

Axelle BRODIEZ-DOLINO

LA VULNÉRABILITÉ, ENTRE SANITAIRE ET SOCIAL

Chez les sociologues qui s'attachent à penser les fragilités sociales contemporaines, le terme de *vulnérabilité* a souvent remplacé aujourd'hui celui d'*exclusion*, en vogue durant les années 1990 et désormais passé au rang des notions démodées, surannées, voire « littéralement insensées¹ ». Au-delà de son caractère « synchrone avec l'air du temps² », entre simple effet de mode et véritable « catégorie du présentisme³ », cette mutation sémantique qui perdure, et que se sont approprié les acteurs d'une grande diversité de champs (politique, médiatique, associatif...), devient peu à peu un concept en solidification. Elle nous semble dès lors mériter discussion.

En sciences humaines et sociales, la notion oscille entre rejet, utilisation plastique et volonté de solidification conceptuelle. Si les premiers sont peu représentés ici⁴, on comptera en revanche nombre de tenants des deux autres catégories. Les uns, chercheurs soucieux d'analyser au mieux les réalités de leur terrain, utilisent le terme de façon pragmatique et principalement dans sa définition première⁵; ce qui leur permet de traiter d'un âge de la vie, comme l'adolescence ou la vieillesse; d'un état pathologique, comme la maladie d'Alzheimer, le cancer ou la maladie psychiatrique; d'un état social entre détresse conjoncturelle et structurelle, comme le chômage ou la situation de sans domicile fixe; voire d'un cumul de ces situations. De fait, on sait combien le terme peut désigner aussi

1. SOULET M.-H., dans ce volume.

2. *Ibid.*

3. RAVON B., « Conclusion », dans ce volume. Sur le présentisme, voir HARTOG F., *Régimes d'historicité. Présentisme et expériences du temps*, Paris, Le Seuil, 2002.

4. C'est en revanche le choix qui a été majoritairement fait dans la recherche ANR « Formes et conditions de sortie de la vulnérabilité sociale en milieux populaires » co-dirigée par Sylvia Faure et Daniel Thin. Voir notamment les interventions de THIN D., « De l'usage et de l'abandon d'une notion encombrante », et THOMAS H., « Toutes fragiles, tous vulnérables ? », lors du colloque « Formes et conditions de sortie de la vulnérabilité sociale en milieux populaires » tenu à Lyon du 3 au 5 juin 2013.

5. Selon le dictionnaire Larousse, est vulnérable celui qui « est exposé à recevoir des blessures, des coups »; « qui est exposé aux atteintes d'une maladie »; « qui, par ses insuffisances, ses imperfections, peut donner prise à des attaques ».

bien un état qu'un processus ou un milieu⁶. D'autres en revanche, cherchant davantage la montée en généralité dans la réflexion sociétale, luttent contre les utilisations trop catégorielles et prônent une acception plus conceptuelle, faite notamment de réintroduction du terme dans son contexte très contemporain⁷. Ces deux types d'analyse, décrits ici de façon caricaturale, ne sont toutefois pas exclusifs l'un de l'autre, et l'on peut avantageusement chercher à les concilier.

L'INTRICATION DES VULNÉRABILITÉS SANITAIRES ET SOCIALES

La spécificité des articles proposés ici n'est toutefois pas tant l'usage du concept de vulnérabilité – lequel apparaît, on l'a vu, assez contrasté – que la volonté de l'étudier à l'articulation du sanitaire et du social. Car les deux dimensions, intimement liées, sont encore peu pensées conjointement – étudiées par des spécialistes qui du sanitaire, qui du social –, alors même que nombre d'états sont à leur exacte interface, et qu'un cercle vicieux conduit quasi mécaniquement de l'une à l'autre. En l'absence de protection sociale suffisante, la vieillesse, la maladie et le handicap, physiques et/ou mentaux, ont longtemps été des situations paroxystiques de vulnérabilité sanitaire d'où découlait une grande fragilité sociale ; aujourd'hui encore, nombre de personnes sous tutelle, ou bénéficiant de l'allocation adulte handicapé ou du minimum vieillesse, rappellent cette précarité sociale engendrée par la vulnérabilité sanitaire. Inversement, le délitement des liens sociaux et/ou professionnels, en conduisant à la précarité, la pauvreté voire même la rue, accroît la prévalence du handicap et de la maladie – par la mauvaise nutrition qui affaiblit le corps et provoque des carences, surexpose aux maladies et aux épidémies ; par l'impossibilité d'investir dans un logement correct, de se vêtir convenablement ; par les conditions de travail dégradées ; le recours à des conduites sanitaires dangereuses (alcoolisme, prostitution...), etc.

