

LE SOCIAL DANS LA SANTE

CONGRES INTERNATIONAL - LIEGE - 18-20 NOVEMBRE 1992

* *

LES INEGALITES DANS LA VILLE

Professeur Bernard PISSARRO¹

Aborder les inégalités dans la ville renvoie de façon particulièrement nette à une des parties du discours de Jean ROCHON sur le "micro", sur le local. A partir d'un certain nombre d'expériences et de données, je vais tenter d'analyser les rapports entre l'urbanisation, la vie dans les quartiers, les inégalités et les principes d'action à ce niveau.

La ville me paraît être un bon niveau, un bon endroit où s'illustrent, comme l'a rappelé Madame REGINSTER-HANEUSE, les rapports entre le social et le sanitaire, et où s'élabore - au sens étymologique du terme - la politique. C'est peut-être pour cela que c'est le niveau où peut s'instaurer une politique de développement.

En France, s'est mise en place progressivement depuis dix ans, avec des hauts et des bas et avec un certain nombre de difficultés, une politique de développement social urbain. Il s'est d'abord agi d'une politique de développement social de quartier, puis on s'est aperçu que si l'on s'occupait de ce qui se passait dans les quartiers, sans s'occuper de ce qui se passait dans la ville, on aboutissait parfois à une aggravation des difficultés. C'est pourquoi on passe maintenant à une politique de développement social urbain.

La ville est aussi un niveau où les habitants sont plus proches des décideurs. Si l'on est dans une vraie politique de développement, cela implique que soient définies la place des habitants et les relations entre ceux-ci et les décideurs.

C'est aussi l'endroit où peut se faire une vraie approche de promotion de la santé, telle qu'elle a été définie dans la Charte d'OTTAWA, où "la promotion de la santé est l'ensemble des processus qui permettent aux gens, individuellement et collectivement, d'améliorer leur contrôle sur leur santé." C'est donc là que, si les gens veulent avoir un contrôle effectif, vont se concrétiser les problèmes, les difficultés, mais aussi les réussites de la démocratie locale - démocratie locale qui ne peut prendre toute sa place que si elle est garantie ailleurs, au niveau régional, au niveau national ou au niveau international.

Le social dans la santé, la santé dans le social, les choses sont étroitement interconnectées.

1. Le développement de l'urbanisation.

¹ Santé publique - Faculté de Médecine Saint Antoine - Université P. & M. CURIE - PARIS

Sur le plan de l'histoire des inégalités, j'ai été très intéressé et fasciné par ce que nous a montré Mme REGINSTER-HANEUSE tout à l'heure sur "les enfants dans les mines". Ce rapport de 1843 m'a fait me souvenir que le premier rapport sur les inégalités en matière de santé était celui de VILLERME, qui, en 1830, à propos de l'industrie textile en France, avait montré que les conditions de travail étaient directement responsable d'inégalités extrêmement profondes en matière de santé.

Le milieu des filatures était urbain, et s'inscrivait dans l'urbanisation croissante du début de 19^e siècle. Le 19^e siècle a été ensuite aussi celui où l'on a commencé à mettre en place toute une politique de développement urbain, où la ville a été au centre des préoccupations des hygiénistes, ce qui s'est perdu ensuite dans le début, mais surtout dans la deuxième moitié de ce siècle, pour revenir maintenant.

Alors, pour essayer de comprendre les inégalités dans la ville, il faut voir quelle a été l'évolution de l'urbanisation depuis une centaine d'années un peu partout dans les pays du Nord et principalement en France : au début du siècle, on assiste à une urbanisation rapide, et venir de la campagne à la ville, c'était monter à la ville, c'était un signe de réussite, de promotion sociale. En même temps, on a fait appel à beaucoup de main d'oeuvre étrangère avec déjà des difficultés pour ce que l'on n'appelait pas encore l'insertion ou l'intégration des étrangers. Quand on relit la littérature sur la place des travailleurs étrangers dans les villes et dans les banlieues, on s'aperçoit que la xénophobie qu'on déplore actuellement existait déjà.

Depuis 1945-50, on a vu s'aggraver la désertification des campagnes tant dans les pays du Nord que dans les pays du Sud :

- dans le Nord par les changements des méthodes de production et par le développement d'une productivité de plus en plus grande,
- dans le Sud par l'abandon de cultures vivrières diversifiées pour des monocultures d'exportation qui ont fait que, là aussi, on s'est retrouvé devant une urbanisation extrêmement rapide.

