handicap*, Paris, Minuit, 1975.

ION, J. (dir), *l'Engagement au pluriel*, Saint Etienne, Publications de l'Université de Saint-Etienne, 2001.

JACQUELINE S., « Les politiques du patient en pratique – psychanalyse et psychopharmacologie à l'hôpital », *Revue Politix*, volume 19 n°73, 2006, p.83-109.

LATOURE B., « Factures/fractures : de la notion de réseau à celle d'attachement », in A. MICOUD, A. et M. PERONI, *Ce qui nous relie*, Paris, l'Aube, 2000.

MATHIEU L., *Mobilisation de prostituées*, Paris, Belin, 2001.

MONCEAU, M., VISINTAINER, S., « Le mouvement des usagers en santé mentale : introduction et repères historiques », in Furtos, J., C. Laval (dir.), *La santé mentale en actes – de la clinique au politique*, Ramonville, Erès, 2005, pp.263-274.

PAYET J.P, GIULIANI F., LAFORGUE D., *La voix des acteurs faibles*, Rennes, PUR, 2008.

Revue Pratiques en santé mentale, Les groupes d'entraide mutuelle, n° 3 et 4, août et novembre 2007.

REDFIELD JAMISON, K., *De l'exaltation à la dépression. Confessions d'une psychiatre maniaco-dépressive*, Paris, Robert Laffont, 1997.

SAVOIE E., *Les noms que l'on se donne – processus identitaire, expérience commune, inscription publique*, Paris, L'Harmattan, 2001.

STENGERS I., « Usagers : lobbies ou création politique », Intervention au colloque d'ethnopsychiatrie, *La psychothérapie à l'épreuve de ses usagers*, Centre Devereux, Paris, oct 2006.

LE TRAVAIL SOCIAL INTERNATIONAL FACE AUX DEFIS DU DEVELOPPEMENT PARTICIPATIF

Mourad ABOUSSI¹⁶⁸
Allocataire de recherche du MAEC-AECID
Université de Grenade

Le Développement participatif passe par la promotion de nouveaux modèles de coopération au développement accordés dans les forums mondiaux et par un système de recherche et de formation qui aide les professionnels à être plus conscients des logiques ainsi que des solidarités horizontales et verticales propres aux sociétés dans la diversité de leurs structures.

1. Introduction

Ce travail est l'aboutissement de deux lignes de réflexion, l'une théorique et l'autre pratique, en matière de coopération au développement. Cette modalité d'action de la communauté internationale en continuelle gestation met les acteurs publics et privés des différents pays donateurs devant de nouveaux concepts et pratiques manifestés par les consensus acquis durant la dernière décennie. Le travail social international et la formation des techniciens de la coopération doivent s'adapter à ces défis qui marquent l'agenda du développement pour garantir la qualité et l'efficacité des actions.

La ligne théorique de la présente étude a pour point de départ les Objectifs du Millénaire pour le Développement (ODM), adoptés par l'Assemblée Générale des Nations-Unies en septembre 2000, afin de permettre le développement durable et la réduction de la pauvreté dans le monde. Le Huitième objectif appelle à "mettre en place un partenariat mondial pour le développement" partant du fait que la lutte contre la pauvreté est

¹⁶⁸ Allocataire de recherche de l'Agence Espagnole de Coopération Internationale pour le Développement (MAEC-AECID) et Chercheur du Groupe Séminaire d'Études pour l'Intervention Social et Éducative (SEPISE) de l'Université de Grenade (maboussi@ugr.es)

collective et que tous les pays ont intérêt à y participer¹⁶⁹. Effectivement, la cohérence des politiques et initiatives de coopération pour le développement est un besoin urgent duquel ont émergé plusieurs principes détaillés en 2005 par la Déclaration de Paris sur l'efficacité de l'aide. Les perspectives d'amélioration des actions de coopération se basent sur le critère administratif, relatif aux organismes de coopération qui doivent jouer le rôle de médiateur et harmonisateur ; le critère de typologie des intervenants et de leurs activités : tant les politiques bilatérales comme multilatérales sont influencées par les relations diplomatiques, le poids d'affaires historiques, les défis communs et la géopolitique régionale ; le critère de contenu, qui sert à éviter la réalisation d'objectifs similaires dans les mêmes zones : ce qui signifie une meilleure distribution territoriale de la coopération et une concentration des efforts dans les domaines que chaque acteur contrôle. Avec ces indications de la déclaration de Paris l'agenda de coopération internationale compte désormais cinq compromis de base: Appropriation, Harmonisation, Alignement, Gestion Orientée aux Résultats et responsabilité Mutuelle.

