

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À MONTRÉAL

VIVRE, SURVIVRE ET MOURIR ACCOMPAGNÉ :
AUX FRONTIÈRES DE LA « VIE MOINDRE »

THÈSE
PRÉSENTÉE
COMME EXIGENCE PARTIELLE
DU DOCTORAT EN SOCIOLOGIE

PAR
DAHLIA NAMIAN

NOVEMBRE 2011

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À MONTRÉAL
Service des bibliothèques

Avertissement

La diffusion de cette thèse se fait dans le respect des droits de son auteur, qui a signé le formulaire *Autorisation de reproduire et de diffuser un travail de recherche de cycles supérieurs* (SDU-522 – Rév.01-2006). Cette autorisation stipule que «conformément à l'article 11 du Règlement no 8 des études de cycles supérieurs, [l'auteur] concède à l'Université du Québec à Montréal une licence non exclusive d'utilisation et de publication de la totalité ou d'une partie importante de [son] travail de recherche pour des fins pédagogiques et non commerciales. Plus précisément, [l'auteur] autorise l'Université du Québec à Montréal à reproduire, diffuser, prêter, distribuer ou vendre des copies de [son] travail de recherche à des fins non commerciales sur quelque support que ce soit, y compris l'Internet. Cette licence et cette autorisation n'entraînent pas une renonciation de [la] part [de l'auteur] à [ses] droits moraux ni à [ses] droits de propriété intellectuelle. Sauf entente contraire, [l'auteur] conserve la liberté de diffuser et de commercialiser ou non ce travail dont [il] possède un exemplaire.»

TABLE DES MATIÈRES

RÉSUMÉ	v
INTRODUCTION	1
CHAPITRE I.....	
DE L'HOMME TOTAL À L'HOMME SANS LIENS ? PSYCHOLOGISATION, DÉSINSTITUTIONNALISATION, SINGULARISATION.....	10
1.1. La psychologisation : analyseur, symptôme, processus.....	16
1.2 La désinstitutionnalisation : un processus à pure perte?	24
1.3 Grandeurs et servitudes de la singularisation.....	30
CHAPITRE II	
DE LA PRISE EN CHARGE À L'ACCOMPAGNEMENT: GRAMMAIRES DE L'INTERVENTION, GRAMMAIRES DE LA VULNÉRABILITÉ.....	35
2.1 Quand l'accompagnement n'en finit plus de se « décliner »	36
2.2 De la prise en charge des « populations problématiques » à l'accompagnement des vulnérabilités individuelles	44
2. 3 Accompagner dans les limites de la vie sociale et biologique	54
2.3.1 Petits arrangements avec la vulnérabilité extrême et la singularisation : « vie moindre » et «couveuse ».....	57
CHAPITRE III	
MÉTHODOLOGIE.....	67
3.1 Méthodes de collecte et d'analyse des données d'enquête	68
3.1.1 Construction de la problématique et échantillonnage du corpus empirique	68
3.1.2 La collecte de données	72
3.1.3 L'analyse des données	93
3.1.4 La présentation des données dans une description ethnographique.....	98

3.2 Présentation sommaire du terrain d'enquête : missions et lieux	100
3.2.1 D'une mesure palliative d'urgence à l'accompagnement social.....	101
3.2.2 Des soins palliatifs à l'accompagnement social.....	105
3.2.3 L'esprit des lieux.....	108
CHAPITRE IV	
UNE MAISON « OÙ LA MORT VIT »	121
4.1 Entrer « en soi »	121
4.2 Intervention au singulier	134
4.3 Se rebâtir soi-même.....	144
4.4 Doser la proximité.....	158
4.5 Mourir sans partir, et vice versa.....	167
CHAPITRE V	
UN SYSTÈME « OÙ L'ERRANCE VIT ».....	181
5.1. Sortir du « système ».....	181
5.2 Investir la singularité.....	195
5.3 Malaise dans l'écoute.....	200
5.3 Se maintenir soi-même.....	204
5.4 S'en sortir sans sortir.....	212
CHAPITRE VI	
ENTRE CONSISTANCE ET COUVEUSE : LA VIE MOINDRE DANS TOUS SES ÉTATS	223
6.1 Dans la consistance de la vie moindre : de qui, de quoi et d'où parle-t-on ?..	225
6.1.1 Lorsque presque rien ne va et que presque rien ne peut : un matériau humain grandement résistant.....	238
6.1.2 Ni vie nue, ni vie perdue, mais un espace « autrement » protégé et aménagé.....	254
6.2 Dans la couveuse de la vie moindre: <i>avec</i> qui, <i>avec</i> quoi et <i>jusqu'où</i> agit-t-on	264
6.2.1 La personne sous « surbrillance », ou les techniques de soi	265

6.2.2 L'épaisseur « psychosociale » : prise privilégiée des couveuses.....	281
6.2.3 Ce que sortir veut dire : quelles « sorties » possibles pour la vie moindre ?.....	305
CONCLUSION	314
RÉFÉRENCES.....	325

RÉSUMÉ

Cette thèse poursuit un double objectif. Le premier consiste à interroger les dynamiques sociétales, qui, dans l'univers polymorphe de l'intervention sociale, tendent à ériger aujourd'hui « l'accompagnement » comme style de réponse privilégié aux difficultés et épreuves de la personne. Nous cherchons à montrer, tant théoriquement qu'empiriquement, que ces dynamiques puissantes et contradictoires, qui révèlent un processus d'individualisation relativement nouveau, sont à la fois porteuses de contraintes et de possibilités. Le deuxième objectif poursuivi est l'observation directe des pratiques d'accompagnement qui reconduisent et mettent au point ces dynamiques sociétales complexes dans le cadre de deux figures sociales limites: l'itinérance et la fin de vie. Réduit au plus essentiel, l'analyse transversale du registre de « l'action possible » déployé envers ces deux figures limites, que nous avons désignées comme des « vies moindres », permet de mettre au jour certains rapports constitutifs élémentaires qui permettent en dernière instance aux individus de « se tenir » dans la socialité courante actuelle.

Mots clés : Intervention sociale, accompagnement, singularisation, itinérance, fin de vie.

INTRODUCTION

Entre presque rien et rien, il y a tout un monde¹

Qu'elle soit destinée aux malades, aux toxicomanes, aux itinérants, aux « fous » ou aux mourants, la gestion des individus qu'on a coutume de désigner globalement aujourd'hui comme « vulnérables », constitue, dans les sociétés libérales, une préoccupation centrale pour l'organisation du vivre-ensemble. Entendue au sens large, cette forme de gestion, qu'on peut regrouper sous le terme synthétique de « l'intervention sociale », consiste à intervenir (prévenir, pallier, gérer, encadrer, soigner, etc.) auprès de personnes qui incarnent (socialement, physiquement et/ou psychiquement) un ensemble divers et variables de « problèmes sociaux » et qui, pour cette raison, sont sujettes au travail d'un ensemble divers et variables de dispositifs qui tentent d'y remédier. Mais comme toute institution, l'intervention sociale est traversée historiquement par des recompositions pratiques et idéologiques qui affectent tant la nature de ce qui est identifié, dans une époque et une société donnée, comme problème social, que les modalités privilégiées pour y répondre. Ces recompositions sont constituées, de façon intriquée et complexe, à la fois de dynamiques « internes », qui relèvent de l'histoire des pratiques et des savoirs, et de dynamiques « externes », qui procèdent de mutations normatives, culturelles et sociales globales.

Au Québec, comme dans d'autres sociétés démocratiques libérales, les institutions de prise en charge « totales » se sont largement transformées, faisant place,

¹ Nous paraphrasons l'expression d'Alfred de Musset : « Entre presque oui et oui, il y a tout un monde ».

depuis les quatre dernières décennies environ, à d'autres modalités d'intervention sociale auprès des «populations» qui mettent à l'épreuve les limites de la socialité et de la vie. L'univers de l'intervention sociale s'est, en effet, significativement transformé depuis les années 1970. Son paysage actuel rend compte non seulement d'une pluralité de dispositifs d'intervention à vocation diverse (soins, hébergement, écoute, etc.), mais aussi d'une pluralité de populations désignées et ciblées comme « problématiques » (ou « à risque », « sensibles », « vulnérables », etc.), c'est-à-dire de groupes d'individus considérés plus ou moins homogènes (*les itinérants, les toxicomanes, les malades, les personnes aux prises avec des problèmes de santé mentale, etc.*) en raison d'une problématique spécifique (maladie, itinérance, toxicomanie, etc.)

Or, en dépit de cette pluralité de dispositifs et de populations en présence, il est possible de dégager deux grands traits transversaux et indissociables qui caractérisent le socle commun du paysage contemporain de l'intervention sociale : 1) d'une part, le style de réponses aux difficultés de la personne, en dépit des populations désignées comme problématiques, prend de moins en moins la forme d'une *prise en charge*, que celle d'un *accompagnement*. 2) D'autre part, le sujet ciblé de l'intervention sociale, en dépit de ses problématiques spécifiques, est de plus en plus défini par sa capacité à agir par et sur lui-même, que ce soit au regard de son propre redressement, de son propre épanouissement, ou de sa propre transformation. Nouvelles modalités de pratique et nouvelles figures du sujet de l'intervention sociale forment l'équation à laquelle nous nous sommes intéressée dans cette thèse, à la fois dans ses implications sociologiques globales et empiriques.

Dans un premier temps, nous avons cherché à cerner de quelle manière ce socle commun est lié à des dynamiques sociétales transversales irréductibles au champ de l'intervention sociale. Nous posons comme hypothèse que cette équation, qui signale une métamorphose des pratiques et du sujet (de l'intervention sociale), est

intimement liée à un processus structurel global observable dans un ensemble de sphères de la vie sociale irréductibles à l'univers de l'intervention sociale, allant de la famille, aux relations amoureuses, au travail, aux aspirations personnelles, etc., lesquelles rendent toutes compte à leur façon d'un processus d'individualisation relativement nouveau, affectant la manière dont les individus peuvent et désirent aujourd'hui « *être tenus* » dans la socialité contemporaine. Ce processus, que certains auteurs désignent sous le terme de la singularisation ou du « singularisme » (Martuccelli, 2010), marque une mutation dans la manière de se lier et de faire société dans la mesure où, de plus en plus, les individus, au-delà de leurs positions et statuts inégalitaires, sont contraints et demandent à être traités (pris en compte, reconnus, aidés, etc.) *comme des individus*, c'est-à-dire comme des singularités individuelles qui, en quelque sorte, « se rebiffent contre les cases sociologiques » (Martuccelli, 2010).

Or, si ce processus structurel global implique de se tourner de plus en plus vers l'individu pour interroger aujourd'hui à nouveau frais les manières « d'être tenus » dans la société, son processus n'équivaut pas à une déliaison, à un effritement du lien social ou à sa dévitalisation. Il renvoie plutôt à un changement significatif du décorum social, c'est-à-dire à une transformation profonde de « l'esprit des institutions » et des règles sociales (Ehrenberg, 2010) qui ne sont pas a priori aliénantes ou libératoires, mais permettent bel et bien de donner sens, d'orienter et de baliser l'expérience concrète des êtres en société aujourd'hui. En d'autres termes, ce nouveau décorum social, que nous avons nommé, par économie conceptuelle, « décorum singulariste », signale que l'individu, la société et les manières (institutionnalisées) de les lier se sont significativement transformés.

Dans l'horizon de ce nouveau décorum, la montée en popularité des pratiques d'accompagnement peut ainsi être liée à la « montée structurelle des singularités » (Martuccelli, 2010). La valeur sociale inédite accordée à l'individu dans la socialité

contemporaine fait émerger d'autres styles de réponses aux difficultés et problèmes de la personne, lesquels visent moins, comme jadis, à la *prendre en charge*, qu'à l'*accompagner* dans les méandres et les aléas que ces difficultés tracent dans sa trajectoire individuelle et singulière. Au-delà d'un simple changement de vocabulaire, l'accompagnement constitue la figure typique de l'intervention sociale au temps du « singularisme », et demeure, par le fait même, un terrain fertile d'interrogation et d'observation des nouvelles dynamiques sociétales transversales et liantes qui lui sont associées. Nous montrerons, dans cette thèse, que les dynamiques complexes du singularisme, loin d'être unidimensionnelles, doivent être pensées comme fondamentalement ambivalentes et consistantes : étant à la fois contraignantes *et* habilitantes, désirées *et* imposées, puissantes *et* contradictoires, inclusives *et* inégalitaires. Elles entraînent dans cet esprit des processus éthiques de reconnaissance, de dignité, de respect, tout en reconduisant ou en creusant des dynamiques inégalitaires profondes; elles rendent compte d'un allègement des modalités de gestion des problèmes sociaux, mais elles révèlent en contrepartie une exigence d'action et de responsabilisation accrue de la part des individus envers leurs propres comportements défaillants. La prise en compte de ces dynamiques complexes ou de ce « jeu des consistances sociales » comme dirait Martuccelli (2005), est centrale dans notre thèse.

Afin de cerner, justement, ce jeu des consistances sociales, nous avons tourné notre regard dans un deuxième temps vers ses manifestations empiriques possibles, en choisissant un terrain d'enquête aussi inhabituel que peu fréquenté: un terrain où les pratiques d'intervention sociale — d'accompagnement — se confrontent à deux figures sociales limites, en terrain d'extrême vulnérabilité: l'itinérance et la fin de vie. Nous avons en effet réalisé une enquête-terrain par observation directe dans deux dispositifs d'accompagnement à Montréal, l'un s'adressant à des hommes en situation d'itinérance, l'autre à des personnes (hommes et femmes) en fin de vie et/ou gravement malades, atteints du VIH/Sida.

Dans les deux cas, les personnes concernées par ces deux figures d'accompagnement sont aux prises avec une situation confondante de *survie biologique* et de *survie sociale* : la vie biologique est en effet gravement menacée par un ensemble d'épreuves tangibles, allant de la faim, de la fatigue, de la maladie et à la mort (surmortalité élevée chez les itinérants; mort certaine à plus ou moins court terme pour les personnes malades et en fin de vie). Et la vie sociale, quant à elle, est profondément érodée par un ensemble de ruptures, de manques ou de perte de dimensions sociales significatives (perte de liens avec les mondes sociaux du travail, des loisirs, de la famille, de la vie amoureuse, etc.). Situées sur les lignes de failles profondes de la vie biologique et sociale, aux limites de la socialité et de la vie, ces deux figures d'accompagnement rendent compte d'existences et de situations qui semblent a priori radicalement éloignées de la socialité ordinaire, au point où on en vient même à se demander si elles ont une quelconque réalité. Ont-elles même vraiment une place dans la vie sociale tout court? Ne sont-elles que des ombres, mi-être mi-néant, «presque rien»?

Or, dans les deux cas, si elles peuvent être effectivement conçues comme « presque rien » quant aux modalités d'organisation et de production de la vie minimale (biologique et sociale), elles ne se situent pas pour autant dans un vide, dans l'inexistence, dans un rien social. *Entre «presque rien» et rien et il y a en effet tout un monde, pour paraphraser Musset, et ce monde est bel et bien social* : il révèle un régime d'existence et d'action qui, bien qu'il en soit radicalement éloigné à plusieurs degrés, demeure intimement ancré dans la socialité ordinaire; c'est-à-dire dans des rapports sociaux empreints des mêmes normes, des mêmes repères, des mêmes valeurs et injonctions que la vie sociale ordinaire. Il sous-tend les mêmes « textures » et les mêmes modalités de fabrication de l'individualité ordinaire. Par les figures empiriques de l'accompagnement en itinérance et en fin de vie, c'est donc à ce monde social entre rien et presque rien que nous nous sommes intéressée. Ce monde, qui nous est apparu visible dans l'espace dégagé par l'analyse transversale de

nos données d'enquête, nous l'avons désigné comme « *la vie moindre* » et défini comme suit : un régime d'existence spécifique dont les contraintes à l'œuvre réduisent radicalement le champ de l'action possible.