Dans les pays industrialisés, on a fait appel en même temps à une main d'oeuvre de moins en moins qualifiée et, malgré beaucoup de difficultés, les choses étaient à peu près en équilibre. Mais depuis 1970, on assiste à un développement du chômage, et plus récemment à une augmentation massive de celui-ci, accompagné d'une dégradation des conditions de travail.

La moitié de la population française urbaine est migrante à la première, deuxième ou troisième génération, c'est-à-dire que plus de la moitié de la population est encore proche de ses origines rurales, françaises ou étrangères.

2. Les quartiers exclus.

Cette urbanisation rapide a entraîné la création de cités-dortoirs, d'essais architecturaux et urbanistiques, de villes nouvelles, avec des réussites, mais aussi avec beaucoup de difficultés, des tissus urbains construits à la hâte sans construction simultanée d'une socialisation, ni de création de lieux de travail en même temps, ce qui est le propre des cités-dortoirs et ce qui a fait que, bien souvent, apparaissaient déjà lourdement les inégalités entre les villes anciennes et les nouvelles constructions.

Les nouveaux quartiers, souvent coincés entre l'autoroute, le chemin de fer et le canal, sont souvent coupés de la ville, sans moyens de transports cohérents. Ailleurs, des villes extrêmement importantes ont été greffées sur un petit village, avec des déséquilibres de population considérable, avec des difficultés de transports, l'apparition de conditions favorisant les situations d'isolement. Tout ceci fait un ensemble particulièrement négatif, que Jean-Marie Delarue a appelé dans son rapport la "Relégation".

En même temps et dans d'autres endroits, on voit se créer des mégapoles, en particulier dans les pays du Sud, où cette urbanisation prend des allures absolument catastrophique. Avec l'opposition entre le centre-ville et les banlieues, on voit réapparaître les inégalités dans la ville. Ces oppositions sont d'ailleurs différentes selon que l'on est aux Etats-Unis, où ce sont les centres villes qui se sont très vite dégradés, ou en Europe, au contraire, où ce sont les banlieues qui sont devenues des lieux d'exclusion.

En même temps, la période 1960-70 a vu s'installer l'élévation générale du niveau de vie et la généralisation de la protection sociale qui, en France, est passée de 60% dans l'immédiate après-guerre, à 97-98% actuellement, malgré une petite baisse récente. Parallèlement, on a assisté à un déplacement de la structure de travail, à une segmentation du marché du travail et à sa précarisation. Actuellement en France, il y a 10% d'emplois précaires, 15% chez les jeunes, avec déjà de grandes différenciations : parmi les 10% d'emplois précaires, 15% se trouvent chez les ouvriers non qualifiés, et seulement 3% chez les cadres. En même temps, le travail instable a augmenté, il atteint pratiquement 20%. Le chômage a ainsi un effet récurrent et les inégalités s'accroissent.

Le modèle dominant est devenu, surtout dans les villes, mais aussi dans les campagnes, celui de la réussite individuelle, celui du recours à la chance : le nombre des jeux de chance, de hasard, se multiplie rapidement, avec une grande place faite à la publicité.

La famille se rétrécit, devient monoparentale, les divorces augmentent, la nuptialité et la fécondité diminuent. Il y a vieillissement des populations et surtout augmentation des facteurs d'isolement.

On assiste à une diminution des liens sociaux, à une diminution progressive de la culture ouvrière, de la culture populaire, qui tendent à disparaître par rapport à une culture de masse. Des phénomènes nouveaux apparaissent, dont on n'a pas fini de mesurer les conséquences. Je pense à ces enfants de chômeurs qui n'auront jamais vu leurs parents travailler : quelle représentation de la vie sociale et du travail peuvent-ils avoir, comment peuvent-ils s'insérer dans la vie scolaire, quand l'image familiale qu'ils ont est celle de parents exclus de la société ?

Et cela me permet d'enchaîner sur les grandes divergences dans la réussite scolaire, avec des taux d'échecs scolaires extrêmement importants, entraînant une déqualification sociale, un sentiment particulièrement net dans les banlieues d'être étranger aux institutions sociales et culturelles, où la seule appartenance collective est celle des bandes qui se construisent dans l'opposition, dans les conflits, notamment avec les forces de l'ordre.