Ce nouveau discours correspond, à notre avis, au concept de Développement Participatif, appelé parfois « participation du peuple », et qui peut être défini comme un processus où les individus jouent un rôle actif et déterminant dans l'élaboration de décisions qui ont des impacts sur leur vie.

Quelles sont alors les difficultés que suppose la participation active des bénéficiaires dans les projets de développement qui les concernent ? Les réponses sont proposées en partie comme résultats d'une observation pratique qui a été menée au Maroc en visitant des projets de coopération à caractère social et en réalisant des entretiens avec les coopérants, agents de développement et volontaires qui travaillent sur place. L'expérience nous a motivé à remettre en question le rôle des ONG et des Centre de recherche et de formation dans la prévention des risques du travail social international qui émanent des contextes d'intervention, des logiques et des intérêts propres aux acteurs et aux bénéficiaires.

¹⁶⁹ L'information sur les ODM est accessible ici <http://www.undp.org/french/mdg/goal8-f.shtml>

2. Imaginaires, idéologies et connaissances

Le technicien de coopération fait face sur le terrain au moment de mettre en œuvre un projet ou prendre part de son exécution à la différence surprenante entre la théorie et la réalité : les comportements et les réactions des bénéficiaires ne correspondent pas aux perceptions conçues précédemment. Cette situation peut produire des comportements inadéquats et de fausses explications : gens retardés, la culture, la "mentalité"... qui augmentent les possibilités d'échec (Olivier de Sardan, 1996), peut-être parce qu'on s'attend à un changement culturel selon un modèle spécifique, celui de la culture du technicien et de ses idéologies: outre sa connotation évolutionniste de progrès technique et économique (paradigme modernisateur), le développement a pour objectif le bien des autres (paradigme altruiste). Il est certain que le travail dans le domaine de la coopération s'effectue depuis la clé morale de la solidarité, due entre autres à la "croissante conviction que le processus de maturité personnelle passe nécessairement par la solidarité"¹⁷⁰, mais il est nécessaire qu'on sache de quelles convictions doivent naître les motivations de coopération, des exigences du technicien ou alors des exigences des potentiels bénéficiaires.

L'engagement du coopérant a besoin de bases théoriques claires et modérées, partant du fait que le lieu d'intervention est un "lieu culturel qui a déjà son propre univers de significations, ce n'est pas un monde vide qui espère être rempli, mais un monde plein qui peut être partagé"¹⁷¹. Dans le cadre des actions de développement, deux mondes entrent en contact, deux configurations différentes de représentations se confrontent: la configuration des destinataires et la configuration des institutions de développement et des acteurs. La relation entre ces deux mondes se manifeste au moment d'effectuer le transfert du savoir faire des opérateurs aux bénéficiaires. C'est une série de connaissances qui passe d'un monde à l'autre: ce savoir faire trouve des difficultés d'être établi et d'avoir des effets dans un système dont la logique est différente.

Le coopérant opère sur une base préalable de compétences acquises par les bénéficiaires (connaissances populaires), même si ces compétences ne sont pas

¹⁷⁰ GARCÍA ROCA, J., *Solidaridad y Voluntariado*, Santander, Sal Terrae, 1994, p.42.

¹⁷¹ GARCÍA ROCA, op cit, p.86.

efficaces elles doivent être prises en considération pour réussir le processus de transfert des connaissances scientifico-techniques : on ne rejette pas les comportements erronés, on ne corrige pas non plus une erreur, mais la logique d'une erreur, ceci est une conviction. Les connaissances populaires sont un ensemble de sens évaluatifs qui permettent d'interpréter les pratiques proposées par les connaissances scientifico-techniques offertes par un projet de développement, parce qu'il n'y a pas une réception passive par les bénéficiaires, ce sont aussi des stocks de connaissances pragmatiques dans la pratique sociale, qui peuvent paraître comme des attitudes anti-développement bien qu'ils ne les soient pas (Olivier de Sardan, 1996).

La tâche principale du technicien de coopération est donc de trouver la version adéquate du langage pour proposer la conception et la transmission du savoir-faire, une version qui inclut à la fois les deux connaissances et les deux configurations, même si une autre variable peut interrompre cette adaptation technique puisque le contexte d'intervention compte plusieurs acteurs qui ont leurs propres intérêts et réactions.