Dans la vie moindre, nous avons fait la rencontre de personnes et d'épreuves où l'extrême précarité, la maladie et la mort se confondent souvent de manière saisissante; où le drame côtoie l'ordinaire, l'existence l'inexistence. Mais voulant éviter de tomber dans une forme de fascination exotique pour ce monde qui est à la fois étranger et familier, et sans chercher à en faire un portrait exhaustif, nous avons surtout choisi de décrire de la manière la plus fine possible quelles sont les actions, les manières d'agir et de dire, les techniques politiques mineures, déployées à petite échelle, à hauteur du quotidien, pour soutenir, aménager, protéger ces existences extrêmement vulnérables, aux seuils de la survie; là où le singularisme fait à la fois bon et mauvais et mauvais ménage. De quelles manières, sous quelles expressions empiriques se « rencontrent », en d'autres termes, les formes d'intervention contemporaines de l'accompagnement, qui reconduisent et mettent au point les dynamiques complexes du singularisme, et la vie moindre, qui met radicalement à l'épreuve l'action possible?

En nous inscrivant ainsi dans la tradition de la description ethnographique en sociologie, nous avons choisi de décrire de manière approfondie et détaillée cette rencontre pour laisser la place grande à la richesse d'un terrain aussi inhabituel que significatif en termes de compréhension des dynamiques complexes du processus d'individualisation qui a cours (singularisme) dans les sociétés contemporaines. Comme le souligne Ion, « l'intérêt des travaux de terrain aujourd'hui est de permettre de fonder la réalité de cette nouvelle étape du processus d'individualisation, non pas à partir de théories générales, mais sur la base d'enquête approfondie » (2005b : 30). Ainsi, deux descriptions ethnographiques distinctes, l'une portant sur l'accompagnement en situation d'itinérance et l'autre sur l'accompagnement en

contexte de fin de vie (et/ou de maladie grave), constituent le cœur empirique de notre thèse.

Si ces deux ethnographies sont centrales dans ma thèse, le pari avancé était aussi de pouvoir les aborder de manière transversale, c'est-à-dire de pouvoir comparer ces deux figures d'accompagnement de l'itinérance et de la fin de vie, malgré leurs différences a priori distinctes en termes de lieux, de populations et d'épreuves. Nous avons ainsi choisi d'analyser de manière transversale quels sont leurs points de résonance, quelles sont les caractéristiques liantes et transversales de cette *épaisseur sociale commune* qui non seulement permettent de comparer ces deux figures limites de l'itinérance et de la vie fin, mais aussi de les inscrire dans la socialité ordinaire contemporaine. Pourquoi? Car cette démarche d'analyse transversale a, selon nous, une portée ontologique significative. D'une part, elle permet de « faire tenir » ensemble des terrains qui sont habituellement dissociés tant par les recherches que par les politiques sociales, en attirant l'attention sur l'entremêlement des conditions biologiques et sociologiques des formes de vie dans l'organisation du vivre-ensemble et sur l'inextricabilité des liens qui définissent un problème social entre politique, normes et société. D'autre part, parce que notre terrain se situe aux limites de la vie sociale, l'analyse transversale des modalités d'action qui sont déployées pour l'empêcher de basculer dans le « rien » ou dans l'inexistence sociale, permet à ce titre de sonder les dynamiques et les dimensions des rapports sociaux constitutifs les plus élémentaires qui permettent aux individus « d'être tenus » dans la consistance du social de leur temps.

S'intéresser à de telles figures limites ne relève pas en effet d'une curiosité d'esthète ou encore d'interrogations théoriques sui generis, mais cela permet avant tout de sonder l'essence même du lien social là où il semble proche de la rupture, de la dissolution, de la déliaison. En nous inspirant de l'intuition de Durkheim qui avait saisi le suicide, ce geste « le plus individuel », comme révélateur de ce qui est

« le plus social » nous suggérons que le « presque rien » nous parle d'une certaine façon du « presque tout » autour duquel se forment les figures sociales de l'intervention et de l'individualité contemporaines : c'est-à-dire du *socle sociétal commun* ou de l'épaisseur sociale commune où ces deux figures de la vie moindre (itinérance et fin de vie) peuvent s'ancrer et montrer leur appartenance à une même socialité ordinaire, qui est aujourd'hui travaillée en profondeur par un idéal de singularité massivement partagé.

Le plan de la thèse s'élabore comme suit :

Les deux premiers chapitres rendent compte de notre problématique et de nos choix théoriques. Le premier chapitre vise à mettre en parallèle l'hypothèse de la singularisation des rapports sociaux avec deux autres diagnostics qui circulent amplement dans la littérature sociologique : celui de la psychologisation et de la désinstitutionnalisation. Sans chercher à peindre un portrait exhaustif de chacun de ces trois diagnostics, nous avons voulu plutôt les mettre en résonance afin de montrer à la fois leur continuité et leur discontinuité, et de mettre en lumière quelques balises théoriques et épistémologiques qui permettent de mieux explorer la question de la métamorphose des pratiques et du sujet de l'intervention sociale en lien avec les résultats de notre terrain d'enquête.

Le deuxième chapitre propose, quant à lui, une analyse du passage de la prise en charge à l'accompagnement dans l'univers de l'intervention sociale, passage qui se montre tant d'un point de vue historique que sociologique. Encore une fois, ce chapitre ne vise pas à cerner l'ensemble des mutations qui permettent de décrire ce déplacement institutionnel, mais à tracer les grandes lignes qui permettent d'éclairer le mieux possible notre problématique et terrain d'enquête.

Le troisième chapitre rend compte de nos choix méthodologiques, en expliquant notre démarche d'enquête et ses liens avec notre problématique. De plus, nous traçons dans ce chapitre un bref portrait de notre terrain, en décrivant la mission et l'esprit des lieux propres à chacune des organisations qui ont fait l'objet de notre enquête.

Les quatrième et cinquième chapitres forment respectivement les deux ethnographies élaborées à la suite de notre enquête terrain. Le quatrième chapitre a trait aux pratiques d'accompagnement auprès d'individus en fin de vie et/ou gravement malades. Le cinquième rend compte de pratiques d'accompagnement auprès de personnes en situation d'itinérance.

Le sixième et dernier chapitre a trait à l'analyse transversale de nos données d'enquête décrites dans les chapitres IV et V. Dans un esprit « d'imagination sociologique », pour reprendre l'expression de Wright Mills, ce chapitre vise à ouvrir un espace analytique qui permet d'éclairer non seulement différemment les ethnographies abordées préalablement et séparément, en mettant l'accent sur leurs traits analogues, mais aussi à réinterroger à nouveaux frais certains concepts et grilles de lecture abondamment utilisés en sociologie. C'est dans ce chapitre que nous construisons plus systématiquement les nouveaux concepts de « vie moindre » et de « couveuse ».

CHAPITRE I
DE L'HOMME TOTAL À L'HOMME SANS LIENS?
PSYCHOLOGISATION, DÉINSTITUTIONNALISATION,
SINGULARISATION

Je préférerais ne pas

Bartleby et le Scribe, Melville

Bartleby, personnage du grand romancier américain du 19^e siècle, Herman Melville, a rendu célèbre cette réplique lancinante : « je préférerais ne pas » (*I would prefer not to*). Travailleur consciencieux, engagé sans aucune références comme copiste pour un notaire de *Wall Street*, Bartleby ne s'en remet qu'à une tâche : copier, copier, toujours copier, ce qu'il fait le plus «silencieusement, lividement, mécaniquement » possible. Homme blafard et sans affects, il se distingue pourtant des autres copistes : il ne mange que des biscuits au gingembre, ne boit ni thé, ni café, ni bière comme les autres, travaille tous les jours y compris le dimanche, dort même à son bureau. Lorsque son employeur lui demande d'exécuter une tâche qui va au-delà de sa fonction de copiste, et même lorsque cette tâche en viendrait à alléger sa charge de travail ordinaire, il répond toujours par cette même formule: « je préférerais ne pas » (le faire). Chose encore plus curieuse pour nos yeux contemporains, lorsqu'on lui demande d'où il vient, s'il a de la famille, quand on essaie de lui soutirer, ne serait-ce que quelques bribes de sa biographie, il répond toujours et encore : « je préférerais ne pas » (le dire). Par cette formule étonnante, Bartleby ne cherchait ni réellement à s'opposer aux autres, ni réellement à se faire insolent, mais souhaitait plutôt, par sobriété ou modestie ontologique inégalée, parvenir à ce qui, aujourd'hui, peut paraître comme une volonté tout à fait marginale: il ne souhaitait en aucun cas se singulariser. Mais fondre, jusqu'à la disparition dans les mots qu'il copie, comme un

«être sans références, sans propriétaires, sans qualités, sans particularités », dira Deleuze (1993) de Bartleby. Le personnage du roman insistait d'ailleurs souvent lui-même: «mais je ne suis pas un cas particulier », « je n'ai rien de particulier ».

Étrange actualité, Bartleby revient en force dans l'imaginaire contemporain, alors qu'aujourd'hui, nous sommes amenés « plus et autrement que par le passé à voir la singularité des êtres, des choses et des situations » (Martuccelli, 2010 : 14). Vouloir être un homme sans individualité, chercher à se fondre dans l'anonymat des mots et des choses, vouloir révéler de soi le moins possible peut paraître en effet comme une étrange requête pour nos yeux du présent, alors que plus que jamais auparavant, les êtres humains, comme le dit cette fois-ci un personnage employé de bureau emblématique du 21^e siècle, « ont à cœur de se singulariser par de subtiles et déplaisantes variations, défauts, traits de caractère et ainsi de suite, dans le but d'obliger leurs interlocuteurs à les traiter comme des individus » (Houellebecq, 1998 : 21). Pour Hardt et Negri (2000), Bartleby, pourtant un homme livide ne cherchant qu'à se mouler à la tâche, resurgit aujourd'hui comme le symbole héroïque avant-gardiste d'une «vie nue», porteur en soi de la « politique du refus » et de l'espoir d'une nouvelle « universalité », alors qu'on assiste à l'émergence d'un capitalisme global reposant sur une « production et une manipulation de l'affect » (Hardt et Negri, 2000 : 358).

Ainsi, Bartleby, cet anti-héros ordinaire du 19^e siècle qui préfigurait pour certains l'Homme sans qualités de Musil ou les commis de Kafka du 20^e siècle, représente aujourd'hui à tel point une anomalie pour notre sensibilité sociale, qu'il peut resurgir autant dans l'imaginaire nihiliste de Houellebecq que dans l'imaginaire de libération de philosophes contemporains en qui on a vu les artisans intellectuels du nouveau manifeste communiste, ou bien encore de la grande synthèse théorique du nouveau millénaire (Fukuyama, 2004). Si la singularité agace ou demeure porteuse d'espoir, fait marcher côté à côté militants radicaux et écrivains cyniques, rejoint

autant les demandes des malades en fin de vie que celles de sans-abri qui veulent être traités et reconnus comme des individus, c'est bien parce qu'elle ne laisse personne aujourd'hui, du quidam à l'artiste, indifférent.

Nous sommes en effet entrés de plein pied dans des sociétés marquées par un « décorum singulariste ». Comme le suggère son acceptation courante, le terme décorum désigne un ensemble de règles qu'il convient d'observer dans une société donnée, face auxquelles règles tous et chacun est amené d'une façon ou d'une autre à se « référer » (Otero, 2003). L'usage du terme décorum, qui englobe dans sa définition même l'idée de règles, vise une économie conceptuelle souple permettant d'emblée de se distinguer de certaines thèses contemporaines qualifiant, comme nous le verrons plus loin, les sociétés contemporaines comme en proie à un déclin ou à un affaiblissement des normes empêchant les individus d'octroyer un sens et d'encadrer de manière cohérente leurs actions et, par le fait même, de « faire société ». Un décorum social n'est ni un « théâtre », où le sens de l'action se bricole et s'évanouit dans le cours de l'interaction ou dans le flux de la conscience, ni un « empire » contre lequel il faut nécessairement lutter pour exister. La dynamique des règles sociales propre à tout décorum crée, à l'échelle des acteurs (groupes, individus, organisations), un peu à l'image d'un kaléidoscope, une combinaison variable de *contraintes et de possibilités* (Martuccelli, 2005), qui sont a priori ni aliénantes, ni libératoires. Elles balisent le cadre de toute expérience à un moment donné dans une société donnée.

Pourquoi décorum *singulariste*? En nous appuyant entre autres sur les thèses de Martuccelli sur l'avènement de la « société singulariste » (2010; 2005), le qualificatif singulariste apposé paradoxalement à celui de décorum permet d'insister sur une transformation qualitative de « l'esprit des institutions » et des règles sociales (Ehrenberg, 2010) qui se traduit par un processus d'individualisation inédit dont plusieurs auteurs contemporains ont souligné et analysé avec lui l'avènement. Dans cette dynamique sociohistorique, c'est d'abord en référence à l'individu que le social

fait désormais sens : l'individu semble être devenu aujourd'hui l'horizon liminaire de nos dispositifs sociaux de perception et d'action ordinaires. Les nouvelles règles du social conduisent dans cet horizon les individus à agir et se percevoir de plus en plus comme des singularités; comme des êtres autonomes qui, en quelque sorte, « se rebiffent contre les cases sociologiques » (Martuccelli, 2010). La société, l'individu et les manières efficaces (et institutionnalisées) de les lier se sont significativement transformés, témoignant d'un changement du décorum social.