C'est aussi l'impression d'habiter dans des lieux pourris, de ne pas pouvoir dire d'où l'on est, quand on arrive à sortir de son quartier, de ne pas pouvoir dire : "je suis (en France) des Minguettes à Vénissieux, ou de Chanteloup", parce que c'est une telle connotation, c'est tellement vécu comme des lieux horribles que, non seulement on n'a plus d'appartenance, mais pas même la possibilité de se revendiquer de là où l'on est. Et en plus de cela maintenant, comme on commence à faire de la rénovation urbaine, quelquefois de voir détruire les lieux de son enfance, sous le prétexte de cette rénovation urbaine. Tout ceci explique bien la difficulté qu'ont les gens à avoir une histoire, à avoir un passé, et donc à se projeter dans l'avenir.

Avec ces sentiments d'insatisfaction, apparaissent la montée du racisme, ou la résurgence du racisme et de la xénophobie, et un phénomène d'abstention électorale qui n'est pas sans incidence sur la démocratie locale. S'y ajoutent la montée de la violence, les toxicomanies et maintenant le Sida. Tout ceci a été décrit comme une espèce de spirale descendante avec dévalorisation, désocialisation, isolement, ce que Robert CASTEL appelle la désaffiliation, qui montre bien comment les choses se passent, avec, au bout, une perte de dignité et de citoyenneté.

Mais derrière ce tableau en apparence bien pessimiste, il y a dans les quartiers, à condition qu'on veuille bien les chercher et les mettre en évidence, plein de potentialités. Ceci pourrait avoir comme conséquence une autre manière d'aborder les choses dans les quartiers en difficulté, à partir des potentialités des habitants - souvent bien cachées, voire méconnues des intéressés eux-mêmes - et non à partir des problèmes et des échecs.

Pour en revenir aux inégalités, au delà des inégalités des ressources, il y a celles du logement et de la qualité de la construction, celles de l'urbanisme et de la qualité du quartier. Les choses ne sont au demeurant pas toujours aussi faciles à décoder qu'en apparence. On dit beaucoup : "ce sont ces tours, ce sont ces barres qui font qu'il y a des problèmes". C'est souvent vrai, mais je pense à une ville du centre de la France, où deux quartiers neufs ont été construits de façon exactement symétrique. Un des deux s'est développé de façon relativement favorable au plan de l'emploi et peut-être des liaisons urbaines, et les gens qui y sont venus ne posent aucun problème. L'autre est un quartier en grande difficulté, dans lequel un plan de rénovation urbaine se met en place, avec le souci qu'a eu la municipalité de faire raser les tours, parce que c'était là d'où venait tout le mal ! alors que dans la tour symétrique, il ne se passait rien. Il ne faudrait pas simplifier abusivement, mais si l'urbanisme n'arrange pas toujours les situations, il n'est pas forcément (le seul) en cause. Et si améliorer l'habitat est souvent une priorité, cela suffit rarement à résoudre les problèmes des habitants.

L'inégalité dans l'environnement : on sait bien ces quartiers où la pollution atmosphérique est plus importante qu'ailleurs, mais aussi la pollution par le bruit : je pense à ces quartiers coincés entre la voie de chemin de fer et l'autoroute, avec, en plus, près de certaines grandes villes, des aéroports où décollages et atterrissages font que le bruit est un enfer quotidien.

Les inégalités se retrouvent dans la répartition des espaces verts, dans leur utilisation.

Les inégalités sont grandes aussi en fonction des tranches d'âge. Cependant, en France actuellement, il y a apparemment moins d'inégalités au niveau des personnes âgées pour lesquelles un gros effort a été fait. Par contre, elles sont maximales pour les jeunes.

On aborde souvent le problème des jeunes, des adolescents, parce que ce sont eux qui font le plus de bruit dans les quartiers, mais du coup, on n'aborde pas la dégradation des

relations qu'ils peuvent avoir avec leurs parents, et on sera rapidement amenés à réfléchir à un abord transversal intergénérationnel qui ne prenne pas seulement en compte les jeunes. Je pense à une ville de banlieue de la région parisienne où des parents très démunis, mais avec qui un travail de développement social se fait, qui ont interpellé le maire de leur commune, en lui disant : "Vous ne recevez jamais que les jeunes, parce qu'ils cassent. Est-ce qu'il faudra que nous aussi, parents, nous nous mettions à casser pour que vous acceptiez de nous recevoir ?"