3. Contextes, acteurs et logiques

L'action de développement est une interaction entre plusieurs acteurs avec des obstacles spécifiques et des comportements parfois contradictoires dus à des intérêts différents et des options individuelles. En plus des bénéficiaires directs, d'autres acteurs politiques, économiques et religieux s'impliquent dans les projets. Le poids de l'autorité locale, surtout dans les contextes ruraux, rend nécessaire l'adaptation des projets aux orientations de cet acteur, condition sine qua non le coopérant pourrait se retrouver face à des obstacles administratifs comme c'est le cas de refus d'autorisation ou de campagnes discrètes pour le rejet de l'initiative de la part des bénéficiaires ou encore l'instrumentalisation des actions en périodes électorales. Le contact avec les autorités dans les zones de conflit est fondamental pour garantir la sécurité des intervenants. Même si leur implication donne parfois aux actions un caractère officiel ou étatique, les destinataires peuvent considérer le projet comme imposé, ils l'acceptent mais ne se l'approprient pas, surtout quand la relation avec les institutions locales se caractérise par la crispation.

Les intérêts des propres bénéficiaires peuvent constituer un obstacle pour le travail du coopérant. Deux principes décrivent leurs réactions : la sélection et la déviation (Olivier De Sardan, 1996). Le message technique d'un projet de développement ne s'adapte jamais dans sa totalité par les destinataires. Les attentes des acteurs sont désarticulées par la sélection parce que ni le rejet total ni l'adoption totale ne sont une règle, il s'agit d'une adoption sélective. Une des logiques les plus déterminantes des bénéficiaires est celle de chercher la sécurité, en diminuant les risques : un nouveau projet est une façon de laisser la routine, ce qui est dans la logique du technicien positif, mais dans la logique du bénéficiaire négatif, puisque la routine est une stabilité qui permet la sécurité, bien que le produit soit pauvre quantitativement et qualitativement. C'est pour cela que toute action de développement ne doit pas non plus menacer les habitudes et les coutumes pour ne pas se retrouver face à une résistance au changement motivée par toutes les raisons et les cohérences possibles.

4. Une interaction via la médiation

Les Agents de Développement et médiateurs, natifs des pays d'intervention, assument une liaison indispensable entre le projet et les destinataires : ils assurent le contact entre les deux mondes de bénéficiaires et promoteurs de développement. Les conditions auxquelles ils font face, leurs stratégies personnelles, leurs succès et leurs échecs sont partagées avec les coopérants étrangers. La difficulté la plus importante chez les coopérants est la langue. Au moment de ne pas dominer la langue ou le dialecte compris par une grande partie des bénéficiaires il y a un problème de communication : une médiation linguistique est nécessaire. Il est difficile de trouver des profils de coopérants étrangers qui ont toutes les habilités linguistiques susceptibles de leur permettre une exécution aisée des projets. Les Agents de Développement Local sur lesquels comptent la majorité des organismes de coopération pour mener le processus de médiation ne doivent pas être considérés comme de simples "transmetteurs" de messages, mais comme de véritables médiateurs entre les connaissances scientifico-techniques et les connaissances populaires. Cette médiation passe par la compréhension des logiques et des stratégies de chaque groupe, l'analyse des capacités et la prise en considération des défis politiques et économiques locaux.

L'exécution d'un projet de développement est un processus de négociation informelle, où l'Agent doit gérer les relations, compromis et intérêts. Sa fonction consisterait alors en défendre ses propres intérêts professionnels, défendre les intérêts de son institution et la médiation entre les différents intérêts des autres acteurs et des responsables locaux (Olivier de Sardan, 1996). Et pour qu'il puisse exercer correctement cette tâche, il doit prendre part de la formulation du projet et de son exécution dès le début.

5. Enjeux de direction stratégique

À partir de là, les organismes de coopération sont appelés à reconsidérer le rôle des Agents de Développement Local qui doivent être insérés dans les dynamiques des entités et de leurs projets non comme de simple interprètes sinon comme des experts qui ont une force de proposition et d'ajustement des initiatives. De plus, les ONG du Nord qui opèrent dans le domaine de la coopération sont invitées à étendre leurs horizons d'apprentissage et à réfléchir quant à des erreurs de gestion qui se répètent comme notamment : le manque de connaissances pragmatiques du contexte d'intervention, la négligence de l'évaluation ou le non usage des liens externes (Rodríguez Carmona, 2002), à cause du fait de maintenir une relation brouillée avec les contreparties locales basée sur la collaboration verticale et la dépendance financière : "au caractère épisodique de la collaboration on ajoute le faible impact des actions effectuées, la création d'enclaves déliées de l'environnement, l'instabilité économique de l'organisation réceptrice, la soumission à la stratégie de l'ONG étrangère au détriment de la locale et l'excessive dépendance d'appuis externes, ce qui produit des attitudes négatives de la part de certaines associations"¹⁷². La temporalité du personnel des ONG consolide ce manque de planification et cette pénurie de stratégies autocritiques, de formation continue et de recherche.