Toujours à l'interface du sanitaire et du social, on feint depuis les années 1990 de découvrir les troubles psychiques des personnes sans domicile, non qu'ils soient nouveaux mais faute de s'en être préoccupé avant ; on s'inquiète des difficultés d'accès aux soins de nombreux pauvres et précaires dans les pays occidentaux ; on s'indigne du saturnisme qui touche les mal-logés. Tandis pourtant que nombre d'associations se positionnent explicitement sur ce double front, ainsi Médecins du monde, le Samusocial ou Emmaüs-Solidarité pour la très grande exclusion, la Fondation abbé Pierre pour l'accès au logement ou les boutiques d'accueil de jour, les Secours populaire et catholique pour la distribution de kits

6. CLÉMENT M. et BOLDUC N., « Regards croisés sur la vulnérabilité : le politique, le scientifique et l'identitaire », in SAILLANT F., CLÉMENT M. et GAUCHER C. (dir.), *Identités, vulnérabilités, communautés*, Québec, Nota Bene, 2004, p. 61-82. Nous remercions Yves Lecomte, professeur de psychologie à la Télé-université de Montréal, pour nous avoir fait connaître cet article.

7. Pour plus de détails, nous renvoyons à l'introduction de la première partie.

santé ou l'information préventive. La « souffrance sociale » et la « souffrance psychique » sont devenues des *topoi* du discours médiatique, voire scientifique.

Cette intrication n'est pas contemporaine, loin s'en faut, mais profondément historique : le Moyen Âge distingue peu entre malade, pauvre et handicapé, et l'iconographie comme la littérature médiévale traitent inséparablement pauvreté et infirmités⁸ ; à l'époque moderne, hôpitaux généraux et dépôts de mendicité accueillent pêle-mêle la misère sanitaire et sociale – pauvres, vagabonds, aveugles et sourds, aliénés, prostituées – ; la philanthropie des Lumières et post-révolutionnaire, en s'attachant à lutter contre les causes de la misère, cible largement les manifestations sanitaires de la vulnérabilité sociale, et inversement (femmes en couches, vieillards, aveugles, adolescents... de milieux pauvres et populaires⁹) ; les débuts d'assistance échafaudés sous la Révolution française concernent avant tout les secours médicaux, hospitaliers et à domicile ; les principales réalisations d'assistance du XIX^e siècle sont la création d'asiles pour aliénés, d'institutions spécialisées pour handicapés sensoriels, d'hospices pour personnes âgées dépendantes, etc.

Les articles rassemblés ici traitent donc conjointement de ces deux formes, que la vulnérabilité soit principalement d'ordre sanitaire (maladie mentale des « patients psychotiques au long cours », malades d'Alzheimer ou du cancer, personnes âgées) ou social (« jeunes filles vulnérables en France et en Allemagne » et chômeurs au tournant du XX^e siècle, « adolescents dits “difficiles” », sans domicile fixe). Dès lors, si certains utilisent préférentiellement les termes de « vulnérabilité psychique » et d'autres de « vulnérabilité sociale », tous pourraient souligner la « complexité des situations de vulnérabilité [...] se caractérisant par une imbrication étroite des occurrences sanitaires et sociales¹⁰ ».

VULNÉRABILITÉ ET INCERTITUDE

L'ensemble des articles converge dans l'analyse de la vulnérabilité comme profondément corrélative d'un régime de « risque » et « d'incertitude », voire de « détresse », que ce soit au niveau micro- et méso-sociologique (analyse des individus et des situations concrètes) ou macro-sociologique (volonté de penser les changements sociaux et de caractériser le temps présent).

Aux niveaux micro- et méso-sociologiques :

« La vulnérabilité désigne précisément cette incertitude de situation, liée non seulement au développement propre d'une pathologie [...] mais également à ses différentes répercussions (financières, matérielles, relationnelles),

8. VINCENT-CASSY M., « Les “pauvres corporels” en France à la fin du Moyen Âge », in GUESLIN A. et STIKER H.-J. (dir.), *Handicaps, pauvreté et exclusion dans la France du XIX^e siècle*, Paris, L'Atelier, 2003, p. 137-153.