Inégalité entre les villes aussi. On sait bien que les villes-dortoirs ont souvent de faibles ressources, qu'elles perçoivent peu d'impôts, puisque les habitants ont peu ou pas de ressources, parce que peu d'entreprises y sont installées. On avait dit en 1982 qu'il fallait des mesures inégalitaires pour réduire les inégalités. En fait, on est souvent dans un cercle vicieux du fait que ces villes qui ont des quartiers en difficulté sont celles qui ont le moins de ressources. Donc là encore, inégalité de citoyenneté et de dignité.

3. La santé.

Inégalités dans la santé : d'abord, qu'est-ce que représente la santé pour les habitants, et pour leurs différents partenaires locaux ? Chaque fois que l'on travaille sur les représentations de la santé, on s'aperçoit que les représentations que les habitants se font de la santé, en fonction de leur quartier, de leur environnement, de leur culture, de leur histoire, sont très différentes de celles que les professionnels du sanitaire et du social peuvent avoir, et sont très différentes aussi de celles des élus, ce qui ne va pas sans entraîner des difficultés de communication.

Ces représentations sont importantes et posent les limites du champ de la santé. Pour les habitants, la santé, c'est bien souvent avoir du travail, un logement. On est donc très loin de ce qui nous paraît, à nous professionnels de santé, des problèmes de santé a priori importants. On voit aussi apparaître dans le champ de la santé des choses dont on se dit qu'à priori elles pourraient être ailleurs. Par exemple, la toxicomanie, en fonction des quartiers, des villes, est considérée ici comme un problème de santé, ailleurs comme un problème de sécurité, ailleurs enfin comme un problème lié aux conditions économiques, puisque c'est dans un certain nombre de quartiers une ressource non négligeable pour les familles. Agir contre la toxicomanie, c'est donc poser les questions d'une façon relativement complexe, si l'on ne veut pas aller tout droit à l'échec.

Autre exemple, tout ce qui touche à la petite enfance, au moins en France, entre dans les représentations de la santé, probablement parce que la tutelle administrative de la petite enfance est depuis un demi-siècle au moins, mais peut être plus, du domaine des institutions sanitaires. Donc, chaque fois que l'on parle de crèche, de halte-garderie, on est dans le champ de la santé pour les habitants, alors que ça pourrait être dans le champ social. C'est dire encore combien il est difficile de délimiter ces divers champs, de dire où chacun d'eux commence ou se termine.

Cela dit, l'inégalité dans le champ de la santé est une découverte relativement récente. En fait, c'est plutôt une redécouverte qui s'est faite à l'occasion d'études épidémiologiques. Même si on le sentait de manière plus ou moins intuitive, il est vrai qu'elles ont permis de mettre en évidence, de montrer avec des chiffres, qu'il y avait des inégalités. Le premier rapport important sur ce point a été en 1976 ou 77 le rapport BLACK en Angleterre. Depuis, il y a eu plein d'autres études, et maintenant on fourmille d'études sur les inégalités en matière de santé. Par contre, on a peu de données sur les inégalités en matière de santé

dans les villes en tant que telles, ou entre les différentes parties des villes. On en a beaucoup en ce qui concerne les habitants, les catégories d'habitants. En France récemment, l'introduction d'un revenu minimum d'insertion pour les gens les plus défavorisés a montré, a mis en exergue l'importance des problèmes de santé chez ces personnes très démunies par ailleurs.

Quelques chiffres rapides pour illustrer le phénomène :

- la mortalité infantile varie en France de 1 à 2 et demi selon la catégorie sociale et professionnelle des parents ;
- de 0 à 14 ans, la mortalité par accident, par intoxication, par violence, première cause de mortalité dans cette tranche d'âge, varie de 1 à 4 ;
- pour l'espérance de vie à 35 ans, il y a une différence de 8 ans, et qui tend à s'accroître, entre les instituteurs et le clergé d'une part, et les manoeuvres de l'autre. Exprimé autrement, et il est intéressant de le montrer comme cela, on a le même risque de mortalité à 35 ans quand on est manoeuvre, à 45 ans quand on est ouvrier qualifié, et à 53 ans quand on est cadre supérieur. C'est-à-dire qu'il y a 20 ans de décalage.