Mais avant d'entrer plus en avant dans la chair de ce décorum, une clarification épistémologique semble d'emblée nécessaire : rendre compte des dynamiques sociales et complexes propres à l'avènement du décorum singulariste implique de nous installer de plein pied dans une toute autre scène que certains nomment la « déclinologie » (Ehrenberg, 2010). La déclinologie postule globalement le déclin des règles, des protections solidaires, du deuil de l'action collective fragilisant la personnalité des sujets et substituant aux « vrais » enjeux modernes des enjeux purement subjectifs et idéologiques. Si comme le mentionne Bajoit (2007), « depuis une trentaine d'années, sous l'influence de nombreux auteurs, la sociologie est en train de repenser sa démarche : ses concepts, ses théories, ses méthodes [et] que cette réorientation aboutisse à accorder à l'individu une place centrale dans la compréhension de la vie sociale » (Bajoit, 2007 : 248), en revanche, cette réorientation inévitable mène à l'essor marquant du discours sur le déclin du social. Ce discours tend à rendre chaque fois plus élevé le degré d'abstraction pour un certain âge d'or ou pour un autre décorum qui serait « plus consistant ». Le regret sociologique de la transformation profonde de ce que nous pourrions nommer, pour les fins de l'analyse, du décorum « total »², conçu comme un espace où seulement certains sujets sociaux « désignés » pouvaient faire fonctionner de manière efficace les « machines » de l'histoire, où seulement certaines croyances, normes et valeurs

² Autant redevable des fonctionnalismes et des marxismes sociologiques.

pouvaient assurer la consistance et la cohérence du système, où seulement certains modes d'intervention et de protection étaient légitimes pour gérer les difficultés des individus et réduire les inégalités sociales entre les groupes, tend parfois à empêcher d'estimer à leur juste valeur les dynamiques puissantes et complexes qui traversent de part en part aujourd'hui la « société singulariste » (Martuccelli, 2010)

Certes, derrière l'avènement du décorum singulariste se profile l'invalidation ou l'épuisement de certaines grammaires d'action propres à ce décorum « total » qui, pendant longtemps, a constitué en quelque sorte notre « seconde nature » à travers laquelle notre regard et nos mots se posaient familièrement sur les choses et les êtres. Et, plus souvent qu'autrement, nous sommes amenés aujourd'hui à ne décrire la réalité sociale que comme un clair-obscur; à dire ce qu'elle n'est pas ou n'est déjà plus, à décrire ce contre quoi on se positionne, à repousser la rupture qui est déjà à certains égards consommée. La réalité sociale, les mots pour la décrire et les regards qu'on porte sur elle se sont transformés, mais cette réalité est également faite de nombreux « décalages » (Martuccelli, 2005) qui, sans être forcément le signe de pathologies ou de contradictions insurmontables, rendent compte de certaines tensions, de certains conflits, de certains enjeux sociaux, professionnels et humains que les acteurs non seulement incarnent et éprouvent, mais aussi transforment. Si dans l'horizon du décorum singulariste nous sommes enclin à nommer les choses et les êtres selon certaines grammaires plus dominantes que d'autres (telles que celles de la souffrance, de la reconnaissance, de la psychologie, de la singularité), à qualifier et classer les êtres en fonction de certaines injonctions plus impératives que d'autres (telles que l'autonomie et la responsabilisation), ou encore à exiger de façon massive certaines formes de traitement, de protections, d'intervention (telles que le respect des différences, la personnalisation, l'accompagnement), cela n'implique pas nécessairement un état d'anomie, de liberté actionnelle ou d'appauvrissement débridé des subjectivités individuelles. De manière globale, la « singularisation » des sociétés met en œuvre des dynamiques sociales à la fois puissantes et contradictoires,

habilitantes et contraignantes, reconduit à la fois les inégalités sociales tout en mettant en œuvre des logiques éthiques et inclusives de dignité, de reconnaissance et de respect. Son processus rend compte en définitive d'un changement à l'œuvre tant « au niveau des structures économiques, de l'organisation du politique ou du droit, au plan des relations aux autres ou à l'histoire, des aspirations personnelles ou des contraintes urbaines, etc. » (Martuccelli, 2010). Si l'individu est devenu la vedette médiatique de pratiquement toutes les plateformes de la société, c'est parce que la société, *dans la forme actuelle de ses institutions et ses règles actuelles* lui demande d'exister comme tel.

Or, pour certains, cette fortune de l'individu n'est pas sans créer du désenchantement ou donner lieu à des mises en garde de toutes sortes. La « psychologisation » et la « désinstitutionnalisation » des rapports sociaux (et de l'intervention sociale) sont des diagnostics qui, hier comme aujourd'hui, ont nourri les réflexions critiques sur la montée de l'individualisme; signalant, du moins dans leur versions les plus radicales, qu'il détruit les bases nécessaires pour « se tenir » et « faire société ». Nous avons choisi d'aborder brièvement, dans ce qui suit, ces diagnostics (psychologisation et désinstitutionnalisation), non pas pour les discréditer, car au-delà du regret pour cet « autre » décorum qu'ils recèlent parfois, et en dépit des différentes conceptions et nuances qu'ils recouvrent, ils convergent dans leur généralité pour signaler des transformations majeures et dynamiques dans les figures de l'individualité et de l'être-ensemble, et nous renseignent sur certaines tensions et contraintes effectives propres à l'individualisme contemporain. Toutefois, et dans le but de se donner des balises théoriques pour aborder notre objet d'enquête, la « vie moindre », il semble pertinent et nécessaire d'élargir la réflexion sur les nouvelles dynamiques des sociétés contemporaines irréductibles à une psychologisation ou à une désinstitutionnalisation des rapports sociaux (surtout à leur tendance déclinologique) en les mettant plutôt en lien avec l'émergence, donc, du décorum singulariste, qui n'équivaut ni à un déclin des institutions, ni à une perte des repères,

mais à leur profonde mutation, ce que nous entendons rendre compte par l'analyse de notre terrain où les pratiques d'accompagnement font la rencontre d'existences limites qui mettent à l'épreuve l'essence même du lien social, là où il semble proche de la rupture, de la dissolution, de la déliquescence.

1.1. La psychologisation : analyseur, symptôme, processus

À la fin de la décennie 1970, alors que partout l'on déclare la fin de l'État providence et que surgit dans la plupart de nos entendements sociologiques le timbre du « long chant du cygne du social » (Vrancken, 2002), l'individualisme nourrit la réflexion critique des philosophes et des sociologues en suscitant des mises en garde de toutes sortes à l'égard de l'appauvrissement de l'action collective, de la culture publique et plus largement, de la consistance du social. La décennie qui précédait, cette « décennie de la critique » (Dubet, 2004), avait signalé la montée d'une « sensibilité exacerbée » comme disait Castel (1981) à la répression de la subjectivité, alors que les revendications touchant les mœurs, l'autorité, la vie privée étaient devenues l'objet de nouvelles tensions dans l'espace public, et l'ensemble des institutions (de l'école à l'asile, à la famille), l'objet de contestations et de luttes sectorielles. Le sujet collectif émancipateur, cette figure de l'homme total, ne semblait plus parvenir à faire la synthèse anthropologique des nouvelles aspirations et demandes de libération liées à l'autonomie, à l'émancipation identitaire, à la libération des mœurs et des figures autoritaires.

Ces demandes et aspirations, portées de manière davantage hybride qu'irréconciliable par la « critique artiste » et la « critique sociale », pour reprendre la terminologie de Boltanski et Chiappello (1999)³, traduisaient une « nouvelle

³ De l'avis de ces auteurs, mai 68 aurait mis en scène les premiers signes d'une rupture incommensurable entre la « la critique artiste » et « la critique sociale ». La première, transmise par les étudiants et les artistes de mai 68 et supposée fondée sur des préoccupations et des demandes

grammaire critique » et une recherche d'un abri (forme sociale) de la subjectivité en dehors des chemins uniquement balisés par cette figure de l'homme total. Elle trouva refuge dans le visage culturel de la « subjectivité libérée », qui servait de moteur critique à ce que Sloterdijk (2006) appelle « l'obéissance des cadavres »⁴, et de moteur d'action à une volonté de libération tout aussi « totale » : une libération « totale » de l'étouffoir des institutions (école, famille, église, parti, mais aussi asile, prison, etc.), capable de rendre « l'individu indépendant de toute contrainte extérieure ou intérieure; dans sa forme pleine et positive » (Foucault, 1984 : 93). Le spectre de l'homme total est réapparu de manière renouvelée dans les termes de l'hypothèse « répressive », comme le mentionne Foucault, sous-jacente à un certain nombre d'analyses et de luttes « anti-institutionnelles » (anti-psychiatrie, anti-médecine, anti-pédagogie, etc.), où l'enfermement (répressif) des corps était devenu un modèle (à abolir) à la fois concret (critiques et luttes concernant les institutions closes ou totales telles que l'asile et la prison), mais aussi symbolique de l'ensemble des rapports sociaux : rapports perçus comme enfermés dans des « camisoles de force ontologiques » desquelles il fallait entièrement se libérer et refonder les rapports sociaux sur de nouvelles bases.

Quelle que soit la valeur de cette hypothèse répressive⁵, on peut dire que ce spectre de l'homme total, réincarné, comme un visage de sable à la limite de la mer,

« subjectives », telles que la reconnaissance de la liberté, l'autonomie et l'authenticité et la deuxième, fondée sur des préoccupations et des demandes « objectives », telles que la solidarité, la sécurité et l'égalité. Pour Boltanski et Chiappello, ces deux critiques sont non seulement « largement incompatibles » et « portées par des groupes distincts », mais la première (la critique artiste) n'aurait fait que jouer le cheval de Troie du libéralisme, où les artistes auraient transmis aux étudiants l'aspiration « aristocratique » à l'autonomie, à l'individualité (Lazarrato, 2009).

⁴ Métaphore qui désigne la *représentation* de la subjectivité « comme couplage entre la plus haute motivation et la plus pure disponibilité » : soit « l'exagération de l'obéissance, sur le chemin menant à la subjectivité, [où] le moteur de l'action est encore entièrement emprunté à une instance externe, c'est-à-dire à une autorité » (Sloterdijk, 2006 : 90).

⁵ Pour Castel (1981), notamment, qui aborda le mouvement anti-psychiatrique, cette hypothèse répressive aurait empêché de voir les mutations concrètes opérées sur le terrain, notamment une extension du dispositif de pouvoir psychiatrique en dehors de champ médical proprement dit.

dans la figure de l'individu plein et positif, traduisait une aspiration de plus en plus prégnante à la singularité, qui ne tardera pas à devenir, quelques décennie plus tard, c'est-à-dire actuellement, une demande et une exigence sociale massive partagée par l'ensemble des membres de la société, tel une démocratisation de l'exception (Martuccelli, 2010). Mais dans les décennies suivantes, cette figure pleine et positive de l'individu apparue, pour certains de ses adversaires, dans le ventre plein et positif des Trente Glorieuses, épousera rapidement les allures d'un bâtard sociologique sans vis-à-vis autre que lui-même, n'ayant réussi à trouver d'abri ontologique que dans la tyrannie de sa propre intimité (Sennett, 1979), cherchant refuge et sens dans les remparts de sa vie privée au milieu d'un désert social (Lipovetsky, 1983). C'est à « l'individu psychologique », peu digne successeur de l'homme total, que revient la lourde responsabilité d'incarner la synthèse anthropologique d'un nouveau temps moins héroïque mais plus intimiste. L'individualisme sous toutes ses formes est critiqué, la « pensée 68 »⁶ sera accusée pour certains d'en avoir été l'artisan, et l'hypothèse de la répression sera « remplacée » par celle de la psychologisation des rapports sociaux.

Robert Castel avait fait état dès les années 1980 du débat en France sur ce qu'il considérait comme un nouveau phénomène de masse : la diffusion de la « culture psychologique » dans la société. Ce processus, qu'il a désigné par le terme de « psychanalysme » (Castel, 1976), exprimait non seulement l'idée d'une intégration de la psychanalyse, discipline autrefois considérée subversive, à la culture de masse—la récupération de son contenu par un nombre croissant de nouvelles « professions de l'écoute », allant de la pédagogie à la médecine généraliste, en révélait l'indice majeur — mais indiquait ce qui, déjà à l'époque, commençait à se montrer sans gêne : la mise en place d'une vulgate psychologique n'ayant plus aucun

⁶ Ferry et Renaut (1988), ont fait de Foucault, Althusser et Bourdieu les auteurs de la « pensée 68 » et les artisans intellectuels du libéralisme dans la pensée de la gauche.

lien avec le contenu de la psychanalyse. Ce deuxième temps du phénomène, que Otero (2003) a surnommé le « psychanalysme sans psychanalyse », était le signal du début d'une dynamique sociétale puissante dont les ramifications dépassaient largement les luttes intestines des écoles théoriques pour s'approprier le capital de cette nouvelle culture « psy ». Cette dynamique fut principalement analysée, par des sociologues et des philosophes, du moins au départ, comme une « psychologisation des rapports sociaux », c'est-à-dire comme un processus qui exprime la tendance à rabattre la « culture psychologique » sur la « culture sociale », et comme le symptôme de la montée d'un « individualisme de la *déliaison* » (Gauchet, 1998).

De la « libération de la subjectivité » on passera à une perception croissante du social comme soumis à l'« empire de la subjectivité » (Dubet, 2004), masquant les « vraies » valeurs et les « vrais » projets, tels que l'action collective et la solidarité de classe, au nom d'une alliance avec Narcisse. Le processus de « psychologisation » fut critiqué à ses débuts par une génération de penseurs américains et français qui dénonçaient la montée d'une culture psychologique où l'individu se complait dans les reflets de sa vie privée et les méandres de son propre développement, au détriment de son investissement dans la sphère politique et sociale. Pour citer Lipovetsky : « à une dévalorisation parodique du social répond le surinvestissement liturgique du Moi » (1983 : 242). La société était considérée comme « dirigée vers l'intérieur » ; les individus ne trouvant de sens au système social qu'en faisant de lui un « vaste système psychique » dont la fin consisterait dans la réalisation de soi-même, plutôt que dans un « engagement durable » avec les autres (Sennett, 1979). Si Lash (2001) voyait dans la « généralisation d'une personnalité narcissique » une « libération des conditions répressives du passé » et une « aptitude nouvelle à se gouverner soi-même », cette personnalité contemporaine est pourtant blasée, nombriliste, convaincue « que les solutions politiques ne mènent à rien » ; les individus étant uniquement à la recherche de « mesures destinées à prolonger leur propre existence »,

ce qui empêche à terme de se projeter dans une véritable continuité historique, provoquant plutôt une quête « sans fin » de soi.

Ces premiers écrits sur la psychologisation ont eu pour effet de tracer, du moins dans la littérature sociologique et philosophique, les contours d'une nouvelle « personnalité sociale » conforme, en quelque sorte, à la lecture fonctionnaliste propre au décorum social « total » (Martuccelli, 2005), où structure sociale et personnalité sociale s'emboîtent dans une correspondance entière et transparente, même si elles sont accusées en définitive d'être pathologiques. Dans cette optique, Marcel Gauchet (1998) fera dans la décennie suivante correspondre sans hésiter un type de personnalité générique, la « personnalité contemporaine » à ce qu'il conçoit comme une société hyper individualiste. L'auteur postule que l'époque contemporaine se caractérise par une réduction des conflits due au recul du « modèle révolutionnaire », dont l'origine se trouve dans le ventre plein des Trente Glorieuses et paradoxalement de leur crise, et notamment dans le processus de désinstitutionnalisation de la famille (à entendre comme la figure du « Père »). Cette personnalité contemporaine se distingue de la personnalité moderne « conformiste », laquelle est caractérisée par une forte intériorisation de la norme, du surmoi, de la responsabilité et de la culpabilité. Des pathologies nouvelles émergent alors : vide intérieur, actes de rupture biographiques, peur excessive d'autrui. Avec cette personnalité sociale « déconnectée cognitivement et socialement du tout », émerge la menace d'un « individualisme de déliaison » qui ne se moule dans aucune forme collective, ce qui risque de détruire radicalement la possibilité d'une identification intégratrice des individus, le principe même de l'unité des sociétés.