Notre point de départ est de considérer la chaîne de l'aide au développement comme une structure verticale et inégale du pouvoir selon la source des flux financiers, c'est la conséquence du système actuel et de la responsabilité des donateurs quant à la réforme

¹⁷² RODRÍGUEZ CARMONA, A., "La cooperación en zonas rurales: ¿Por qué fracasan los proyectos de desarrollo?". In RAMÍREZ DE HARO et RODRÍGUEZ CARMONA, *Desarrollo y Cooperación en zonas de América Latina y África: para adentrarse en el bosque*, Madrid, La Catarata, 2002, p.263.

les institutions et des mécanismes de la coopération internationale. Cette situation nuit au travail de tous les acteurs de coopération et surtout à la dynamique de communication entre les acteurs donateurs et les acteurs récepteurs. La même inégalité domine: on ne profite pas de l'avis et de l'expérience des destinataires, bien qu'il existe des ONG du Sud qui ont un certain pouvoir en considérant leur capacité technique et la légitimité de leur présence sur le terrain (Rodríguez Carmona, 2002). Le partenariat basé sur la dépendance financière est voué à l'échec, surtout lorsqu'on n'engage pas une étude préalable des conditions et de la structure organisationnelle du partenaire, ou lorsque l'ONG du Nord redoute la perte de contrôle que suppose le partenariat horizontal ou encore face à l'insécurité de l'ONG du Sud, sa constitution irrégulière, son lien insuffisant avec les activités sociales de base qu'on souhaite promouvoir ou, enfin, devant les risques de clientélisme/corruption. Le partenariat qui associe l'ONG du Nord à la contrepartie locale peut s'étendre à d'autres organisations spécialisées dans la zone d'intervention, l'échange d'information et des résultats d'expériences précédentes se révèlent nécessaires pour éviter de commettre les mêmes erreurs et de céder aux mêmes risques. La question de la transparence des organismes gagnerait beaucoup en incorporant la publication des bilans détaillés des projets réalisés et de leur évaluation afin de les mettre à disposition des autres acteurs qui sont sur le point de réaliser des projets similaires.

D'autres défis de gestion émanent des risques liés aux projets : l'ignorance de la réalité organisationnelle de la zone où on prétend opérer, la planification insuffisante du projet avec la contrepartie locale où le travail sans indicateurs de gestion quantifiés et facilement identifiables, sont des facteurs qui peuvent placer le coopérant devant des risques qui ne sont décelables qu'une fois devenus insolubles. Le manque de communication entre l'ONG, la contrepartie et la communauté sociale de la zone d'intervention peut provoquer le rejet ou l'acceptation insuffisante des projets. Les organisations de coopération ont besoin d'un système de contrôle interne susceptible de prévoir les risques et de formuler des stratégies pour le futur. Elles ont aussi besoin d'un système de contrôle externe par exemple par l'audit pour analyser le degré de satisfaction d'objectifs préalablement déterminés dans un cadre concret, ceci pour détecter les facteurs qui influencent les résultats de l'activité, identifier des alternatives les plus efficaces et pour suggérer de nouvelles modalités opérationnelles : il est probable qu'on juge suffisant de faire face aux

précautions qu'une fois le moment arrivé, dans la mesure où elles sont coûteuses, mais une telle inaction en matière de prévention des difficultés peut nuire au projet en plus d'être néfaste pour tout le secteur de la coopération. La gestion de risque doit être un composant de base du fonctionnement de chaque organisme (Antuñano Maruri, 2008).

Bien entendu, la prise en considération de tous ces enjeux suppose l'embauche de personnel qualifié et la stabilité des techniciens de projets, afin qu'ils puissent développer leurs compétences, mettre leurs savoirs au service des volontaires et des nouvelles recrues et pour améliorer les mécanismes de fonctionnement de l'organisme en instaurant une culture d'évaluation et de formation continue.