Les trois schémas suivants, tirés d'une étude de l'Institut national de la statistique en France (1987) illustrent ces inégalités : en ce qui concerne la morbidité à l'âge de 40 - 64 ans, la progression est régulière, à l'exception des patrons, des professions libérales aux ouvriers, avec une très nette prédominance au niveau des femmes, en particulier des femmes inactives et l'ayant toujours été.

Le même progression se retrouve pour l'incapacité au travail dans la même tranche d'âge avec des différences qui vont de 1 à 5. Il en est de même en ce qui concerne l'incapacité au delà de 65 ans.

Je serai bref sur les inégalités d'accès aux soins, qui font l'objet de la prochaine communication. Je voudrais juste dire qu'il y a de grandes inégalités géographiques d'accès dans les quartiers. Pour différentes raisons, les populations défavorisées utilisent le plus souvent le médecin généraliste quand elles peuvent le payer. Sinon, c'est l'hôpital en urgence. Aux difficultés financières et administratives, s'ajoutent les difficultés culturelles, et une forte réticence à avoir recours aux systèmes d'assistantat. L'absence de droits sociaux ne simplifie pas les choses, et quand on les a, la difficulté de les faire valoir est souvent grande. Enfin, la résistance des institutions à régler les problèmes, à offrir des soins de qualité dans un contexte d'accueil et de dignité suffisants est loin d'être négligeable dans les difficultés rencontrées par certains groupes de populations.

4. La santé dans les quartiers.

La santé dans les quartiers, dans les villes, comment se présente-t-elle ? Que signifie-t-elle ? Est-ce que c'est un moyen d'expression du mal-être ? C'est souvent le seul que les gens puissent se permettre individuellement, ce qui veut dire qu'au delà du droit à la santé, il faut aussi qu'ils aient un droit à la maladie, parce que c'est parfois pour eux la seule manière d'avoir une reconnaissance sociale.

Mais c'est aussi un mode d'expression qu'il faut savoir saisir et prendre en considération de façon globale, en évitant d'avoir trop facilement une réponse médicalisée à une expression du mal-être qui se présenterait sous forme de pathologie. Encore que cette réponse individuelle médicalisée soit parfois la meilleure dans un premier temps pour l'intéressé.

Identifier les problèmes dans le champ de la santé peut être le moyen d'éviter d'aborder des problèmes sociaux : on voit de temps en temps de ces déplacements qui renvoient dans le champ sanitaire, voire médical, toute une série de problèmes qui sont manifestement des problèmes purement sociaux, ce qui est une manière de ne pas avoir à les aborder.

Mais partir d'un problème de santé peut être, à l'inverse, un bon moyen d'aborder une situation. Saisir, ici et maintenant, cette forme de l'expression du mal-être dans un quartier sera alors l'opportunité de pouvoir avancer, de pouvoir faire cette analyse systémique complexe, de ne pas passer directement de la question à la réponse, de commencer un véritable processus de développement social.

Il y a là un vrai changement de point de vue qui peut s'illustrer de façon particulièrement claire par l'exemple suivant : tout à l'heure, j'entendais Mme REGINSTER-HANEUSE rappeler qu'en 1982 nous avons écrit que « promouvoir la santé, c'était promouvoir **la satisfaction des besoins de santé de la population** ». Et je me suis dit que maintenant, je n'écrirais plus cela comme ça : maintenant j'aurais tendance à dire que c'est « permettre à la population de promouvoir **la satisfaction de ses propres besoins** ». C'est-à-dire qu'on ne peut au niveau local faire avancer les choses, permettre un certain développement, permettre une réduction des inégalités que si on le fait avec les habitants.

5. La participation ?

Jean ROCHON parlait de participation. Mais de quelle participation s'agit-il ? Est-ce qu'il s'agit de la participation des habitants ? Comment se fait-elle ?