Entre tension psychique et « question sociale » : la souffrance sociale

Dans la lignée de ce diagnostic où la critique de la psychologisation tend à se mêler à la crainte d'un déclin de la société, on assiste également à l'émergence d'une nouvelle génération de penseurs qui tentent d'éclairer l'émergence d'un nouveau « problème social » depuis les dernières décennies, la montée de la « souffrance sociale », alors qu'on assiste à la prolifération de recherches, témoignages, rapports publics, etc. qui rendent compte de cette souffrance sur une pluralité de scènes de la vie sociale, allant de la désaffiliation des sans-abri aux souffrances au travail. Fassin (2004) fut parmi l'un des premiers auteurs à souligner l'attention croissante, notamment en France, envers la souffrance sociale, c'est-à-dire envers une souffrance dont les causes seraient précisément « sociales ». Pour l'auteur, la montée de ce « nouvel éthos compassionnel » vient à la suite du constat de la montée de l'exclusion sociale dans les années 1990, terminologie qui regroupait un ensemble disparate d'individus perçus comme nouvellement victimes de la crise des mécanismes d'intégration sociale : crise de l'État-providence, crise de l'emploi et des protections sociales, crise des institutions de socialisation. La souffrance sociale constitue dans cette perspective le symptôme et l'analyseur de cette crise de l'intégration. Pour Fassin, un ensemble de lieux d'écoute⁷ ont émergé dans les marges de la population comme une réponse collective à cette souffrance dotée d'une nouvelle légitimité sociale. Ces lieux constituent des dispositifs nouveaux dans le domaine de la prise en charge des personnes vulnérables. Centrés sur les individus et leurs réalités psychologiques, ils auraient pour fonction de pacifier les conflits sociaux, témoignant d'une psychologisation des rapports sociaux en transformant, selon l'auteur, l'expérience individuelle et collective des inégalités sociales : « en situation du point de vue des individus, le processus de psychologisation à l'œuvre, particulier en ce qu'il rabat le social sur la psyché, impose une manière de se présenter devant les autres dans un double registre pathétique et individuel » (Fassin, 2004 :184). Pour

⁷ Fassin fait référence notamment à la « clinique psychosociale » en France, où émergent un ensemble nouveau d'« intervenants psychiques » (Laval, 2005) considérés comme des acteurs clés par les politiques de lutte contre l'exclusion sociale. Voir notamment Furtos (2000).

Fassin, c'est alors le souci pour la justice sociale qui risque dans cette perspective de céder le pas à un traitement compassionnel de la question sociale. Dans une démarche toute autre, la montée de la souffrance sociale constituerait pour d'autres auteurs le symptôme de pathologies sociales qui informent les contradictions des sociétés capitalistes contemporaines et deviennent l'occasion par le fait même d'un renouvellement de la théorie critique. Dans la lignée des travaux de Honneth (2003) qui propose une lecture du conflit social en termes de luttes pour la reconnaissance, Renault (2008), par exemple, cherche à montrer l'importance d'intégrer la question de la souffrance dans la définition même de l'injustice sociale, notamment dans un contexte où l'action collective ferait défaut : « la souffrance offre un point de vue critique contre la domination lorsque les luttes sociales font défaut. » (2008 : 34). L'auteur cherche à mettre alors en évidence les dimensions proprement « sociales » des expériences singulières de la souffrance, notamment dans l'objectif de lui donner un rôle politique en considérant « la part oubliée » des mouvements sociaux et des enjeux politiques qui ne lui feraient pas de place ou se sauraient pas quelle place lui faire. La souffrance dans cette perspective demeure à la fois le symptôme direct de contradictions profondes du néo-libéralisme, notamment d'une montée de l'anomie, et l'occasion simultanée d'un renouvellement de la grammaire critique potentiellement porteuse de luttes sociales.

Ni aliénante, ni libératoire, mais une grammaire sociale ordinaire

Pour résumer brièvement, la psychologisation renvoie aux processus par lesquels les questions qui jadis relevaient du registre du politique, du souci de la justice sociale et de l'action collective, se transforment ou plus souvent se travestissent en questions psychologiques, morales ou compassionnelles. Que l'on parle plus précisément, hier, de la montée d'un individu psychologique ou, aujourd'hui, de la montée de la souffrance sociale, un constat commun émerge, au-delà des nuances et propositions spécifiques que ce diagnostic recouvre : la montée de l'individualisme et avec elle, la crainte d'un déclin de la société. Si on peut partager

avec ce diagnostic l'idée d'une attention croissante indéniable au langage de la souffrance, de l'intimité, des états d'âmes, de la santé mentale etc. dans la socialité contemporaine, ce langage doit néanmoins être pensé, comme nous l'avancions dans notre analyse (chapitre VI), comme une grammaire qui n'est ni « libératoire » ni « aliénante », mais une grammaire sociale ordinaire à travers laquelle tous et chacun sont amenés nécessairement à se référer pour prendre la mesure et exercer leur individualité en société (Otero, 2011b). Certes, le recours au langage de la souffrance, de la subjectivité, des affects est fortement sollicité aujourd'hui et demeure parfois même à l'avant-plan des autres formes d'intelligibilité et d'avenues possibles pour l'intervention sociale et publique. Dans notre terrain, comme nous le verrons dans les chapitres futurs (IV, V et VI), la dimension « affective » de l'individualité constitue l'une des dimensions concrètes avec laquelle les intervenants peuvent travailler dans un contexte de vie moindre où les autres dimensions sociales significatives ne semblent plus ou peu accessibles.

Or, la sollicitation croissante de cette dimension affective ne pourrait se réduire à un simple processus de réduction systématique des dimensions sociales aux dimensions psychologiques qui, ou bien fragiliserait la personnalité des sujets en substituant aux « vrais » enjeux modernes (objectifs et transformateurs) des enjeux purement subjectifs et idéologiques rendant impuissante l'action collective, ou au contraire deviendrait *le* moteur critique susceptible de sauver l'honneur de cette dernière. On cherchera plutôt à s'appuyer sur l'esprit de Foucault (1975; 1976) qui ne rejetait pas la psychologie à titre d'idéologie masquant, vidant ou enrichissant le réel de sa « vraie » consistance, mais montrait, au contraire, de quelle manière la psychologie ou les « disciplines psy » produisent du réel tangible et concret. Dans les sociétés contemporaines, ce réel est à comprendre à la fois comme idéal *et* comme expérience concrète de soi, où l'individu lui-même et les diverses pratiques qui le sollicitent comme tel, notamment l'accompagnement, chercheront à connaître « sa vérité » par la valorisation, la reconnaissance, la prise en compte, la mise à jour

constante de ses affects, de sa souffrance, de ses plaintes subjectives, etc. L'étalement socialisé de la plainte ou, plus largement, d'une grammaire affective pour parler des malheurs individuels et collectifs, signale autrement dit des changements profonds dans la figure de l'individualité et des exigences sociales qui en découlent en termes de renouvellement des soutiens et des protections, comme nous l'abordons dans notre chapitre VI.

1.2 La désinstitutionnalisation : un processus à pure perte?

Si la psychologisation est devenue un diagnostic répandu de l'état du social depuis les années 1970, oscillant entre la critique et l'analyse des configurations propres à l'individualisme contemporain, il est largement solidaire d'un autre diagnostic : celui de la « désinstitutionnalisation ». Souvent synonyme d'un effondrement des règles et d'une fragilisation des conditions objectives et symboliques du lien social, la désinstitutionnalisation des sociétés propulserait les individus, ou du moins certains individus plus que d'autres, dans des orbites où désordre, perte de sens et exclusion constituent les principales retombées sociétales.

En faisant une synthèse historique et sociologique de ce qu'il conçoit comme une crise de la société salariale et une crise des institutions, Castel (2009; 1995) considère que la fin des Trente Glorieuses marque le début d'un effritement de la propriété sociale dotant la quasi majorité des membres de la société de conditions objectives nécessaires pour assurer la nouvelle marge de manœuvre qui leur est désormais donnée et assignée dans le cadre d'un « desserrement des encadrements institutionnels qui touche l'ensemble des institutions » (écoles, Églises, partis, etc.). Dans la conjonction de cette double désinstitutionnalisation, l'auteur suggère que les individus sont inégalement dotés des conditions de base nécessaires pour assumer leur autonomie. Ces conditions nécessaires, qui ont mené pour Castel à une démocratisation de la figure de « l'individu moderne », sont précisément des

« ressources objectives » issues de la propriété sociale, c'est-à-dire qui découlent des institutions du travail ayant consolidé la condition salariale en l'entourant de protections universelles et objectives : droit du travail, protection sociale, garanties liées à l'emploi, réseau de services publics universels. Il proposa dans cette perspective les figures sociologiques de l'individu par « excès » et « par défaut », qui constituent les deux figures symptomatiques d'un effritement de la dynamique sous-jacente à l'émergence de cet « individu moderne ».

D'un côté, les « individus par excès » ont les moyens de se doter de cette nouvelle marge de manœuvre, mais ont tendance à « utiliser » ces moyens au détriment d'aspirations, d'appartenances et de valeurs collectives. N'ayant ni repères ni référents extérieurs, ils courent le risque d'être atteints dans cette perspective de « pathologies du désengagement » : « pour schématiser, beaucoup d'individus contemporains sont dans une sorte de vide social parce qu'ils ne sont pas cadrés, ou sont très peu cadrés, par des régulations collectives, et ne sont pas conduits par des aspirations collectives » (Castel, 2009 : 428). À côté, ou plutôt à l'opposé des individus par excès, on trouve les individus par défaut, les grands perdants de la conjoncture sociale actuelle caractérisée par « la décollectivisation, la désinstitutionnalisation, la montée d'un individualisme lié à un détachement des appartenances et des valeurs collectives » (Castel, 2009 : 433). Dans cette socialité, il existe des individus qui ne sont pas des individus au sens positif du terme, mais des individus négatifs, autrement dit ils le sont « par défaut » du fait d'être dépossédés des supports de la propriété sociale, et de plus en plus contraints de subir leur nouvelle marge de liberté sans réelle capacité d'agir en leur nom, de faire des choix qui leur sont propres : « ils sont des individus, mais des individus pris dans la contradiction de ne pas pouvoir être les individus qu'ils aspirent être » (Castel, 2009 : 434). L'individu par défaut a perdu ou n'arrive pas à accéder au socle des supports objectifs nécessaires (propriété sociale) à leur constitution comme individu :

travailleurs précaires, chômeurs de longue durée, itinérants (SDF), jeunes en galère comptent parmi les individus par défauts.

L'hypothèse de la désinstitutionnalisation rejoint dans une certaine mesure celle de Dubet (2002), mais ce dernier cherchant à aller au-delà des liens qu'elle peut avoir avec le déclin de la régulation sociale issue de la société salariale, en interrogeant le déclin de la régulation monothéiste des valeurs observable dans un ensemble d'institutions de socialisation secondaire. L'auteur, dans le *Déclin de l'institution*, montre en fait qu'il y a aujourd'hui désinstitutionnalisation de la forme sociale moderne de l'institution. Cette forme sociale, qu'il nomme le « programme institutionnel », est un programme conçu pour permettre, à l'aide d'un système intégré (monothéiste) de valeurs sacrées (transcendantes et universelles), à la fois de socialiser les individus et de les constituer en sujets. Le programme institutionnel aurait composé, jusqu'au milieu du 20^e siècle (jusqu'à la « décennie de la critique » des institutions), la structure de l'ensemble des domaines relatifs au « travail sur autrui », allant de l'école, à l'église, à l'hôpital jusqu'au travail social. Ce travail sur autrui, porté par des professionnels ayant vocation et foi dans le fonctionnement du programme institutionnel, constitue une « médiation » entre valeurs et sujets guidée par des principes totalisants propres à la modernité, c'est-à-dire sacrés, homogènes, universels, métaphysiques, que ce soit la science, la raison, la santé, ou le travail. Le programme institutionnel est à même d'engendrer un processus d'individuation qui vise à faire de l'individu, par l'adhésion à des principes supérieurs et invariables, un sujet capable de se maîtriser et de construire sa liberté.

Pour Dubet (2002), comme pour nombreux autres auteurs, les valeurs dans les sociétés contemporaines ont perdu de leur unité (le « déclin du monothéisme ») et la cohérence du système social se heurte à des contraintes d'organisation plus labiles et complexes. L'individuation (processus sociaux et historique de fabrication des individus) devient une tâche reportée sur l'individu qui doit se fabriquer lui-même de

manière réflexive, ce qui ferait de lui selon Dubet un sujet. L'individuation en d'autres termes ne serait plus une question d'institution, mais de subjectivité. Or, sans l'adhésion à des valeurs (sacrées et homogènes), ce serait l'unité de la subjectivité qui deviendrait problématique, n'étant plus comme jadis enracinée dans un stock homogène de valeurs et d'identités. Cette idée rejoint en quelque sorte la figure de « l'individu par défaut » : par défaut, car il lui manque non pas tant le stock de ressources « objectives » comme chez Castel, mais le stock de ressources « symboliques » (valeurs) nécessaires.

Ces contradictions contemporaines procèdent, selon Dubet, du fondement même de la modernité, c'est-à-dire de l'émergence d'une individualité produite par une socialisation qui n'écraserait plus la subjectivation comme dans la « tradition », lesquelles contradictions étaient demeurées latentes en vertu de la force « magique » du programme institutionnel. Ce programme parvenait à résoudre ces contradictions modernes et à maintenir, par le fait même, la « vocation » des professionnels, c'est-à-dire la croyance et la motivation de ceux attirés à mettre en œuvre un tel programme parce que leur personnalité sociale est construite autour de valeurs; perçue comme le produit d'une adhésion morale à des dogmes sacrés, que ce soit la science, le travail, la religion, la nation, etc. Or, depuis le milieu du 20^e siècle, c'est cette croyance en des valeurs ultimes homogènes qui entreraient en crise et avec elle l'efficacité du programme institutionnel, remarque l'auteur : « Le déclin du programme institutionnel procède de l'exacerbation de ses contradictions latentes, quand il n'a plus la capacité idéologique de les effacer, quand il n'a plus la force de réduire les paradoxes qu'il pouvait surmonter par la grâce de sa magie ». (Dubet, 2002 : 14). L'incrédulité face à la possibilité de l'unité des valeurs amène les professionnels du travail sur autrui à devoir gérer par eux-mêmes les contradictions du système, ce qui renforcerait chez eux le sentiment de crise et de démotivation. En perdant cette croyance dans les valeurs qui agissent comme des repères et limites à l'action individuelle, les acteurs sont confrontés aujourd'hui à des logiques d'action

contradictoires et sans limites, « tenus de s'engager dans un travail de justification continu et de construction permanente d'eux-mêmes » [...] à se construire ainsi eux-mêmes comme sujets ».

Cette thèse sur le programme institutionnel se distingue de celle de Foucault (1975) sur la discipline. Pour Foucault, les processus par lesquels les individus deviennent des sujets n'impliquent pas, comme l'explique Dubet, l'adhésion morale, à l'aide de ces grandes machines (les institutions comme programme) à produire de l'ordre symbolique, aux valeurs transcendantes et universelles issues des Lumières. Pour Foucault, ces processus sont possibles grâce à des dispositifs discrets travaillant, matériellement, les corps (sans passer par la représentation), agissant en quelque sorte comme un sous-traitant pour le maintien concret de cette force symbolique « magique » du programme institutionnel. La discipline, qui fabrique concrètement les individus (en sujets), permet en ce sens « d'investir » matériellement les clivages et les inégalités sociales réelles, lesquels sont constitutifs de la cohérence symbolique de l'édifice moderne de l'individualité. Cet investissement a nécessité, dans un premier temps, des institutions closes, pour ensuite se déployer dans des dispositifs « désenfermés », à mesure que la société moderne se consolidait. Ainsi, si discipline et programme institutionnel sont conçus comme formant tous les deux un programme d'individuation (processus historiques et sociaux de fabrication des individus) né dans les contradictions réelles du contrat social moderne, ils se distinguent quant aux modalités par lesquelles l'efficacité d'un tel programme moderne est envisagée : pour le premier (la discipline) une telle efficacité repose sur l'inculcation matérielle de la rationalité politique moderne dans les corps. Pour le second (programme institutionnel), elle repose sur l'adhésion morale (la croyance, la vocation, la foi) à des valeurs sacrées et intangibles.