6. Enjeux de formation et de recherche pour le développement

L'absence d'une formation spécialisée dans la médiation favorise la médiation inadéquate ou unilatérale : les agents peuvent se tromper et les destinataires interpréter de manière erronée, c'est la raison pour laquelle nous défendons l'idée d'insertion des Agents de Développement Local dans la dynamique des projets dès le début, et dans le but d'harmoniser le langage utilisé. De même, il est nécessaire d'orienter vers de nouvelles approches les programmes de formation qui existent, parce que c'est de l'habileté du technicien de projets que dépend en grande partie le succès du travail social international: un projet mal conçu n'atteint pas ses objectifs, un projet mal implanté n'arrive pas à exécuter ses actions, un projet mal évalué n'assure pas sa viabilité.

Le défi de la formation doit être le pilier d'une stratégie de gestion des ressources humaines qui s'insère à son tour dans une politique de qualité promue par chaque ONG en collaboration avec les institutions académiques compétentes, qu'ils soient du Nord ou du Sud. De plus, que cette stratégie soit interne à chaque organisme nous semble insuffisant, celle-ci gagnerait beaucoup à avoir une vision globale : promouvoir les perspectives professionnelles du personnel pour profiter de ses compétences tantôt dans le cadre de la coopération comme dans les secteurs qui peuvent bénéficier de l'expérience accumulée (Antuñano Maruri, 2008).

La phase d'identification de la zone, des bénéficiaires et des problèmes sociaux, objet de l'éventuelle intervention, revêt un caractère primordial et nécessite une formation spécifique car c'est sur la base de ses conclusions qu'on conçoit les activités. En effet, l'étude des nécessités oriente l'action, bien qu'il faille souligner l'importance de la flexibilité des projets, la méthodologie de formulation et la mise en œuvre qui doivent permettre de modifier les activités/actions et de les adapter au fur et à mesure, puisque la conception ne répond pas toujours à la réalité : "L'anthropologie pour le développement indique avec insistance les différences qui séparent les personnes qui conçoivent et gèrent les projets et les bénéficiaires des interventions"¹⁷³. Ainsi, pour diminuer les difficultés de participation des bénéficiaires aux projets, il est opportun d'appliquer une approche de recherche participative, de réflexion-action dans la société, en tenant compte du rôle des anthropologues et des sociologues dans l'explication des comportements, pratiques et logiques du groupe.

L'engagement solidaire des universités dans certains pays se manifeste par le lancement de formations professionnelles en matière de coopération au développement, l'organisation de campagnes de sensibilisation ou la subvention de projets d'intervention social. Cependant, plusieurs voix appellent à réorienter cet engagement vers l'établissement d'un dialogue fructueux avec les autres acteurs afin de compléter et d'accompagner leurs initiatives. Les Centres de recherche doivent revaloriser le rôle du scientifique social dans le champ de la coopération et rappeler l'utilité de ses recherches pour les agents de terrain : nous défendons ici l'idée du travail social international comme un champ à la fois de réflexion et d'action où scientifiques et techniciens de projets interagissent et échangent leurs expériences.

¹⁷³ RODRÍGUEZ CARMONA, A., "La cooperación en zonas rurales: ¿Por qué fracasan los proyectos de desarrollo?". In RAMÍREZ DE HARO et RODRÍGUEZ CARMONA, *Desarrollo y Cooperación en zonas de América Latina y África: para adentrarse en el bosque*, Madrid, La Catarata, 2002, p.268.

7. Vers une pédagogie de la rencontre

La solidarité avec les plus défavorisés passe par une solidarité entre tous les acteurs dans le respect envers le bénéficiaire-donateur-médiateur. Pour placer chaque protagoniste comme collaborateur actif dans la dynamique d'échange social, les acteurs du travail social international doivent se rencontrer et rapprocher leurs perspectives d'action. Le fait de placer le bénéficiaire au centre du dispositif veut dire accepter la remise en question de l'action depuis l'exigence éthique de la responsabilité envers l'autre (Levinas, 1996).

Plusieurs dictionnaires et encyclopédies de travail social (Barker, 2003) mettent en exergue les réalités de l'intervention au sein des cultures diverses et confirment l'appel à une coordination entre les chercheurs des sciences sociales pour rendre compte des différentes articulations propres aux contextes de développement. Également, et dans le but d'améliorer les outils et contenus des formations, le travailleur social doit aller à la rencontre de ses homologues (Schaefer, 2009) afin de favoriser la construction d'un savoir basé sur l'expérience et le partage des cas étudiés/vécus : la mobilité internationale des professionnels du secteur se présente comme une ouverture des horizons via la découverte de nouvelles approches et réalités.