9. Voir sur ce sujet les travaux de Catherine Duprat.

10. VON BUELTZINGSLOEWEN I. et EYRAUD B., dans ce volume.

susceptibles de mettre en péril autant l'organisation de la vie quotidienne que les relations et l'identité des personnes et de leur famille¹¹. »

En ce sens, elle n'est pas une simple zone de bascule (entre des hypothétiques inclusion et exclusion, entre santé et maladie, travail et chômage...), mais bien une situation, non linéaire et le plus souvent non téléologique, de fragilité où s'enchevêtrent incertitude de l'individu, de son accompagnement, des traitements, des politiques publiques et du regard social.

Les textes s'accordent d'abord sur la profonde « incertitude identitaire¹² » de l'individu vulnérable, avec différentes gradations, de la simple perturbation à la « dilution de l'identité¹³ », voire la « perte d'identité sociale, corporelle et psychique¹⁴ ». Dans la plupart des cas étudiés (malades psychotiques et d'Alzheimer, sans domicile fixe, mais aussi personnes âgées ou adolescents dits difficiles) se cumulent « l'incertitude biologique », pour cause de maladies qui menacent l'avenir et entravent la projection de moyen et long terme (cancers, Alzheimer, psychoses, etc.) ; la dilution des repères au temps et à l'espace ; des « comportements souvent hors normes ou imprévisibles¹⁵ » ; une redéfinition plus ou moins profonde du positionnement social.

Mécaniquement, cette vulnérabilité impacte alors le tissu familial. Un cas extrême est évoqué – mais non analysé, car tel n'est pas l'objet de l'article – avec les deux personnages « psychotiques au long cours » Charles Antin et Marthe Asti, tous deux passés par l'hôpital psychiatrique du Vinatier (Lyon-Bron). Les deux ont perdu leur mère à quatorze ans et avaient un père alcoolique ; les deux jeunes frères de Charles Antin ont également été internés pour troubles psychiatriques, tandis que Marthe Asti est issue d'une famille de huit enfants dont la moitié sont morts en bas âge. Si Charles Antin n'aura pas de descendance, Marthe Asti aura, elle, trois fils, dont deux jumeaux qui seront tous deux internés en hôpital psychiatrique et mettront chacun fin à leurs jours ; tandis que son mari « se noie dans la Saône ». Un travail délicat – mais qui dépasse sans doute le ressort de l'histoire et de la sociologie, voire de la psychiatrie elle-même – resterait à faire pour démêler les fils des vulnérabilités transmises et acquises, de l'atavisme et des traumatismes vécus.

De façon moins paroxystique, la vulnérabilité touche d'une façon ou une autre l'entourage et notamment les aidants familiaux, directement impactés par la dépendance du vulnérable et pris dans la même incertitude du lendemain. « Selon le principe des vases communicants, toute responsabilité perdue par le malade est ainsi gagnée par l'aidant, qui à terme est amené non seulement à

11. CAMPÉON A., LE BIHAN B. et MALLON I., dans ce volume.

12. PICHON P., dans ce volume.

13. CAMPÉON A., LE BIHAN B. et MALLON I., dans ce volume.

14. GARDELLA É., dans ce volume.

15. VIDAL-NAQUET P. A., dans ce volume.

penser mais également agir pour deux¹⁶. » Mais si les courbes de responsabilité sont croisées, celles de l'autonomie sont parallèles :

« La perte d'autonomie de l'un (celle du malade) entraîne presque nécessairement la réduction de l'autonomie du second (l'aidant). À mesure que les décisions à prendre et les tâches s'alourdissent pour l'aidant, celui-ci gagne en responsabilité et perd en liberté¹⁷. »

L'horizon social se restreint, faute de temps et par crainte du jugement moral d'autrui. Chez l'aidant aussi, la remise en question et l'évolution identitaires peuvent alors être profondes.

