

in J.P. Payet, F. Giuliani & D. LaFargue, à voir

des acteurs faibles. De l'indignité

à la reconnaissance, Rennes

Presses Universitaires de Rennes,

2015-2020.

MARC BREVIGLIERI

LE « CORPS EMPÊCHÉ » DE L'USAGER (MUTISME, FÉBRILITÉ, ÉPUISEMENT)

Aux limites d'une politique du consentement
informé dans le travail social

PRÉAMBULE. CES VISITES AUXQUELLES L'USAGER NE CONSENT PAS TOUJOURS

Les réflexions qui forment la trame de ce texte ont été menées à l'intersection de deux enquêtes de terrain. Une enquête conduite entre 1999 et 2000 sur les visites à domiciles des travailleurs sociaux et une enquête sur les équipes de nuit du Samusocial de Paris¹. Ces deux enquêtes se recoupent au plan des activités du travail social dans la mesure où elles présentent, toutes deux, des situations de « visite » de l'usager. Dans ces situations, les termes de l'hospitalité propre à la relation de service s'en trouvent partiellement bouleversés : la rencontre s'effectue non pas dans un centre d'accueil apprêté à cet effet, mais sur le lieu de la vie quotidienne de l'usager. L'usager est « visité » par le travailleur social qui lui donne néanmoins l'accueil d'un soin, l'intervenant « reçoit » la plainte de l'usager qui pourtant héberge son service, bref, la situation concourt à créer une équivoque sur l'identité de l'hôte. Mais, ce qui nous intéresse plus précisément ici, c'est que les garanties d'une motivation minimale à vouloir prendre part au service sont moindres que lorsque l'usager doit se rendre par lui-même jusqu'au guichet du centre d'accueil. Recevant dans son ambiance habitée, *a fortiori* lorsque la visite est inopinée comme lors de certains passages des équipes mobiles d'aide (EMA) du Samusocial, la position de l'usager n'enveloppe pas implicitement un état motivationnel pour participer à l'action d'aide. Il y a même plus : l'usager peut refuser l'intervention ou ne pas

1. Je tiens à remercier Anne Laporte, directrice de l'observatoire du Samusocial de Paris, ainsi qu'Erwan Le Méner pour la relecture de ce texte. Je souligne aussi, dès à présent, qu'un travail d'enquête sur les équipes mobiles d'aide du Samusocial de Paris a été initié par Gardella, Le Méner et Mondémé (2006). Concernant ma propre recherche sur les visites à domicile : Breviglieri (2006).



CONSENTEMENT INFORMÉ.

(B) PEUT-ON SE PRÉMUNIR TOTALEMENT DES DÉRIVES NÉGATIVES DE LA SOLLICITUDE?

Le consentement éclairé du patient est précisément une modalité de coordination qui se présente comme une solution théorique au dilemme du *trop proche/trop distant*, allant dans le sens d'une logique de responsabilisation. En quelque sorte, le consentement informé, dont la valeur morale intrinsèque est au cœur de la théorie politique du libéralisme, balise un chemin d'accompagnement personnalisé de l'usager qui évite les écueils du soin et principalement celui qui voit la sollicitude se convertir en ingérence dans la vie privée. Il prémunit donc le patient des excès comme des défauts de la proximité qui risquent de placer le soin sur une pente relationnelle dangereuse, voire vicieuse. Pour le dire vite, cette pente est d'un côté celle de l'ingérence et, de l'autre côté, celle de l'indifférence, chacune conduisant vers une forme de mépris adressé à l'usager.

Au plan de l'excès de proximité, on voit bien comment le consentement informé s'arme des trois ressorts critiques dirigés contre l'« assistencialisme » : le clientélisme, le paternalisme et le misérabilisme (posture conduisant à l'apitoiement condescendant sur un cas). Chacun, sous couvert d'un bienfait personnel (attribution de privilèges, protection, compassion), affirme une asymétrie et renforce en un sens le risque d'ingérence. Face à ce risque, le consentement informé cherche à légitimer un soin à partir d'une situation de mutualité où l'information disponible est également répartie entre les participants.