Déclin ou transformation des règles?

Pour certains auteurs contemporains, ce n'est pas tant la discipline qui décline aujourd'hui, puisque sa fonction ne se rattache pas uniquement à des formes d'institutions spécifiques—telles que les institutions closes qui renvoient à une matrice historique précise de la discipline, mais ce sont les règles de l'individualité qui ont changées (Otero, 2003) et les espaces et matériaux de leur reconduction qui se sont transformés. Aujourd'hui, comme nous le verrons dans notre analyse (chapitre VI), ni les valeurs, ni le corps ne semblent constituer le matériau sur lequel l'intervention sociale a prise. Les valeurs et le corps ne sont plus « socialement significatifs », en ce sens que l'individualité se matérialise socialement dans une autre consistance sociale, ce que nous avons nommé l'épaisseur « psychosociale », comme nous le développons dans le chapitre VI. Aujourd'hui, parler de « désinstitutionalisation » prête à confusion en laissant croire que c'est la règle sociale qui décline au profit d'un désordre inter et intra subjectif, nous ramenant presque inévitablement sur le terrain de la déclinologie. Bien au contraire, tel que le mentionne Ion (2005a), « l'individu contemporain ne se trouve pas affranchi des règles sociales. Son existence reste inscrite dans le développement de la forme démocratique et des institutions, même si ces dernières se transforment et précisément se restructurent autour de la notion de personne » (Ion, 2005a : 31). Sous l'empreinte du décorum singulariste, on assiste en ce sens non pas à un déclin des institutions, mais à une transformation de leur forme sociale qui prend de plus en plus l'allure, comme nous le verrons dans le prochain chapitre, d'un « accompagnement » des individus. Cette forme sociale contemporaine sous-tend un ensemble de « nouvelles règles du social » (Astier, 2007) qui rendent compte de nouvelles exigences sociales, notamment la montée de la norme de l'autonomie (Ehrenberg, 2010), qui constituent une source à la fois de contraintes et de possibilités. Dans le domaine de l'intervention sociale auprès des individus vulnérables, comme ceux de notre terrain, l'émergence du décorum singulariste rend compte par exemple d'un assouplissement des mesures de traitement, mais révèle en contrepartie une exigence d'action accrue de la part des individus eux-mêmes envers

leurs propres comportements défaillants, comme nous l'abordons dans notre analyse (chapitre VI).

1.3 Grandeurs et servitudes de la singularisation

Si les diagnostics liés à la psychologisation et à la désinstitutionalisation méritent d'être interrogés et analysés, car ils ont en commun d'insister sur un déclin des formes traditionnelles du lien social, tout comme ils mettent de l'avant l'idée de tensions paradoxales qui caractérisent les avatars de l'individualisme contemporain, il s'agit d'en tirer l'étendue de leurs conséquences pour l'analyse des dynamiques sociétales contemporaines: soit des dynamiques sociales qui découlent plus largement de la montée du « singularisme » (Martuccelli, 2010) *mettant en lumière un mode d'individuation nouveau, plutôt que des individus livrés à eux-mêmes*. Ce mode d'individuation (la singularisation) accorde une légitimité et une valeur sociale inédite à l'individu lui-même dans son processus de fabrication, et tend à accroître notre sensibilité sociale envers les dimensions individuelles et subjectives des acteurs sociaux davantage que groupales et statutaires. Le singularisme est un individualisme, mais un individualisme irréductible à ses deux facettes les plus souvent explorées et critiquées : l'individualisme méthodologique de l'acteur stratégique ou au libéralisme économique, c'est-à-dire un individualisme concurrentiel qui s'inscrit dans la logique du marché (cet individualisme ne constitue qu'une des formes possibles du singularisme). Si la dynamique de la montée du singularisme correspond effectivement à la fin des années de plein emploi et à la stagnation, voire au déclin de la deuxième phase de ce que Swaan (1995) appelle « l'extension hyperbolique de l'État providence »⁸, la tentation serait grande d'en faire, comme le remarque Ion (2005a : 30), qu'une conséquence des évolutions actuelles du capitalisme.

⁸ Cette deuxième vague d'expansion apparaît, dans la plupart des sociétés occidentales, dans les années 1960 et dura jusqu'au début des années 1970.

Si elle touche autrement dit les modes de production comme de consommation, « elle est aussi repérable dans le rapport au politique et au religieux, dans l'usage de certaines institutions telles que l'école ou l'hôpital, ou encore le travail social et qu'elle concerne directement le fonctionnement même de l'institution familiale » (Ion, 2005a : 30). Dans notre terrain d'enquête, qui aborde la métamorphose des pratiques et du sujet (de l'intervention sociale) dans les expériences limites comme la mort, la maladie et l'itinérance, ces dernières ne pourraient s'expliquer que par des changements inhérents aux modes de production et de consommation. Elles laissent entrevoir un ensemble de dynamiques complexes qui rendent compte notamment de demandes massives liées au respect de la dignité, des différences, à la prise en compte de l'individualité et des besoins de protections subjectives (comme nous l'abordons dans le chapitre VI). C'est au nom d'un idéal d'individualité massivement partagé que s'ouvrent par exemple les droits des femmes, des homosexuels, des malades, des itinérants, des mourants, etc. (de Singly, 2005). Et comme le mentionne de Singly, même ceux qui dénoncent les méfaits des sociétés individualistes empruntent, d'une façon ou d'une autre, des arguments à la logique de l'individualisme contemporain dans leurs luttes (2005 : 113), comme la revendication de droits spécifiques liées à des quêtes d'authenticité, d'expressivité de soi, de respect de la dignité et des différences.

De plus, si le singularisme correspond effectivement à une perte de l'unité des valeurs (monothéisme) découlant de principes totalisants et sacrés (Dubet, 2004), la tentation serait grande également d'en faire une manifestation d'un affaissement de l'ordre normatif donnant sens et signification aux conduites. Le singularisme ne peut pourtant se réduire à un « individualisme de la déliaison » (Gauchet, 1998), c'est-à-dire d'une forme d'être-ensemble où l'individu est considéré comme sans repères, « déconnecté symboliquement et cognitivement du point de vue du tout ». Il semble plus propice de parler en effet d'un individualisme *de liaison* que de déliaison, car aujourd'hui, l'individualité n'est plus un privilège de classe, porté par des bohèmes,

des surhommes, des héros, mais est devenue un désir et une contrainte de masse qui s'est en quelque sorte « démocratisée » à l'ensemble de ses membres, en dépit de leurs positions et statuts inégalitaires. Autrement dit, si la singularité pouvait, hier, être réservée aux artistes ou aux surhommes inscrits dans un parcours de « dépassement de soi », elle concerne désormais autant le quidam que l'artiste, les malades en fin de vie que les itinérants, les militants que les hommes d'affaires; transformant tout un chacun en « héros ordinaire » devant surmonter des épreuves « sans fin » de construction de soi. Ce « mouvement de report sur l'individu de la tâche de se construire » (Soulet, 2008) entraînerait alors, comme le remarquent plusieurs auteurs, une montée structurelle de la vulnérabilité; qui est à entendre moins comme une fêlure cognitive ou comme une perte des repères (comme dans la conception d'un individualisme de déliaison), que comme une faille dans l'économie des règles sociales.

Autrement dit, nous sommes donc face à un processus structurel au sens propre du terme, interpellant l'ensemble des membres et des couches de la société, qui tous sont à la fois contraints, mais aussi de plus en plus désireux de singulariser; c'est-à-dire d'agir et se faire reconnaître comme des individus. Mais si le singularisme interpelle autant le quidam que l'artiste aujourd'hui, il témoigne de ce fait d'un processus structurel dont les conséquences et les effets (positifs et négatifs) sont inégalement distribués. Il met en œuvre de puissantes dynamiques sociales contradictoires et inégalitaires. Si les individus aujourd'hui sont à la fois désireux et sommés de se singulariser comme jamais auparavant, tous n'ont donc pas bien évidemment les mêmes chances de « réussir » leur singularité, comme le mentionne ainsi Castel (2009), notamment pour ceux n'ayant pas les supports nécessaires (santé, protections sociales, réseau social, etc.) pour endosser leur singularité, pouvant soit renforcer ou donner lieu à des nouveaux types de déclassement, d'exclusion, de stigmatisation divers (Roy et Châtel, 2008 ; Soulet, 2008 ; Castel, 2009 ; Otero, 2011b). Derrière ce constat d'une tension sociétale entre singularité et vulnérabilité,

se profile autrement dit une interrogation sous-jacente touchant à l'analyse de la structure sociale en termes d'inégalités sociales.

Une fois en effet installés sur une autre scène que celle de la déclinologie, reste à savoir si la mise en évidence du singularisme n'occulte pas les analyses attentives aux modes spécifiques d'existence des classes sociales et des formes de domination (Ion, 2005a). Comment penser la question de la reconduction, de la transformation ou du renforcement des inégalités sociales dans des « sociétés singularistes » (Martuccelli, 2010)? Kauffman (2007), par exemple, dans *L'invention de soi*, ouvre la question des inégalités sociales en évoquant l'idée que la contrainte de singularité— qu'il réduit en fait à une injonction de « quête identitaire » — s'imposerait moins aux couches « extrêmes » de la société, c'est-à-dire « modeste » et « supérieure », mais davantage aux couches intermédiaires, moyennes. Or, certains considèrent à l'opposé que les contraintes de masse du singularisme telles que l'autonomie et la responsabilisation pèsent d'un poids davantage considérable sur les couches les plus précaires de la société, dont les symptômes s'illustrent notamment par la montée plus ostentatoire de la souffrance ou de l'insécurité sociale chez certaines « populations dominées » (Renault, 2008; Murard, 2003; Castel, 2009).

Dans cette thèse, nous tentons de rendre compte que le singularisme— ou l'émergence de ce que nous appelons le décorum singulariste (transformation des institutions et des règles sociales)— met en scène *à la fois* des dynamiques de reconnaissance, de respect, de d'écoute et de dignité, *et* de reconduction d'inégalités sociales profondes et de longue durée, ouvrant un espace à la fois de *contraintes et de possibilités*. Ces dynamiques ambivalentes et complexes, nous les avons observées de manière empirique par le biais de l'observation des pratiques d'accompagnement auprès d'individus comme ceux de notre terrain aux prises avec un ensemble de vulnérabilités profondes et durables liées tout autant à la précarité, à la santé, qu'à des stigmatisations identitaires; où les demandes de reconnaissance, de respect, de

dignité, de personnalisation et de prise en compte de l'individualité des sujets, s'accompagnent autrement dit de manques importants en termes de supports à l'individuation tant matérielles que relationnelles. Les pratiques d'accompagnement dans ce terrain spécifique constituent ainsi un terrain favorable pour observer aujourd'hui ces dynamiques à la fois puissantes et contradictoires, à la fois habilitantes et contraignantes de la « société singulariste » (Martuccelli, 2010), dans la mesure où ces pratiques semblent être devenues le style de réponse privilégié pour encourager autant la « réussite » de la singularité que pour pallier ses failles, ses échecs, ses ratés, etc. À ce titre, dans le prochain chapitre, nous analysons certaines *grandes tendances* transversales aux discours et pratiques hétérogènes de la gestion des problèmes sociaux aujourd'hui, afin de mieux comprendre et mettre en lumière les nouvelles grammaires transversales et liantes entourant le « succès social » des pratiques d'accompagnement auprès des personnes vulnérables.

CHAPITRE II

DE LA PRISE EN CHARGE À L'ACCOMPAGNEMENT: GRAMMAIRES DE L'INTERVENTION, GRAMMAIRES DE LA VULNÉRABILITÉ

Jusqu'à récemment encore, il n'était guère question d'accompagnement dans la grammaire de l'intervention sociale. L'usage du terme moderne⁹ était surtout réservé à l'accompagnement spirituel des mourants (Le Bedouëc, 2003), dont la pratique remonterait au 17^e siècle sous l'égide des religieuses qui prêtaient une main bienveillante au chevet des mourants qui peuplaient l'enceinte de l'hôpital. En effet, jusqu'à la seconde moitié du 18^e siècle, l'hôpital n'était pas cette « machine à guérir » (Foucault *et al.*, 1995; Foucault, 1972), c'est-à-dire un lieu de soins médicaux curatifs tel qu'on le connaît aujourd'hui, mais bien un lieu d'assistance sociale, un refuge où malades, vieillards, fous, déshérités, orphelins, vagabonds, étaient rassemblés pêle-mêle dans une indifférence nosologique et sociale. Bien souvent, ceux et celles qui incarnaient ces personnes sans visage social, sinon celui de l'altérité radicale, y demeuraient à vie ou à très long terme et, pour cette raison notamment, la mort constituait une réalité ordinaire de cette forme d'institutionnalisation des problèmes sociaux. Dans l'histoire des soins palliatifs, c'est-à-dire dans l'histoire que cette discipline¹⁰ raconte sur elle-même, ses fondements reposeraient sur ces premiers gestes spontanés et humanistes d'accompagnement des mourants qui agonisaient seuls à l'intérieur des murs de l'hôpital. Vers la fin du 18^e siècle, alors que l'hôpital

⁹ Les sources antiques de l'accompagnement peuvent être associées à Homère qui, au temps de Platon, était un homme sans visage, un « surnom ». Homère, dont l'étymologie n'est pas claire, a été traduit par aveugle (qui doit avoir un guide pour faire route) ou otage (dont la vie dépend d'une situation ou d'une personne) jusqu'à ce qu'Aristote impose le mot compagnon (Paul, 2004 : 167).

¹⁰ Pour Castra (2003), les soins palliatifs sont devenus aujourd'hui une discipline à part entière, notamment à partir du moment où la fin de vie, vers la fin des années 1980, advient comme une catégorie médicale à part entière, appelant l'intervention de nouveaux acteurs (médecins, soignants et psychologues) autour d'un « nouveau sujet », le mourant.

effectue son « grand déblocage épistémologique et politique » (Foucault, 1963) pour prendre la forme telle qu'on la connaît aujourd'hui, on assiste à une séparation entre pauvres et malades, et entre malades curables et incurables dans des institutions de prise en charge séparées et spécialisées. Un ensemble d'établissements non confessionnels et privés s'est alors développé pour accompagner les mourants rejetés par les hôpitaux qui traitaient seulement des maladies curables. Si, à cette époque, la pratique d'accompagnement des mourants échappe ainsi partiellement à la tutelle bienveillante des religieuses, il aura néanmoins fallu attendre deux siècles pour que l'usage du terme ne soit plus confiné à l'imminence de la mort mais fasse florès dans une pluralité de domaines et de pratiques de la vie sociale.