Dans ce sens, les fédérations, associations et conseils d'action sociale doivent se pencher sur les problématiques de formation, professionnalisation, recherche et éducation pour le développement. Le changement social a besoin d'une innovation continue dans les stratégies d'action et d'une remise en cause des modèles de développement vu les doutes qui accompagnent leur efficacité, surtout dans le contexte d'une crise financière et économique qui met en danger les résultats des actions de coopération dans les pays du Sud étant donné que ceux-ci disposent de systèmes de protection sociale plus faibles.

8. Conclusion

Le Développement Participatif, comme fil conducteur de ce travail, a pour base l'implication des personnes dans tout le processus de résolution des problèmes, dans le

débat sur leur propre développement et dans la prise des décisions susceptibles de changer leur vie. C'est la tâche de tous les acteurs du travail social international et elle peut être conçue comme une démarche qui passe par la promotion de nouveaux modèles de coopération au développement accordés dans les forums mondiaux et par un système de recherche qui aide les professionnels à être plus conscients des logiques ainsi que des solidarités horizontales et verticales propres aux sociétés dans la diversité de leurs structures.

Bibliographie

- ANTUÑANO MARURI, I., "Los riesgos de las actividades de ONGD". In ANTUÑANO, *Las ONGD y la cooperación internacional al desarrollo*, Valencia, Patronat Sud-Nord, 2008.
- BARKER, R., *The Social work Dictionary*, Baltimore, NASW Press, 2003.
- GARCÍA ROCA, J., *Solidaridad y Voluntariado*, Santander, Sal Terrae, 1994.
- LEVINAS, E., *Autrement qu'être au-delà de l'essence*, Paris, Kluwer Academic, 1996.
- OCDE, *Déclaration de Paris pour l'efficacité de l'aide au développement*, 2005 (<http://www1.worldbank.org/harmonization/Paris/ParisDeclarationSpanish.pdf>)
- OCDE, *Le développement participatif et la bonne gestion des affaires publiques*, 1995 (<http://www.oecd.org/dataoecd/27/32/31857955.pdf>)
- OLIVIER DE SARDAN, J., *Anthropologie et Développement*, Paris, Karthala, 1996.
- PNUD, *Objectifs de Développement du Millénaire, 2000* (<http://www.undp.org/french/mdg/goal8-f.shtml>)
- RODRÍGUEZ CARMONA, A., "La cooperación en zonas rurales: ¿Por qué fracasan los proyectos de desarrollo?". In RAMÍREZ DE HARO et RODRÍGUEZ CARMONA, *Desarrollo y Cooperación en zonas de América Latina y África: para adentrarse en el bosque*, Madrid, La Catarata, 2002.
- SCHAEFER, G. "Perspectives Internationale en Travail Social". In DESTREMAU, PARPAILLON, ROLLET et SCHAEFER, *Le Social Dans la mondialisation*, Rennes, Presses de l'EHESP, 2009.

Sommaire

	PAGES
Editorial : La recomposition de l'approche collective et communautaire en intervention sociale Mejed HAMZAOUI et Aline BINGEN	3
De nouvelles formes du « travail ensemble » Marc FOURDRIGNIER	7
Emergence de la question de partenariat dans le champ du travail social Mejed HAMZAOUI	30
De la gouvernance des établissements à la gouvernance des territoires Valérie LEYS	41
Nouvelles modalités de l'action sociale territorialisée : étude de cas dans le secteur de la cohésion sociale en Belgique Francophone Michaël LEBRUN	62
La santé communautaire dans la question urbaine : genèse d'une catégorie innovante de l'action publique Béatrice DERIES	86
Les groupes d'entraide mutuelle : l'apparition de nouvelles formes collectives entre « politiques sociales du sujet » et réflexivité des acteurs Sabine VISINTAINER	107
Le travail social international face aux défis de l'efficacité et du développement participatif Mourad ABOUSSI	129

ISSN : 0770-0075

© 2010 by METICES - TEF

Université Libre de Bruxelles – Avenue Jeanne 44 – 1050 Bruxelles – Belgique

Tous droits de traduction et de reproduction réservés dans tous les pays