Tout en ayant à gérer leur propre « recomposition identitaire », l'une des principales tâches des aidants est aussi de réduire « la dilution de l'identité du malade¹⁸ ». Aux diverses stratégies explicitées dans le cas des malades d'Alzheimer – pour l'entretien de la mémoire de court et long terme, le maintien d'une vie sociale... – fait écho l'analyse du travail de *care*. Dans le cas des sans domicile fixe en revanche, plus autonomes, le travail de maintien identitaire est tout autant, voire davantage, le fait des personnes vulnérables elles-mêmes, ainsi *via* les « récits du malheur ».

La place des accompagnants est alors ambiguë. De façon structurelle, mais aussi à tout moment dans la relation d'aide, l'accompagnement peut en effet être sollicité, ou simplement consenti, voire imposé et contraint, donc refusé. En outre, pour les aidants familiaux comme pour les professionnels, l'essentiel du travail quotidien consiste à articuler au mieux deux injonctions potentiellement contradictoires, le respect de l'autonomie de la personne vulnérable et l'évitement de sa mise en danger. D'où les « négociations » et les « ruses » déployées pour tenter de concilier l'une et l'autre. Mais en retour, ruse et débrouillardise sont aussi le fait des personnes vulnérables elles-mêmes ; d'où de complexes jeux de ruses en miroir, « enchevêtrées¹⁹ ».

L'incertitude est enfin aussi celle des experts. À la lenteur du repérage des premiers symptômes par l'entourage du malade d'Alzheimer peut ensuite faire pendant la difficulté de diagnostic par le médecin généraliste, que seule dissipe finalement le spécialiste. Dans le cas des malades du cancer, le télescopage des logiques médicales et d'assurance engendre des incertitudes dans le traitement du malade, en particulier au regard de sa possible réinsertion professionnelle. Chez les « psychotiques au long cours », les traitements peuvent différer radicalement pour des symptômes similaires.

Dans cette dissection de mécanismes quasi ontologiques, l'échange entre histoire et sociologique apparaît particulièrement fécond. Les historiens y puisent

16. CAMPÉON C., LE BIHAN B. et MALLON I., dans ce volume.

17. *Ibid.*

18. *Ibid.*

19. VIDAL-NAQUET P. A., dans ce volume.

une compréhension fine de mécanismes que les archives ne permettent souvent pas de mettre à jour, alors même que les processus de vulnérabilité sanitaire et sociale semblent sur le fond assez peu varier. Les sociologues y trouvent eux une relativisation de la nouveauté, préhistoire ou histoire des phénomènes étudiés (la maladie psychique, les adolescents dits « difficiles », etc.) qui peuvent ainsi être replacés dans la longue durée. Tous y gagnent en termes de compréhension des changements.

Mais ce régime d'incertitude généralisée apparaît aussi comme un trait macro-sociologique de la vulnérabilité, laquelle serait profondément caractéristique de la « période actuelle » ou « contemporaine²⁰ », celle de « l'État social actif²¹ » et du « présentisme²² ». Le concept ne concernerait alors plus l'historien et stopperait le dialogue entre les deux disciplines – nous y reviendrons²³.

DE LA « VULNÉRABILITÉ DES INSTITUTIONS²⁴ »

Une autre forme du dialogue entre histoire et sociologie transparaît dans l'importance des approches diachroniques : « Nous observons une action publique dans un mouvement de reconfiguration continue, à la recherche incessante de la continuité de l'agir²⁵. » Plusieurs des textes présentés contribuent ainsi, de façon implicite, à la sociohistoire de l'action publique²⁶.

Ils montrent en particulier une imbrication profonde, tant diachronique que synchronique, entre action publique et privée, que les historiens décrivent comme une « *mixed economy of welfare*²⁷ ». Au tournant des XIX^e et XX^e siècles, la prise en charge des jeunes filles vulnérables ou les sociétés d'assistance par le travail illustrent comment l'action publique encore balbutiante (se) repose entièrement sur les œuvres privées. Le mécanisme est en partie similaire pour les politiques de vieillesse, où l'État se défausse largement, jusqu'aux années 2000, sur les aidants familiaux. Dans le cas de la très grande exclusion depuis les années 1980, ce sont aussi les acteurs privés (individus et associations) qui mettent en œuvre les politiques gouvernementales, entre souci de pallier les failles de l'action publique et véritable délégation de service public.