Il y a quelques années, je m'étais amusé à faire une typologie de la participation des habitants. Et ça donnait

- **la participation-approbation**, qui s'illustre volontiers dans la rénovation urbaine d'un quartier en difficulté. Urbanistes et architectes font des plans, des bons plans, et puis ils arrivent dans le quartier, font une réunion, vient qui veut ou qui peut, et ils disent, "voilà les beaux plans qu'on a fait pour vous, n'est-ce pas que c'est ce que vous souhaitez ?". Les gens ont un certain mal à dire qu'ils auraient peut-être préféré autre chose. De temps en temps, ils le font, et de façon pertinente. Alors, à ce moment là, on est dans un conflit, et les municipalités n'aiment pas les conflits. C'est-à-dire que le plus souvent la municipalité donne raison aux architectes, parce que ce sont les architectes, les gens qui "savent". Quelquefois, cependant, la municipalité les renvoie retravailler avec les habitants, ce qui peut entraîner des modifications considérables du projet. Je peux vous

raconter des anecdotes sur des rénovations urbaines et architecturales faites avec les habitants, en prenant en compte leur vie quotidienne. On s'aperçoit alors que si les plans des architectes étaient très beaux, ils ne tenaient absolument pas compte de la manière dont les gens vivaient, avaient des normes culturelles différentes. Mais cette participation-approbation est aussi fréquemment le fait des professionnels du sanitaire et du social,

- **la participation-consommation** : on ouvre un centre de santé, un centre social et si les gens viennent, c'est qu'ils approuvent ce que l'on a fait,
- **la participation-alibi**, où on met 3 habitants dans une commission, qui n'ont pas l'information et qui de toute façon ne savent pas lire un budget, mais qui sont là,
- la participation-action, où les habitants sont impliqués dans l'ensemble de la démarche, depuis le début jusqu'à l'évaluation finale, voire même **la participation-gestion**.

Moi, ce que me paraît le plus intéressant, c'est d'inverser le problème : c'est de voir comment nous, les professionnels, les élus, les "experts", nous pouvons participer aux projets des habitants, comment nous pouvons soutenir, épauler, impulser les projets des habitants et les accompagner, c'est-à-dire, comment nous pouvons nous situer dans une perspective de partage du savoir, partage de leur savoir, de leurs connaissances sur leur vie, sur leur quotidienneté, sur la manière qu'ils ont de pouvoir ou de ne pas pouvoir les résoudre, savoirs confrontés, je dis bien, confrontés, avec nos savoirs de professionnels souvent plus théoriques. Ce qui ne veut pas dire que les uns, ou les autres, soient systématiquement bons ou mauvais. Mais c'est dans la confrontation de ces savoirs, dans une action délibérée de confrontation et d'élaboration ensemble, qu'on peut monter des projets de développement.

Ca renvoie à la place de la recherche. La recherche sur le terrain, voire la recherche-action, est habituellement le fait de chercheurs, qui cherchent pour les décideurs - ou pour eux-mêmes. C'est souvent très utile. Mais la recherche prend une toute autre dimension si au niveau local - à un autre niveau, les choses sont volontiers différentes - les habitants, les enfants dans l'école, les travailleurs dans l'entreprise, les habitants du quartier sont partie prenante à l'ensemble de la recherche. Cela devient alors une véritable recherche-action menée avec eux de bout en bout, que ce soit dans l'élaboration du projet, dans ses objectifs, dans ses moyens, dans son application, dans son décodage : c'est le meilleur moyen pour eux de s'approprier des résultats de la recherche, c'est-à-dire de pouvoir en faire quelque chose.

Au total, ce concept d'"approche communautaire de la santé" devrait remplacer dorénavant le terme plus ambigu de santé communautaire.

6. Un diagnostic initial de la situation ?

Avant de commencer des actions, on fait dans beaucoup d'endroits ce qu'on appelle, suivant les cas, diagnostic communautaire, diagnostic social, diagnostic de santé. Ces diagnostics nous apprennent souvent beaucoup de choses, mais comment celles-ci peuvent-elles être utilisées ensuite dans des programmes d'actions menés avec les habitants ? A quelques exceptions près, les diagnostics sont faits par des bureaux d'études, qui les font très bien. Mais leurs conclusions sont totalement inaccessibles aux habitants.