Au plan du défaut de proximité, la solution du consentement permet de remédier au problème de l'indifférence qui transparaît dans l'idée d'une anonymisation de l'usager. L'anonymisation fait surgir trois problèmes classiques de la relation de service : d'un côté elle est à l'œuvre dans le traitement « en chaîne » du public relatif à l'afflux massif d'usagers exigé par des contraintes de productivité, ensuite, elle s'affirme dans l'application systématique de procédures bureaucratiques prédéterminées, enfin elle apparaît à travers la marchandisation de la relation de service, ramenée à la seule dimension d'une transaction financière⁴. Ici aussi, sous couvert d'un bienfait (l'égalité du droit d'accès et de traitement des usagers et le renforcement de leur solvabilité), se joue une possible défaillance du soin, prenant la forme d'une radicale indifférence anéantissant toute dimension personnelle dans la relation. Face à cet

du toucher dans les activités de soin, voir Breviglieri (1999) ; la question du tact professionnel est ensuite abordée dans Breviglieri, Pattaroni et Stavo-Debauge (2003) et Breviglieri (2005). Sur l'intervention de la dimension interpersonnelle dans le travail social, et au fil de l'accompagnement : je renvoie aux travaux pionniers d'Astier (1997) et de Ion (1998) et récemment de Giuliani (2006).

4. Il est entendu que ces différents problèmes ont toujours la possibilité de se recouper entre eux.

La « solution démissionnaire » n'est pourtant pas celle que privilégient généralement les travailleurs sociaux⁶. C'est alors en s'accordant de pouvoir déborder le strict cadre d'application des politiques contractuelles qu'ils examinent d'autres modalités d'intervention, notamment sous la forme d'une proximité qui permet un soutien plus personnel à l'usager et qui ne se restreint pas à la simple récolte d'informations personnelles. Mais, comme nous l'avons vu précédemment, le rapprochement commandé par un soin personnalisé place le travailleur social dans une position délicate. D'une part ce rapprochement s'opère au risque que l'intervenant se rende captif d'un scrupule éthique où revient puissamment et inévitablement le dilemme du *trop proche/trop distant*, d'autre part, et consécutivement, il convoque une exigence puissante de tact nécessaire à la préservation d'une juste distance à l'usager.

INTERMÈDE.

CES VISITES OÙ LE CONSENTEMENT INFORMÉ N'EST PAS VRAIMENT NÉCESSAIRE

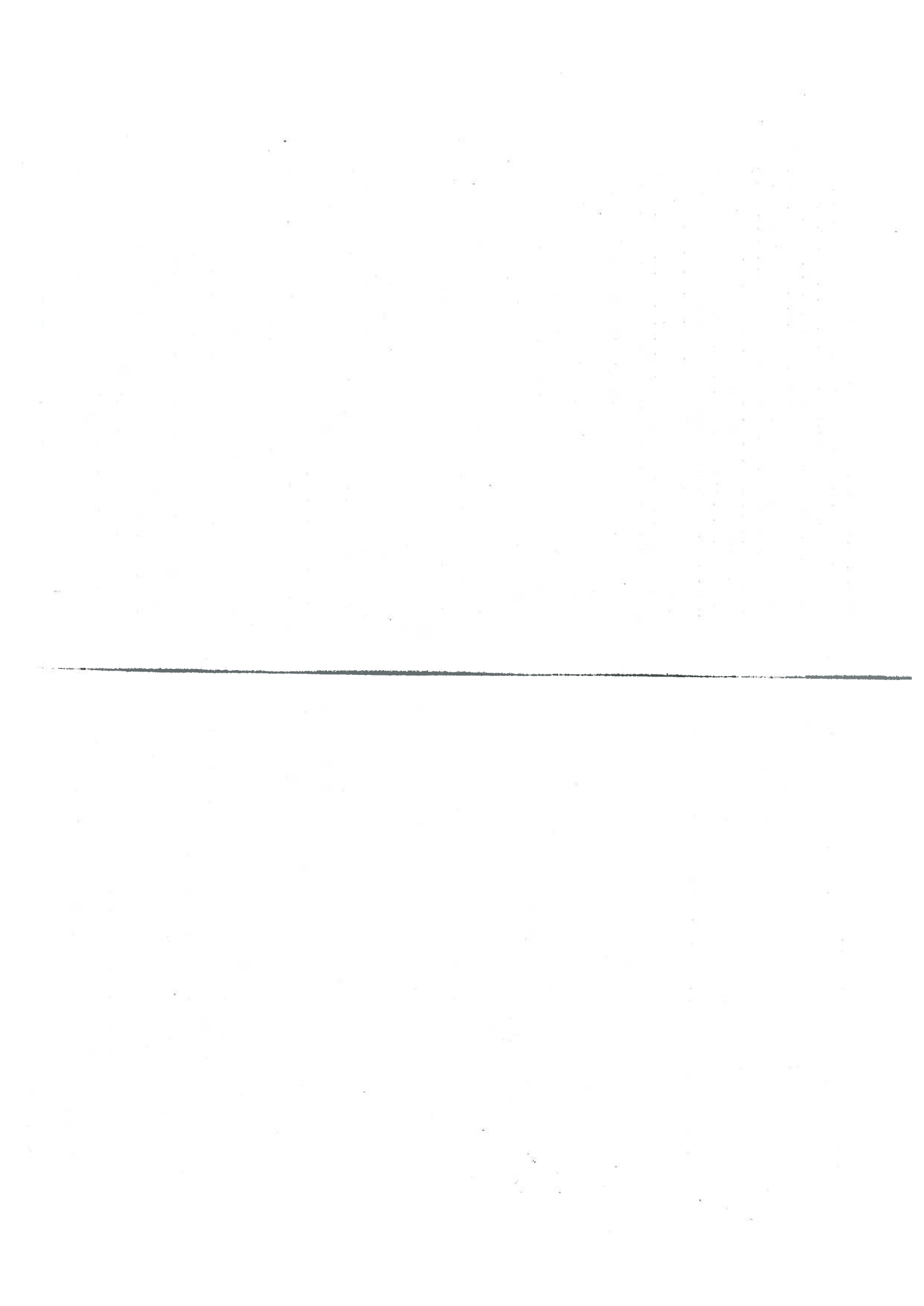
J.-C., assistant social depuis une bonne quinzaine d'années dans la banlieue sud-est de Paris m'avait accordé un long entretien sur la question des visites à domicile. Dans l'extrait qui suit, il me narre une scène où, après la visite d'un premier usager et de son jeune enfant, qui tous deux squattaient un immeuble délabré, il croise par hasard un second usager du centre social. Ce dernier est ivre et tient à peine sur ses jambes. Il m'est décrit comme étant physiquement fébrile et incapable de prononcer correctement un mot. Pourtant, le groomellement obscur qu'il émet en sourdine va, en un sens, pleinement rassurer J.-C. Son diagnostic s'établit rapidement sur la simple base d'une « matière » corporelle et vocale perçue, bien loin de ce que requiert, sur les plans de la mutualité, du cognitif et du langagier, l'idée de consentement informé.