2.1 Quand l'accompagnement n'en finit plus de se « décliner »

Aujourd'hui, le terme accompagnement semble s'immiscer partout où l'on exerce une forme de relation d'aide et d'intervention, quelle qu'en soit la nature (sociale, médicale, professionnelle, éducative, etc.). Sa prégnance semble à ce point importante que certains vont jusqu'à suggérer que les termes « aide » et « intervention » soient remplacés par celui d'accompagnement (Le Bouëdec, 2003). Dans un ouvrage traitant de la *Méthodologie de l'intervention en travail social*, on peut lire une classification historique des termes utilisés pour décrire l'action du travail social : l'assistance au XIXe siècle, l'aide et la protection entre 1904 et 1930, le suivi, entre 1930 et 1945, la prise en charge, entre 1946 et 1970, l'approche globale, l'intervention, entre 1970 et 1985. Le terme « accompagnement » apparaît, quant à lui, entre 1985 et 1995, « et il n'a pas cessé de faire son chemin dans le vocabulaire des travailleurs sociaux » (Robertis, 2007).

Or, l'usage du terme accompagnement pour décrire le style d'action déployée n'est pas le fait que des travailleurs sociaux, mais aussi d'une foule de professionnels aidants qui se situent, pour la plupart, en dehors ou dans les failles des chemins

habituellement balisés par une discipline reconnue, telle que la psychologie, la médecine, le travail social (Paul, 2004), et qui interviennent sur des finalités tout aussi diverses qu'accéder au logement, surmonter les difficultés scolaires ou en emploi, sortir de l'itinérance, mourir dans la dignité, etc. (Gagnon, 2010). Il semble également que l'accompagnement rejoigne autant les figures concrètes de la réussite et de la performance sociale (hommes d'affaires, professionnels, sportifs de haut niveau, etc.) que celles tout aussi concrètes de l'insuffisance sociale et des malheurs individuels : chômeurs, jeunes en difficulté, personnes âgées, personnes aux prises avec un handicap, victimes de traumatismes, personnes en fin de vie, sortants de prison, sans abri, etc. Ainsi donc, si on assiste, selon Dubet (2002), à un « déclin de l'institution », il semble en revanche que « l'accompagnement n'en finisse plus de se décliner auprès des différentes populations et dans de multiples dispositifs » (Vranken et Macquet, 2006: 164). L'accompagnement viendrait s'insérer dans les failles du déclin de l'institution.

Comment expliquer ce « succès social »? Comment expliquer la popularité d'un terme aussi discret, mineur et a priori sans importance, et dont les origines remonteraient à une période « obscure », avant la formation des disciplines (telles que la médecine, la psychologie, la sociologie, etc.) et des États sociaux modernes ? La sémantique multiforme de l'accompagnement consiste-t-elle en une simple inventivité de la langue, ou traduit-elle quelque chose de la consistance du social dans laquelle toute langue à la fois s'inscrit et agit? Certes, les actes ne se font pas qu'avec des mots. Ces derniers ne sauraient traduire à eux seuls toute la richesse, toutes les nuances des gestes qui cultivent et travaillent, souvent indépendamment, le sol concret où ils prennent forme et se transforment. Mais on aurait certainement tort de ne pas prendre au sérieux la fortune des mots sous prétexte qu'ils ne sont que jeux de langage ou simple reflets de la réalité. Les mots, comme le dit Fassin, non seulement décrivent la réalité en cours, mais ont aussi une valeur performative :

une fois énoncés, les mots eux-mêmes deviennent des actes- qui plus est des actes qui produisent des effets sociaux. Ces mots servent à désigner des individus ou des groupes, à qualifier des problèmes et des instruments pour les mesurer, à énoncer des solutions et les méthodes pour les évaluer, en somme à penser l'action publique, ses objets, ses destinataires (Fassin, 2004 : 7).

Mais curieusement, cette prolifération du terme accompagnement semble avoir pris tout le monde de court. Comme si, du jour au lendemain, on faisait face à un terme permettant de décrire des réalités qu'on n'envisage plus pouvoir nommer autrement, au point de se demander comment c'était possible auparavant de ne pas parler d'accompagnement. Ce consensus qui entoure l'usage du terme chez les acteurs « aidants » se double pourtant d'une interrogation sur sa définition. L'une des premières caractéristiques évoquées pour décrire l'accompagnement semble, en effet, être l'imprécision de sa définition, tout comme l'élasticité de son usage. À cet égard, l'Uniopss¹¹, dans son « Guide de l'accompagnement social » précise que l'accompagnement n'est

Ni tout à fait concept, ni tout à fait métaphore, mais plutôt un *mot-éponge*, en ce sens qu'il permet de désigner des pratiques diversifiées, de les porter, de les absorber ou de les exprimer au gré des contextes. Son utilité ne réside pas dans la précision de la définition ou dans la rigueur de son usage, mais bien plutôt dans la capacité à rassembler une multitude de pratiques, d'usages sociaux en tout genre (Uniopss, 1995a 27)

Un peu plus loin dans ce guide, on mentionne que l'accompagnement est une «une démarche transversale qui ne peut se réduire aux leviers sur lesquels il s'appuie» (Uniopss, 1995a : 29). On considère, dans cette optique, que « c'est une manière d'élargir les champs possibles des interventions, par un refus des frontières administratives ou réglementaires, qui limiteraient a priori la relation à un domaine particulier » (idem). Mot-éponge, l'accompagnement laisserait ainsi entrevoir une

¹¹ Union interfédérale des œuvres et organismes privés sanitaires et sociaux (France).

dynamique d'action transversale qui ne peut se réduire à une institution ou à un domaine de pratiques. De plus, on accorde à l'accompagnement une fonction de discours-repoussoir, c'est-à-dire de discours qui permettrait, en quelque sorte, de dire ce qui ne peut plus être dit comme avant, comme si son usage s'inscrivait dans l'entre-deux des grammaires ou des formes sociales afin de décrire une réalité changeante, en train de se métamorphoser. Comme le montre Paul (2004), qui a réalisé une analyse de discours sur l'accompagnement en s'appuyant sur des entretiens effectués avec des accompagnateurs appartenant à une douzaine de domaines¹² d'intervention qui se réclament d'une telle étiquette, elle conclut que :

[l'accompagnement] sert à dire ce qui ne peut plus être cautionné, ce qui est devenu caduc, dépassé, obsolète, ce qui a fait son temps, ce contre quoi on se positionne. Ce discours est représentatif d'un temps de crise où quelque chose doit ou est entrain d'arriver, temps où la rupture avec ce que l'on repousse n'est pas encore consommé et où l'on voit s'affronter plutôt que s'affirmer des modes de pensée [...] il est un temps de déplacement des appuis, déplacement des acquis sur lesquels portent la pensée et l'action, un temps de passage où se mêlent l'ancien et le nouveau, et un temps de choix quant à une posture, un positionnement (Paul, 2004: 82).

Transversale, irréductible aux leviers sur lesquels elle s'appuie, permettant de décrire de l'hétérogène, du dit aussi bien que du non-dit, la dynamique de l'accompagnement semble à tout point de vue s'apparenter à une « logique dispositive » (Foucart, 2009; Ravon, 2005), notamment si l'on se fie à la définition de Foucault du dispositif :

¹² Dont, entre autres, l'accompagnement scolaire, l'accompagnement et soins en situation de thérapie, suivi et orientation en formation, accompagnement et validation des acquis en université, accompagnement en formation-insertion, accompagnement et travail social en centre d'alcoologie ambulatoire, accompagnement et psychothérapie en exercice libéral, accompagnement de cadres ou coaching en entreprise, accompagnement en formation continue dans le secteur socio-éducatif, accompagnement dans le cadre d'une direction de thèse à l'université, accompagnement de la fin de vie en bénévolat.

Un ensemble résolument hétérogène, comportant des discours et des institutions, des aménagements architecturaux, des mesures administratives, des énoncés scientifiques, des propositions philosophiques, morales, philanthropiques. Bref, du dit, aussi bien que du non-dit. Le dispositif lui-même, c'est le réseau que l'on peut établir entre ces éléments » (Foucault, 1977 : 299).

D'autres auteurs contemporains ajoutent que le dispositif doit être pensé comme un « concept de l'entre-deux », c'est-à-dire qui véhicule une « logique de gestion du changement » (Foucart, 2009 : 14). Dans cette optique, l'accompagnement semble nous dire quelque chose des dynamiques en cours issues de la tension entre l'empreinte croissante du décorum singulariste sur les pratiques et les discours, et l'épuisement ou l'invalidation des formes sociales issues du décorum antérieur. Au centre de cette tension et de ses failles, prennent forme des dispositifs d'accompagnement véhiculant *d'autres* articulations, d'autres formes d'intervention, d'autres façon de faire et de nommer, bref d'autres grammaires d'action qui s'éprouvent, s'affrontent, s'expérimentent, se cultivent en marge des grandes institutions, mais qui tentent, en définitive, de gérer de manière efficace, et dans une pluralité de domaines, les mutations qui ont cours. Dans cet esprit, certains vont jusqu'à parler aujourd'hui de la montée d'une « société d'accompagnement » (Gagnon, 2010), ou encore de proposer le terme « État-accompagnement » pour remplacer celui d'État-providence (Guérin, 2010). Sans être nécessairement en accord avec ces propositions, on peut affirmer néanmoins avec eux que l'accompagnement exprime une dynamique centrale au singularisme qui a cours, à savoir que le « travail de la société » (avec ses institutions, ses règles) pour « faire tenir » aujourd'hui est conçu moins comme une « prise en charge » que comme un « accompagnement » des individus.

Selon la définition classique, accompagner c'est se joindre à quelqu'un pour aller où il va, en même temps que lui, c'est « être-là avec l'autre »; être avec, à côté de

l'autre et non à sa place (Abels, 1998). Astier (2007) considère dans cette perspective que l'accompagnement consitue une métaphore exemplaire pour exprimer la manière dont la société aujourd'hui, au moyen de ses normes et institutions, « travaille avec » plutôt que « sur » autrui. La « société » aujourd'hui ne fait plus à la place de, ne prend plus en charge, mais « travaille avec » autrui; l'accompagne pour lui permettre de se réaliser et de s'accomplir, de se former et de se maintenir lui-même en santé; pour le supporter dans des épreuves difficiles qu'il doit affronter de manière autonome et en assumer la responsabilité; pour augmenter ses capacités ou ses potentialités, comme dirait Sen (1995). La « société » l'accompagne, met en œuvre un ensemble de modes de conduites et de croyances (institutionnalisées) qui permettent à l'individu d'exprimer sa singularité, à la fois par souci de reconnaissance *et* de conformité (Otero, 2011b). Pour Astier (2007), toujours, cette dynamique du « *travail avec* » (plutôt que du « travail sur ») que sous-tend l'accompagnement, et qui traverse aujourd'hui de manière transversale une diversité de domaines de relations d'aide, incarnerait le passage d'une figure de régulation passive (propre au « travail sur ») à une figure « active », où « être discipliné aujourd'hui, tel qu'elle le mentionne, consisterait à se produire » (Astier, 2007 : 129). Il s'agirait alors :

De parvenir à inciter [l'individu] à agir, à le solliciter, à mobiliser ses ressources, ses désirs, sa sensibilité, ses affects afin qu'il se prenne en charge lui-même... la nouvelle normativité est active. Il ne s'agit plus de faire rentrer les individus dans des rangs mais de les « faire faire » (Astier, 2007 : 129).

Qui dit accompagnement, semble vouloir dire aussi, en surimpression de cette normativité « active », une nouvelle contrainte à la mobilité sociale: « l'accompagnement veut dire cheminement, déplacement, passage d'une étape à l'autre d'un parcours » (Laurin, 2001 : 78). L'individu ne serait plus amené à « retrouver sa place », assignée d'avance, mais à « re-faire sa place », contraint de plus en plus à devenir l'auteur de sa trajectoire, et, dès lors, de « cheminer » de manière adapté dans des terrains mobiles où les environnements, les rôles et les voies pour

«faire sa place» ne sont plus aussi clairement balisés qu'hier, ou demandent du moins un travail d'adaptation constant et à toujours à refaire. Dans cette optique, certains auteurs évoquent l'idée de la montée d'une société du «travail sur soi» (Vranken et Macquet, 2006), car les individus, inscrits désormais dans cette mobilité incessante de parcours, sont enjoins, pour faire leur place, à faire «un travail permanent sur leurs propres comportements et sur eux-mêmes» (Vranken et Macquet, 2006 : 4-6).

Or, comme le précisent justement ces auteurs, le travail sur soi, «ce travail sur lui-même, l'individu ne l'accomplirait pas seul» (Vranken et Macquet, 2006 : 4), mais serait accompagné, aujourd'hui, par un ensemble de professionnels du travail sur soi ou, autrement dit, de dispositifs d'accompagnement (composés de personnes, d'organisations, de techniques, d'aménagements divers.). Ces derniers ne visent ainsi moins à prendre en charge les individus que de les «faire faire» en sollicitant leur implication et leur participation dans leur propre redressement, soins, épanouissement, rattrapage, développement, amélioration, bonheur, etc. Mais, tenter de faire de chaque personne l'auteur de sa vie et de sa trajectoire, «un travailleur de sa relation à soi et aux autres» (Vranken et Macquet, 2006 : 6) suppose de se concevoir et de concevoir l'autre autrement comme sujet et d'en appeler ainsi à d'autres modalités d'action, notamment de formuler des styles de réponses adaptées aux nouveaux malheurs, problèmes, obstacles, bref aux «failles des règles de l'individualité contemporaine» (Otero, 2003). Ces failles dans la normativité sociale sont moins liés à la culpabilité et à la transgression de l'interdit, mais plutôt aux pathologies sociales massives de l'autonomie et de responsabilisation (Ehrenberg, 1998) : où l'individu, quel que soit son statut ou sa condition sociale inégalitaire, fait désormais face à des problèmes d'insuffisance et d'«in-capacitation»¹³, pour

¹³ Cette formule renvoie à la traduction du terme anglais «Incapabilities» dans la foulée des écrits de l'économiste Sen (1995) ayant revisité la conception des inégalités sociales en termes de distribution des capacités personnelles.

reprendre une expression contemporaine, à devenir lui-même. Insuffisances à agir en son nom, incapacités à répondre de soi, difficultés à disposer de soi-même, etc., l'individu doit surmonter ainsi aujourd'hui une série « d'épreuves de soi » (Martuccelli, 2006) au quotidien. Le singularisme implique autrement dit des dynamiques sociales tissées non seulement de possibilités, mais aussi de contraintes vécues la plupart du temps individuellement et de combats livrés la plupart du temps à « l'intérieur de soi » sous forme de vulnérabilité diverses, allant de la souffrance, à la fatigue, aux usures professionnelles, etc.

Pour Soulet (2008 :67), « ce mouvement d'ensemble de report sur l'individu de la tâche de se construire [...] s'accompagne logiquement d'une remontée de la vulnérabilité à entendre en termes d'inachèvement ou d'incomplétude du sujet ». Cette socialité qui tend à produire des « épreuves sans fin » de construction de soi auxquelles sont soumis les individus contemporains requiert alors un ensemble de « techniques de soi » ou d'accompagnement pour faire face aux exigences et aux « failles de l'individualité contemporaine » (Otero, 2003). Être un individu aujourd'hui, comme le remarque Ehrenberg, « c'est de l'autonomie accompagnée de multiples manières, à différentes étapes de la vie » (1995 : 305). Le style de réponses à ce « style » de problèmes contemporains de la personne (vulnérabilités individuelles), prendrait ainsi de plus en plus la forme d'un accompagnement, non pas pour « prendre en charge » l'individu (à l'image de la socialisation), mais pour « l'accompagner » dans les méandres et les aléas que ces épreuves de soi contemporaines tracent dans sa trajectoire individuelle : le « coacher », le supporter, le soutenir, travailler *avec* lui, non pour faire à sa place, mais pour qu'il trouve sa place sur les voies de la singularité. Ce style de réponses aux problèmes de la personne qui prennent ainsi la forme d'un accompagnement se déploie aujourd'hui à travers des voies multiples, où des produits, des personnes ou des organismes en sont le support, mais qui, malgré leur hétérogénéité, tendent à se référer à une même

règle : « produire une individualité susceptible d'agir par elle-même » (Ehrenberg 1998 : 28).