De plus en plus, on se dit que si l'on veut travailler au niveau local avec les habitants, c'est-à-dire partir de leur préoccupations, quitte à travailler avec eux comment ces préoccupations se situent dans le contexte, et dans quelle mesure elles sont prioritaires, il faut commencer à monter des actions avec eux. C'est à partir de là, et à partir de là seulement, quand les actions auront commencé, quand les gens auront pu voir que les actions qui étaient menées avec eux aboutissaient à des changements dans leur vie, à du concret et à de la réalité, c'est à ce moment-là qu'ils pourront avoir envie de, et être prêts à participer à une étude plus vaste, à son élaboration et à sa mise en place. Autrement, quand on est dans un quartier et qu'on dit aux habitants : "On va commencer par faire une étude pour voir ce qui ne va pas chez vous", ils commencent par vous regarder et puis ils disent : "Nous on sait bien ce qui ne va pas chez nous". Ce n'est évidemment pas si simple que ça, mais ils ont des représentations de ce qui ne va pas, des préoccupations qu'ils expriment très bien, et qui sont très souvent loin des nôtres. Ils sont quelquefois un peu utopiques, mais partir de l'utopie, c'est assurer la créativité. Ils sont surtout souvent extrêmement modestes, un peu comme s'ils voulaient tester nos capacités à les accompagner sur des projets modestes ; en même temps, dans leur sagesse, ils font en sorte de pas s'engager dans des programmes trop lointains, trop utopiques, dont la non-réalisation serait une blessure de plus. C'est dire combien le travail avec les habitants pose de problèmes éthiques.

En ce qui concerne la relation au savoir, la difficulté n'est pas de donner, d'apporter du savoir, mais d'apporter des clés d'accès au savoir et de permettre aux gens d'apprendre à apprendre, d'apprendre à chercher, d'apprendre à se confronter aux différents savoirs.

Cela veut dire aussi, non pas seulement, non pas tellement chercher à résoudre des difficultés, mais à valoriser le positif. Et il commence à y avoir plein d'expériences au niveau local, où se mettent en place des programmes qui valorisent ce que les gens sont déjà capables de faire, et qui aboutissent.

En fait, le plus souvent, on aborde les choses à l'envers, on les aborde par leurs difficultés ce qui ne fait que raviver et mettre l'accent sur ces difficultés, alors qu'ils ont plein de potentialités et que ces potentialités, on n'a pas l'habitude de les mettre en valeur. Ici encore, il y a un grand changement de point de vue à mettre en place si l'on veut effectivement que les habitants, les gens les plus défavorisés de la ville ou du quartier retrouvent leur dignité et leur citoyenneté, avec toutes les difficultés que cela représente lorsque l'on sait en outre qu'ils ne sont pas des électeurs habituels.

Les différentes logiques s'articulent entre autres sur la notion de temps qui est différente selon les acteurs. Et il faut sans cesse avoir ces différentes notions du temps présentes pour éviter les désillusions, les découragements.

7. Les résistances au changement.

Cette nouvelle approche n'est pas sans entraîner des réticences importantes chez les professionnels qui n'ont pas l'habitude de travailler avec les gens, mais de travailler pour les gens, ce qu'ils font souvent bien d'ailleurs. Mais travailler avec les gens, c'est vraiment changer son point de vue, sa logique.

Les résistances sont fortes aussi chez les élus, quelle que soit leur appartenance politique, parce que souvent, à partir du moment où ils ne sont plus entièrement dans une logique de délégation de pouvoir, ils ont aussi à partager leur savoir, leur pouvoir avec leurs électeurs. La logique des élus se situe dans une perspective électoraliste, ce qui est souvent mal perçu et mal accepté par d'autres professionnels de terrain, mais c'est une logique qu'il est important de prendre en compte, parce que des élus qui ne chercheraient pas à se faire réélire ne seraient pas de bons élus, avec lesquels il est positif de travailler, mais c'est une démarche différente. Et c'est vrai qu'ils ont souvent beaucoup de mal à se situer dans cette nouvelle perspective.

Je voudrais conclure par une citation de Philippe d'IRIBARNE, qui est un sociologue qui a beaucoup travaillé sur ce type de problèmes : "La vie repose essentiellement sur l'incapacité toute particulière des sociétés modernes à donner à la majorité des individus le sentiment qu'ils valent quelque chose. Ce sentiment est tout à fait central dans l'existence humaine. Le perdre conduit au désespoir, parfois au meurtre ou au suicide".