« Fin de journée

— [...] En descendant de chez M^{me} X, je croise M. L. dans la cage d'escalier. Une vieille connaissance ! On a eu de graves difficultés avec cet usager : interné plusieurs fois, violences conjugales, problèmes avec la justice et gros, gros problème avec la boisson... Bon, bref, je le salue, il ne me répond pas... juste un râle à voix basse, pas très harmonieux, où je reconnaissais vaguement un "bonsoir". Et là, crac, il se casse la figure devant moi. J'accours, je tente de parler un peu avec lui, je le redresse, et... finalement, quoi faire ? Appeler pour ça un secours médical ? Non, en fait j'ai senti à sa voix qu'il passerait la nuit sans difficulté.

— Vous ne vouliez pas appeler un secours, vous ne pensiez pas qu'il mettait en danger sa vie ?

6. Nous nous appuyons sur un ensemble d'observations que nous avons faites dans des situations d'intervention où l'usager manifestait déjà des éléments inquiétants d'atonie (voir *infra*).



s'orienter » (Ricœur, 1967, p. 130-131). Seul un « savoir s'approcher par le tact » est à même de donner un sol de résonance au travail social qui s'instaure, initiant un contact, partout où le mutisme ou l'épuisement donnent *malgré tout* à entrevoir l'étincelle d'un *sursaut* dans la chute vers la résignation.

Ce détour, qui nous place hors des limites de l'arrière-plan anthropologique opérant dans les politiques de l'institution du travail social, nous permet d'amener deux remarques. D'une part, le « corps empêché », qui se trouve avoir la posture volontariste consistant à *signaler* sa présence ou son état. D'autre part, si, par exemple lors d'une maraude, une équipe de nuit rencontre à l'improviste (où grâce au signalement émis par un tiers), un SDF qui a sombré dans un tel état, le savoir faire qui est d'emblée en jeu est ce « savoir s'approcher par le tact » dont nous venons de faire mention. Il semble alors, à l'instar de la démarche avancée par J. Stavo-Debauge, qu'une bonne manière d'essayer la compréhension d'un tel savoir faire correspond en partie à une analyse pragmatique du *choc* produit par la rencontre et l'interpellation (Stavo-Debauge, 2007)¹¹.