S'éloignant des confins de la mort, où l'idée d'accompagnement fut jusqu'ici confinée, et mobilisant une foule de professionnels accompagnants souvent en dehors des chemins habituellement balisés par une discipline (psychologie, médecine, travail social, etc.), comme nous le verrons avec notre terrain d'enquête, toute une « industrie » d'accompagnement voit le jour, visant à accroître la dignité et le pouvoir des individus sur eux-mêmes, à les doter de capacités et d'outils pour en faire des êtres autonome et responsables, à les écouter, à les soutenir, à les encourager, à les « coacher » lorsque les épreuves auxquelles ils sont confrontés affectent leur trajectoire d'individuation. Bref, à déployer un ensemble de « techniques de soi » (Foucault, 1982) destinées avant tout à fournir aux individus des « équipements de solidification ou d'intensification du soi » (Soulet, 2008) qui leur permettent de se constituer eux-mêmes comme sujet de leur propre redressement, amélioration, modification, etc. Les individus qui « forment » des demandes d'accompagnement aujourd'hui ne sont plus les patients de Freud rongés par la culpabilité, marqués par des « états mentaux » nécessitant d'être analysés indéfiniment, ou les agents de l'Histoire incorporés dans des « états sociaux » permanents requérant un arrachement radical du milieu. Mais des « héros ordinaires », allant de l'élite au quidam, confrontés à la « fatigue d'être soi » (Ehrenberg, 1998); à des épreuves temporaires qui requièrent d'être accompagnés souvent à court terme, de différentes manières, et à différents moments de leur parcours d'individuation.

2.2 De la prise en charge des « populations problématiques » à l'accompagnement des vulnérabilités individuelles

Dans le domaine de la gestion sociale des « problèmes sociaux », c'est-à-dire relatif à la gestion de différentes formes de déviances, marginalités, exclusions,

dysfonctionnements sociaux de toutes sortes (telles que l'itinérance, la toxicomanie, la folie, le sida, etc.) — laquelle gestion constitue une préoccupation centrale pour les sociétés libérales autant pour le maintien pacifié de l'ordre social, que pour le respect des valeurs démocratiques — l'entrée dans des sociétés marquées par un décorum singulariste signale de profondes transformations non seulement des formes d'intervention qui leurs sont destinées, mais aussi des figures des sujets qui les incarnent.

Du côté de l'intervention sociale, on peut dire, d'une part, que les approches de masses ou en d'autres termes les institutions de *prise en charge* complètent qui enferment, qui « mortifient fatalement » la personnalité, qui « dénaturent l'autonomie » des sujets, pour reprendre certaines expressions de Goffman (1968) à propos des institutions totales, semblent aujourd'hui en grande partie épuisées ou du moins, grandement disqualifiées. Mais à une époque pas si lointaine, comme le mentionne Laurin (2001), « où on ne parlait pas encore d'accompagner les personnes en difficulté, on s'occupait d'elles néanmoins d'une autre manière. En général, on les prenait en charge, une expression qui fait frémir aujourd'hui parce qu'elle évoque le contraire de la liberté et de l'autonomie » (Laurin, 2001 : 72). Ce *style* de réponses aux problèmes sociaux, né dans les soubresauts de la modernité et qui s'est maintenu relativement tel quel jusqu'au milieu du 20^e siècle, avait cours dans différentes institutions publiques ou privées et consistait principalement « à retirer les personnes de leur milieu immédiat pour les placer, temporairement ou définitivement, dans des établissements spécialisés ayant pour fonction de les héberger, les protéger, les surveiller, les soigner et dans certains cas de les éduquer ou de les redresser » (Laurin, 2001 : 72). La description que fait la sociologue Nicole Laurin de ce style de réponses aux problèmes sociaux propre au paysage québécois est éloquent, et montre comment cette forme de régulation unissait de manière co-dépendante les sujets problématiques et les personnes responsables de leur prise en charge :

Un peu partout dans les villes et les villages du Québec, des vieux édifices de pierres ou de briques généralement surmontés d'un clocher racontent l'histoire de ce mode de gestion de l'assistance. Des dizaines, des centaines de pensionnats, hospices, hôpitaux psychiatriques, orphelins, crèches, maisons de redressement, refuges pour mères célibataires, maisons pour les aveugles, pour les sourds-muets, pour les infirmes... Toute leur existence se déroule entre les murs de l'établissement, leur vie y est organisée, planifiée, réglementée jusque dans les moindres détails. Les personnes responsables de cette prise en charge sont présentes à leurs côtés 24 heures par jour et 365 jours par année. En effet, ceux et celles qui gardent, surveillent, soignent sont enfermés avec ceux et celles qui leurs sont confiés. Ensemble, ils forment une collectivité, une microsociété plus ou moins autarcique (Laurin, 2001 : 72).

Ces institutions de prise en charge « totale » de la personne— allant de ses besoins primaires à l'expression complète de son identité— furent largement contestée dans la « décennie de la critique » (dans les années 1960-1970), au moment où les questions relatives à la subjectivité commençaient à devenir des enjeux débattus sur la place publique, comme nous l'avons mentionné dans le chapitre I. Le caractère autoritaire, contrôlant, fermé de ce style de réponse fut largement mis en cause, désigné à tout point de vue comme répressif, voire violent et inhumain. Cette critique à l'endroit des institutions de prise en charge se cristallisa de la manière la plus visible dans la contestation de l'asile, mais elle faisait tout autant écho à la critique qui sévissait dans la socialité « ordinaire », soit la critique de l'étouffoir des institutions de socialisation telles que l'école, la famille, l'Église, le parti etc., dont mai 68 représente le marqueur symbolique, comme nous l'avons abordé dans le chapitre I. Cette nouvelle grammaire de la critique prenait forme dans un contexte où les grilles de lecture marxistes et fonctionnalistes ne parvenaient plus à traduire le déplacement (et non la disparition) des conflits qui s'opéraient; lesquels conflits ne semblaient plus pouvoir être réduits à une lutte des classes ou à une question d'exploitation économique, sinon qu'au prix d'une entorse idéologique (Castel, 1981). Les « institutions intermédiaires de la régulation sociale » (Laurin, 1999), lieux par excellence où pouvaient s'observer ce déplacement des conflits, ont alors

été propulsées à l'avant-scène, alors qu'elles avaient été jusque là reléguées aux poubelles de l'Histoire :

Marx à peine disparu et déjà de son vivant, l'institution fait retour en force : asilaire, pénitentiaire, scolaire, hospitalière, conjugale, familiale, religieuse, industrielle, militaire [qui] nourrit, soigne, socialise, normalise, assiste, discipline, police, gouverne, surveille, punit, confesse, forme et réforme du berceau à la tombe[...] Les États, les églises, les entreprises, les spécialistes de diverses sciences médicales ou sociales, les associations philanthropiques, hygiénistes, morales et bien d'autres s'emploient à fixer, encadrer, organiser les masses (Laurin, 1999 : 6).

Les institutions de socialisation « ordinaires », tel que l'école, le parti, la famille, l'église, etc. entraient ainsi en correspondance étroite avec celles vouées à la gestion des sujets considérés comme socialement problématiques, les deux étant moulées sur la forme de la « prise en charge » et ses grammaires d'action : c'est-à-dire où l'individu (et sa singularité) était conçu comme littéralement pris en charge, défini strictement par les liens qui le rattachaient à un statut, à une place assignée d'avance dans des groupes d'appartenances à la fois objectives et collectives, tels que la famille, la localité, la classe, la profession, la religion et autres. Dans l'horizon de ce décorum social « total », les sujets qui incarnaient les coordonnées anthropologiques des « problèmes sociaux », c'est-à-dire des déviations et des dysfonctionnements de l'ordre social, devaient alors être retirés de leur milieu afin d'être littéralement pris en charge par des établissements de garde séparés, « parce qu'ils [étaient] précisément hors norme et susceptibles de nuire à l'intérêt du groupe, en causant du désordre ou du scandale, ou parce qu'ils [représentaient] un poids trop lourd » (Laurin, 2001 : 72). En revanche, comme le mentionne encore Laurin, « le gîte et le couvert [leur] sont assurés, la stabilité et la sécurité et s'il y a lieu, les soins particuliers que requiert [leur] état » (idem). Dans cette figure de la régulation des problèmes sociaux (propre au décorum « total ») on peut dire que la « société » était conçue comme un ordre où régnait principalement une « dynamique disjonctive »

entre les êtres et les choses (Genard et Cantelli, 2008) : c'est-à-dire un ordre fait de coupures, de limites, de frontières, de barrières *radicales* entre les êtres (les déviants vs les normaux, etc.), mais aussi entre les choses (dispositifs sociaux incarnant cette dynamique disjonctive, telles que les institutions de prise en charge destinées strictement « à la part sombre » ou l'envers radical de la société, comme la maladie, la folie, le non-travail, etc.).

Mais, à partir de la deuxième moitié du 20^e siècle, le mouvement visible de démantèlement des murs de l'asile et de leur ouverture sur la communauté, loin de concerner uniquement le visage du fou devenu « malade comme les autres » et « citoyen ordinaire », signalait plus largement le début de transformations profondes dans la forme sociale de la régulation, où l'on passera progressivement de la prise en charge à l'accompagnement : mutation exprimant non seulement, tel qu'on l'a vu, le passage d'une dynamique passive à une dynamique active de la normativité, mais aussi, et de manière liée, d'une dynamique « disjonctive » à une dynamique « conjonctive » (Genard et Cantelli, 2008). De manière liée, car se singulariser c'est tenter précisément de sortir des cases ou des clôtures, et, par extension, de contribuer à créer de la jonction là où régnait l'ordre de la séparation et de la distinction radicale entre les individus et les puissantes dynamiques de différenciation sociale qui le constituaient (Vrancken et Macquett, 2006). Mais cette jonction, comme nous le verrons plus loin dans le cadre de notre enquête terrain, n'est pas pour autant synonyme d'un plus grand humanisme ou d'une dynamique entièrement positive. Si elle tend par exemple à assouplir les modalités de traitement des problèmes sociaux (déclin de l'enfermement par exemple), elle exige en revanche un travail massif des individus sur leurs propres comportements défaillants.

Le mouvement de démantèlement des murs de l'asile signalait, tout d'abord, l'amorce d'un réaménagement majeur du paysage concret de la gestion des problèmes sociaux par la mise en « réseau » de formes de traitement différenciées (Roy et

Morin, 2007) : mise en réseau comprenant autant des instances (établissements et formes d'aide) dites communautaires (ou alternatives), tant publiques que charitables, et composées d'un corps de professionnels laïques de médecins, enseignants, travailleurs sociaux, organisateurs communautaires, psychothérapeutes, infirmières de quartier, assistantes familiales, etc. À partir de la période de l'après-guerre, l'État intervient dans le domaine de la gestion sociale des problèmes sociaux en finançant (partiellement) les activités du réseau et en soumettant son organisation à certaines règles. Il contribua à «retirer» la majorité des personnes qui résidaient dans l'enceinte des murs afin qu'elles soient prises en charge par ladite communauté, c'est-à-dire par ces différentes instances (communautaires, publiques, charitables) intermédiaires et par les nouveaux professionnels laïques qui y travaillent.

Cette prise en charge par la « communauté » a, entre autres, contribué à ce que la « population générale », nouvellement constituée comme telle à titre de bénéficiaire (ou de clients) des politiques assistantielles ou de rattrapage (dispositions collectives dans le domaine de la santé, de l'éducation, de la protection de revenus pour pallier les inégalités sociales)¹⁴, et la population de « bénéficiaires potentiels » reconnaissent non seulement la valeur de l'expérience professionnelle et de l'expertise comme remède aux malheurs collectifs (Swaan, 1995 : 303), mais aussi la pertinence de la définition de problèmes sociaux au sein de catégories nettement

¹⁴ On assiste en effet à la mise en place d'un vaste système public de « couvertures de masse » dans la période d'après-guerre, où les dépenses sociales ont été investies dans le sens d'une inclusion de la majorité des citoyens dans des systèmes de protection collective (soins de santé, protection de revenus, assistance sociale), contribuant à modifier le style de réponses aux malheurs de masse. Le secteur des soins de santé dans cette période est marqué par la croissance de la pratique médicale (curative) dans les hôpitaux, remplaçant en grande partie la médecine hygiénique (centrée sur les épidémies et l'hygiène publique) des années précédentes, et un nombre croissant d'individus demandant, avec la mise sur pied des programmes d'assurance-maladie, une intervention médicale pour des maux de plus en plus variés et reçoivent des services de plus en plus élaborés. Dans le champ social, on assiste, avec la mise sur pied des programmes de sécurité sociale (assurance chômage, salaire minimum, aide sociale, allocations familiales et pensions de vieillesse), à la croissance du nombre de personnes protégées et à l'élargissement des risques couverts (Mayer, 2002 : 64).

définies en « populations » (plutôt que de renvoyer à l'unité de la classe ouvrière, de la question sociale, voire de la pauvreté).

À partir des années 1970, on assiste dans cette perspective à l'amorce d'un modèle de représentation et d'organisation des problèmes sociaux selon lequel ces derniers seront désormais définis et gérés principalement en termes de « populations problématiques » ou de « groupes-cibles ». Si, à l'époque, l'État centralise l'administration des services de santé et des services sociaux et met sur pied un système de protections sociales fondé sur la notion de droits en abolissant les « vieux » programmes d'assistance fondés sur la notion de charité (Mayer, 2002 : 219), le paysage de sous-traitance de ce système de couvertures de masse prendra néanmoins la forme d'un travail patient de catégorisation, voire de fabrication des populations problématiques (ou de groupe-cibles) : catégorisation qui se fera majoritairement en fonction de problématiques dites spécifiques (toxicomanie, violence, itinérance, santé mentale, sida, etc.), autour desquelles s'articulent habituellement le partage des tâches spécifiques aux organismes du réseau (organismes en toxicomanie, en itinérance, en santé mentale, etc.), ainsi que les programmes politiques (recherches, enveloppes budgétaires, partenariats, etc.) et leurs priorités spécifiques.

Cette fabrication de « populations problématiques » ou de « groupes-cibles » est devenue particulièrement cruciale, comme le mentionne Mayer (2002), vers le milieu des années 1970, alors que l'État est confronté à une crise fiscale importante qui provoqua une concurrence des services publiques (les dépenses sociales étant réduites, il se verra dans « l'obligation » de choisir entre le système social, l'éducation, la santé, etc.). Il prendra l'initiative de définir, à partir d'indicateurs sociaux (notamment à l'aide des statistiques sociales), des groupes d'individus spécifiques (populations), afin d'évaluer ses priorités et d'élaborer des stratégies

d'action spécifiques (aides dirigées, par exemple, vers les segments les plus défavorisés de la population).