L'approche diachronique permet plus largement de saisir au plus près la constitution et les réadaptations des politiques publiques, les « redéfinitions

20. MARTUCCELLI D., dans ce volume.

21. GÉNARD J.-L., dans ce volume.

22. RAVON B., dans ce volume.

23. Cette question est développée dans l'introduction à la première partie.

24. RAVON B. et LAVAL C., dans ce volume.

25. *Ibid.*

26. PAYRE R. et POLLET G., *Socio-histoire de l'action publique*, Paris, La Découverte, 2013.

27. KAMERMAN S. B., « The New Mixed Economy of Welfare: Public and Private », *Social Work*, n° 28(1), 1983, p. 5-10; HARRIS B. et BRIDGEN P., « The "Mixed Economy of Welfare" and the Historiography of Welfare Provision », in HARRIS B. et BRIDGEN P., *Charity and Mutual Aid in Europe and North America since 1800*, New York/Londres, Routledge, 2007, p. 1-18.

du contrat social liant l'État à la population²⁸ ». Au plan des bénéficiaires d'une part, entre extension, rétraction et mutation des catégories ciblées ; au plan des problématiques, des angles d'approche et des méthodes d'action d'autre part ; des acteurs eux-mêmes et des « propriétaires des problèmes publics²⁹ » enfin. Elle permet aussi de mesurer les « décalages temporels entre les orientations politiques et les objectifs annoncés [...] et leur mise en œuvre effective » ; voire, dans le cas des personnes âgées entre les années 1960 et 2000, une véritable « inadéquation avec la réalité des besoins³⁰ ».

Si donc l'action publique apparaît, avec plus ou moins de bonheur et de lucidité, décidée d'en haut, elle est concrètement mise en œuvre par des acteurs de terrain, souvent professionnels, dont on peut aussi s'attacher à retracer « la dimension expérientielle de l'action, lorsque les acteurs tiennent compte de ses ratés et de ses défaillances pour tenter de la reconfigurer³¹ ». La prolifération et la superposition de « dispositifs publics³² » depuis les années 1980 dans le champ sanitaire et social sont aussi en soi un signe de cette « vulnérabilité de l'action publique » qui ne cesse de se réinventer, non sans provoquer une certaine perplexité, voire lassitude et désespérance, des divers intervenants sociaux.

On le voit, tirer le fil de la vulnérabilité sanitaire et sociale conduit à des lectures à de multiples niveaux. On a choisi ici de les rassembler en trois axes : concepts, parcours et accompagnements, politiques et dispositifs publics. Si certains textes s'attachent à minutieusement décrire les réalités de terrain jusqu'aux tréfonds des non-dits, d'autres visent plutôt la montée en généralité voire la conceptualisation. Mais tous posent en creux des questions de fond : qu'est-ce que l'usage du terme vulnérabilité dit de notre société, de la façon dont elle évolue et dont elle se pense ? Comment concilier, chez les individus fragiles, volonté d'autonomie et réalités de la dépendance ? Comment et dans quelle mesure l'État doit-il se reposer sur les acteurs privés pour faire face aux

28. CLÉMENT M. et BOLDUC N., art. cit., p. 65.

29. GUSFIELD J., *La culture des problèmes publics. L'alcool au volant : la production d'un ordre symbolique*, Paris, Economica, 2009 [1981].

30. CAPUANO C., dans ce volume.

31. *Ibid.*

32. On entend par dispositifs publics « une modalité de l'intervention politico-administrative, impliquant à la fois l'idée de "montage" supposant l'agrégation réussie d'éléments *a priori* hétérogènes, et simultanément une certaine souplesse institutionnelle permettant à l'action de s'inscrire à l'écart des découpages et des règles ordinaires des administrations [...]». Les dispositifs désignent des opérations territorialisées [...] et impliquent] une gestion différenciée et supposée adaptée à chaque contexte spécifique. L'appellation nécessite en outre que soit instauré un processus de concertation entre tous les acteurs du territoire ainsi défini [...] et] prétend signifier une autre problématique où l'action publique serait construite par le bas avec une implication directe des acteurs concernés » (ION J. et RAVON B., « Institutions et dispositifs », in ION J. [dir.], *Le travail social en débat*, Paris, La Découverte, 2005, p. 71-85).

problèmes sanitaires et sociaux ? Autant de questions qui n'ont de réponses univoques et où le dialogue entre histoire et sociologie, en permettant de comparer les expériences et de prendre le recul nécessaire, peut fondamentalement aider à mieux comprendre et traiter les fragilités sociales.