Nous avons vu que ce choc peut être intentionnellement commis afin de décamponner le SDF de son aspiration à l'immobilité pour lui ouvrir la possibilité ultérieure d'une orientation vers une institution d'accueil. Il y a, à cet égard, un répertoire dense de gestes et de paroles lancées à l'usager qui escompte le *pousser* à réagir. Ces actes d'interpellation se placent généralement sur deux registres d'accès au plan motivationnel : l'un qui tend à soutenir l'esquisse de motivation qui se présente dans la febrilité (notamment par des gestes et des mots d'encouragements¹²), l'autre visant à la provoquer (précisément par l'élaboration de quelques chocs mesurés pouvant susciter une réaction).

OPÉRATIONS DU TACT. POUSSER, SOUTENIR ET RACCORDER

La dimension du tact professionnel mis en œuvre par les intervenants agit alors sur une diversité de registres au point qu'on peut parler, comme le suggère justement E. Gardella, E. Le Méner et C. Mondémé à propos des EMA, de « funambules du tact¹³ ». Il y a, pour commencer, la bonne appréciation des effets produits par le choc de l'interpellation de l'usager. Dans une cer-

11. L'auteur ne se contente pas de décrire la survenue, c'est-à-dire l'impact et l'effet du choc, mais, symétriquement, la capacité à l'« encaisser ». Il ouvre ainsi l'analyse à une dimension historique relative aux épreuves passées qui ont dessiné tant les failles de la vulnérabilité que les récifs de la solidarité permettant de résister au choc.

12. Il faut alors ouvrir une constellation sémantique différente de celle du choc. Elle s'apparente à celle du soutien, du port ou du maintien.

13. E. Gardella, E. Le Méner et C. Mondémé (2006) soulignent la manière dont les équipes mobiles déploient avec tact des activités de cadrage permettant de régler « la tension

taine mesure, l'intervenant peut aller jusqu'à bousculer sa volonté, mais le tact consistera alors à garder le souci de ne pas le heurter en portant atteinte à sa dignité et de l'entreprendre tout en provoquant une poussée qui le mobilise vers un registre actif. Ce souci évoque une problématique cruciale des mesures d'urgence qui, dans leur précipitation constitutive, peuvent inclure une forme de brutalité susceptible de provoquer un raidissement dommageable de l'usager. Les efforts produits par les équipes de nuit du Samusocial sont à cet égard nécessairement considérables. Elles sont en effet, et pour commencer, dans l'obligation d'anticiper et d'atténuer le choc relatif au surgissement que produit leur visite quand elle est inopinée¹⁴.

Mais le tact professionnel requiert aussi de trouver le bon réglage du geste d'un soin visant, cette fois-là, à soutenir l'usager. Le soutien ramène à son tour un débat classique tournant autour des limites de l'investissement personnel dans le travail social. Il permet en cela de revenir sur la question de l'ingérence et la limite du « trop proche » dans la sollicitude. Le soutien passe par une sollicitude qui s'ouvre d'abord par l'écoute aux failles de l'usager, qui sait percevoir où ses fragilités risquent de plier, et qui enfin devine l'originairement du mal souffert et du besoin qu'il recouvre. Le soutien n'est ferme qu'à la condition que la sollicitude soit mue par l'attention plutôt que par l'inquiétude du travailleur social. L'inquiétude peut en effet révéler un défaut de fermeté dans la mesure où elle coïncide avec le tremblement inhérent au doute ou avec l'attendrissement de la compassion. Par ailleurs, le tact attribué au soutien consiste à permettre un élan libérateur plutôt que de consolider un attachement affectif dont on a vu que, du point de vue des institutions du travail social, il risque d'assombrir l'horizon d'autonomie de l'usager. Cela suppose que l'intervenant se place en contiguïté avec le « territoire du soi » de l'usager, sans jamais devoir y pénétrer mais en travaillant à sa délimitation et à son appropriation privative (Breviglieri, 2006). Le tact du soin tient alors ici sa finesse de ce qu'il cherche à préserver un égard pour le domaine privé qui garantit l'autonomie morale de l'individu.

Enfin, le tact se déploie à travers un troisième domaine de savoir-faire. Il n'agit alors plus uniquement dans le registre subtil du choc ou du soutien, mais contribue au déplacement même de l'usager (sous-entendu : vers son insertion socio-économique), il livre un mouvement actif d'accompagnement. Nous avons déjà désigné ce troisième registre de savoir-faire sous l'angle de *techniques de raccorderment* (Breviglieri, Pattaroni et Stavo-Debauge, 2003) permettant d'inscrire et de rendre mobile l'usager entre divers « régimes d'enga-

entre le principe professionnel du travail (relation de service) et sa détermination écologique (aller à la rencontre des usagers) ».

14. Bien souvent, il arrive que les équipes de nuit surprennent les SDF dans le repli de leur habitation précaire et parfois même dans leur sommeil.