Ainsi, à l'ombre du système de couvertures de masse, la définition et l'organisation des « populations problématiques » a pris une importance capitale pour le fonctionnement de la régulation sociale. Aujourd'hui, toutefois, comme nous le verrons avec l'analyse de notre terrain (chapitre VI), ce modèle de régulation axé sur une approche populationnelle tend à entrer en tension avec les nouvelles dynamiques de classement et d'organisation liées aux injonctions massives de singularisation; alors que les individus sont appelés à se singulariser souvent en dépit ou au-delà des caractéristiques « groupales » ou des positions statutaires qui les relient (et les séparent) aux autres. De plus, le système de « couvertures de masse » (politiques assistantielles ou de rattrapage) qui vont de pair avec cette approche populationnelle tend à entrer en tension avec les nouveaux besoins de protection des malheurs liés à la singularisation des modes de vie. Ce sont moins en effet des populations qui demandent à ce que leurs malheurs et difficultés soient pris en charge par des formes de protections collectives et objectives, que des individus qui demandent d'être accompagnés dans leur parcours de singularisation (parcours constitué d'épreuves individuelles et subjectives), ce qui en appelle à des formes de protections distinctes des premières, notamment pour les individus les plus vulnérables de la société. Ces autres formes de protection, que nous avons désignées comme des « couveuses » (plutôt que couvertures) (chapitre VI) en reprenant le terme de Sloterdijk (2000; 2006), s'expérimentent, s'éprouvent, se cultivent aujourd'hui à l'ombre de ce système des grandes couvertures de masse, dans des espaces ou des dispositifs marginaux, souvent d'avant-garde, de la même façon qu'hier dans la « quiétude » des institutions totales ou disciplinaires s'expérimentaient, s'éprouvaient, se cultivaient les technologies politiques mineures qui allaient mener à l'organisation des politiques sociales providentielles (Foucault, 1975).

Le brouillage croissant entre singularité et sphère publique (Martuccelli, 2010; Ehrenberg, 1995; 1998) rend plus complexe, ou du moins nécessite l'ajustement de l'exercice de la régulation autrefois basée sur cette distinction, demandant d'autres articulations où les limites, frontières et lignes de démarcations radicales s'estompent pour laisser davantage la place à un « continuum » entre les êtres et les choses (Genard et Cantelli, 2008). En effet, l'altérité radicale des visages incarnant autrefois ceux des problèmes sociaux tend à s'estomper aujourd'hui dans l'horizon du décorum singulariste, dans la mesure où tout un chacun, allant de l'itinérant à l'artiste, est amené à se concevoir, à être reconnu, traité, respecté, etc. souvent en dépit des « cases sociologiques », des ancrages statutaires qui le concernent, (Martuccelli, 2010) comme un individu. Les coordonnées anthropologiques contemporaines du « sujet problématique » qui émergent dans ce contexte sont alors celles avant tout d'un sujet individuel « vulnérable », car la vulnérabilité présuppose moins une dynamique disjonctive que conjonctive : « la vulnérabilité est un concept sans contraire, marquant le fait que l'on ne pense plus dès lors à la fracture entre eux et nous, mais plutôt à la potentialité commune inégalement répartie », comme le souligne Soulet (2008 : 66).

Cette retraduction dans l'horizon du décorum singulariste des populations problématiques en vulnérabilités individuelles sous-tend à la fois des dynamiques inclusives, où le « fou », le malade, l'itinérant, le toxicomanes, etc. tendent à être appréhendés, respectés, reconnus aujourd'hui « comme tout le monde » ; c'est-à-dire comme des individus appelés, comme tout le monde, à se « singulariser », et à la fois des dynamiques sociales inégalitaires où les injonctions telles que l'autonomie et la responsabilisation, tendent à s'imposer à tous et chacun sans tenir compte des positions statutaires inégales. L'avènement de ces « vulnérabilités individuelles » dans le paysage de la régulation des problèmes sociaux tend de plus à aller de pair non seulement avec les transformations des formes d'autorité qui ne reposent plus, sinon exceptionnellement, sur la force, la violence, l'inhibition, l'humiliation, mais

également avec la croissance d'une injonction à la mobilité et à la flexibilité des parcours d'aide, où les sujets, quelle que soit leur vulnérabilité spécifique (itinérance, santé mentale, toxicomanie, etc.), sont enjoint, souvent par souci de dignité et de reconnaissance, à « sortir » d'une façon ou d'une autre d'une situation passive ou de dépendance face aux dispositifs qui les gèrent (qui les soignent, abritent, nourrissent, etc.). Cette « activation » des parcours d'aide tend à exiger une adaptation soutenue de la part des sujets à des environnements d'aide changeants (Otero, 2003), dans la mesure où toute forme d'« ancrage » aura tendance à être évaluée comme rédhibitoire, l'intervention étant considérée de plus en plus comme un échec dès lors qu'elle s'installe dans la durée (Genard, 2009). Ces injonctions à la mobilité et à la flexibilité des parcours d'aide sous-tendent un réaménagement concret du réseau ou de la « communauté des vulnérables » : d'un côté on assiste à l'invalidation, voire à l'épuisement des dispositifs de prise en charge (ils n'ont pas disparu, mais tendent à constituer aujourd'hui l'extrême du continuum) qui mettent en œuvre des mesures fermées, de longue durée et souvent considérées comme susceptibles de favoriser la dépendance et la passivité. D'un autre côté, on observe la prolifération d'un ensemble de dispositifs d'accompagnement qui sous-tendent des formes d'intervention à court ou à moyen-court terme, misant sur l'autonomie des personnes, leur capacité à se prendre elles-mêmes en charge, comme ceux que nous avons choisi d'observer pour notre enquête terrain.

En somme, si le passage de la prise en charge à l'accompagnement suppose, comme on vient de le voir, des dynamiques davantage conjonctives que disjonctives, davantage actives que passives, et qui impliquent certains processus de redéfinition des figures anthropologiques, politiques et organisationnelles peuplant l'univers de la gestion des problèmes sociaux, cela ne se fait pas au prix d'un effacement des conflits et des tensions, mais plutôt de leur déplacement et de leur transformation. Ce passage témoigne de la mutation du décorum social (transformations de l'esprit des institutions et des règles sociales), illustratives de la puissance du processus de

singularisme qui a cours et qui met en œuvre, on l'a mentionné, des dynamiques sociales à la fois contraignantes et habilitantes, à la fois égalitaires et inégalitaires, mais qui traversent en définitive, de part en part, les sociétés. Ce sont à ces dynamiques complexes que nous nous sommes intéressée pour l'étude de notre terrain d'enquête.

2. 3 Accompagner dans les limites de la vie sociale et biologique

Nous avons choisi plus précisément d'observer empiriquement deux dispositifs d'accompagnement, l'un s'adressant à des hommes sans-abri, et l'autre, à des hommes et des femmes gravement malades et/ou en fin de vie. Le premier, comme nous le verrons, est un dispositif d'accompagnement qui a été intégré, il y a quelques années, au sein du plus vieux refuge montréalais né au 19^e siècle et destiné à une clientèle masculine dite itinérante. Le second est un lieu d'hébergement et de soins palliatifs pour des personnes (hommes et femmes) atteintes du VIH/Sida, mourantes et/ou gravement malades (en fin de vie) . Nous avons donc choisi de mener de front une enquête sur deux terrains habituellement tenus pour dissociés en raison de clientèles considérées distinctes, de problématiques perçues comme séparées, de lieux et finalités d'intervention classés séparément tant d'un point de vue historique, philosophique, qu'organisationnel, mais qui entrent, selon nous, en raisonnable profonde sous plusieurs points.

D'une part, nous l'avons dit, ces deux lieux d'enquête ont non seulement en commun de se désigner eux-mêmes comme des pratiques d'accompagnement, qui mettent en œuvre ou qui priorisent des modalités de traitement individualisées des vulnérabilités, mais aussi de s'adresser à des individus empiriques incarnant des figures concrètes de la vulnérabilité *extrême*. Dans les deux cas, les pratiques d'accompagnement se situent en effet aux limites de la vie, tant du point de vue biologique que social : les personnes qui incarnent ces figures-limites, comme nous

l'abordons plus en détail dans notre chapitre d'analyse (chapitre VI), sont confrontées de manière homologue à une réduction confondante de la survie biologique ou physique (surmortalité élevée chez les itinérants et mort certaine à terme pour les personnes malades en fin de vie; corps dans les deux cas extrêmement faibles ou diminués physiquement) et de la survie sociale (dans les deux cas, on fait face à des individus extrêmement isolés, ayant un réseau relationnel très réduit, voire absent, retirés de toute activité sociale significative, études, travail, loisirs, etc.). De plus, les deux dispositifs étudiés constituent, mais sans que nous le sachions au préalable de l'enquête, des « vases communicants » en termes de profils et de trajectoires d'aide, puisque 56% des résidents de la ressource d'hébergement VIH/Sida étaient sans-abri au moment d'y entrer en 2008 et 2009, et que la plupart d'entre eux ont soit épuisés ou sont disqualifiés des autres formes d'action possibles.

En choisissant ces deux figures extrêmes de la vulnérabilité, l'itinérance et la fin de vie, nous souhaitons interroger la manière dont les règles du décorum singulariste se nouent, s'expriment, se déploient concrètement dans des contextes où l'action semble à tout les niveaux (organisationnels, individuels, politiques, etc.) freinée, bloquée, chargée, paralysée, difficilement « mobilisable » ou « tombée en panne », c'est-à-dire *a priori* en porte-à-faux avec les dynamiques « actives » de la normativité contemporaine. Les personnes qui incarnent ces figures extrêmes de la vulnérabilité semblent à tout point de vue (physique, relationnel, financier, etc.) dépendantes des dispositifs qui les accompagnent en termes de subsistances de base (nourriture, hydratation, hygiène, etc.), de nécessités de soins, d'abri, de relations, etc. c'est-à-dire qu'elles entrent *a priori* en tension avec les demandes sociales massives d'autonomisation et de responsabilisation. Autrement dit, ces deux figures limites de l'itinérance et de la fin mettent *a priori* radicalement à l'épreuve la régulation contemporaine des conduites problématiques.

Nous avons donc cherché à dépasser l'écran du discours pour interroger concrètement, à partir de l'observation des pratiques d'accompagnement, la manière dont les nouvelles règles du singularisme se « nouent » avec la vulnérabilité extrême. Nous observons (chapitre IV et V) les stratégies d'action déployées par les intervenants et les organisations qui les soutiennent. Nous portons un regard sur les interactions, les relations, les situations, les processus de travail, les gestes, les façons de faire et de dire au quotidien. Nous tentons de mettre en lumière les codes et règles qui traversent les pratiques, les préceptes indispensables à une « bonne pratique » d'accompagnement, comment les acteurs « s'arrangent » au quotidien avec la vulnérabilité et l'accompagnement, etc. Nous portons une attention aux tensions, conflits, difficultés qui surviennent dans le cadre de l'intervention au quotidien auprès de personnes en grande vulnérabilité. Ces interrogations, menées avant tout à partir du terrain et non d'une théorie générale, permettent d'éclairer non seulement le quotidien de l'intervention dans ces lieux de « dernier recours », mais aussi de saisir comment les dynamiques du singularisme s'organisent, pragmatiquement, dans le cadre de l'intervention en contexte de vulnérabilité extrême. Comme le souligne Ion, l'intérêt des travaux de terrain aujourd'hui est de « permettre de fonder la réalité de cette nouvelle étape du processus d'individualisation, non pas à partir de théorie générale, mais sur la base d'enquête approfondie, mettant en évidence *d'autres* articulations entre le je et le nous » (Ion, 2005a : 30). La floraison des théorisations sociologiques et philosophiques sur les questions de l'individualisme constitue « un bon indice du nécessaire renouvellement des instruments d'appréhension du réel contemporain » (idem), ce qui ne peut l'économie d'une approche privilégiant les pratiques concrètes des individus et des sens que ces derniers accordent à leurs actions.

2.3.1 Petits arrangements avec la vulnérabilité extrême et la singularité : « vie moindre » et « couveuse »

Pour mieux saisir comment les dynamiques ambivalentes du décorum singulariste s'organisent pragmatiquement dans le cadre de la vulnérabilité extrême, il est nous est apparu nécessaire d'adopter avant tout deux perspectives essentielles. 1) La première, comme mentionné dans le chapitre I de cette thèse, nous incite à situer l'analyse sur une autre scène que celle de la « déclinologie », afin de mieux saisir l'étendue des dynamiques contemporaines qui tissent l'épaisseur *actuelle* des figures de l'itinérance et de la fin de vie, où mort sociale et mort biologique se croisent sans cesse. Depuis les trois dernières décennies environ, on peut dire que ces deux figures de la vulnérabilité extrême ont été les cibles d'un regain d'intérêt théorique après avoir été délaissées pendant plusieurs années. Les chercheurs et les acteurs du milieu (intervenants, politiques, etc.) les ont appréhendées les deux non seulement comme un « problème social » (traitement de la mort et de l'itinérance), mais aussi comme des « populations » (itinérants et mourants) en soi qui méritaient une attention et un traitement spécifiques. De plus, on peut dire, et sans minimiser l'apport fondamental des recherches pionnières sur ces questions (qui ont permis de ramener de telles figures sur l'échiquier théorique et politique au moment où très peu de personnes s'en souciaient), qu'elles ont constitué, jusqu'à récemment du moins, un terrain privilégié pour témoigner d'une manière ou d'une autre d'un « déclin »; comme des symptômes de la crise des mécanismes d'intégration sociale, d'un individualisme de déliaison, d'une désinstitutionnalisation, d'un affaiblissement des formes de solidarité modernes.

Dans le domaine de l'itinérance, on assiste, en effet, à une prolifération des écrits scientifiques sur la question au tournant des années 1990, alors que l'itinérance acquiert un statut officiel de « problème social ». Non seulement remarque-t-on à cette époque l'augmentation du nombre de personnes touchées par le phénomène,

notamment dans les grandes villes nord-américaines et européennes, mais on se rend également compte de la diversification des figures de l'itinérance, laquelle touche désormais les femmes et les plus jeunes (Roy et Hurtubise, 2007). De plus, l'itinérance apparaît, à plusieurs, comme une figure concrète de l'échec du mouvement de « désinstitutionnalisation » des hôpitaux, soit comme un échec de la « cure sociale » par la « communauté » à résorber les tendances les plus lourdes, voire « chroniques » (Lecomte, 1991). À cette transformation concrète de la figure de l'itinérance s'ajoute la nouvelle prégnance du concept de l'exclusion sociale qui permettait d'aborder l'itinérance autrement qu'avec les concepts marxistes ou fonctionnalistes de la déviance, qui ne parvenaient pas, avec leur appareillage analytique, à rendre compte de ce nouveau « problème social ». Sans reprendre ici le débat sur la pertinence ou non du concept d'exclusion sociale¹⁵, on peut dire que la popularité de ce dernier traduisait la montée de préoccupations communes devant l'émergence, dans la plupart des sociétés démocratiques libérales, de ce qui fut perçu comme une « nouvelle pauvreté »¹⁶ ou une « nouvelle question sociale »¹⁷. Serge Paugam considérait que, plus qu'un concept, l'exclusion sociale symbolisait surtout

¹⁵ Pour un résumé du contenu de ce débat, voir Roy, S. (2007).

¹⁶ C'est-à-dire une pauvreté que l'on considérait n'avoir plus de lien avec celle, « résiduelle », des Trente Glorieuses (Castel, 1994); non plus les « enfants oubliés de la croissance », mais ceux de la croissance même (Karsenti, 1996: 2). La « nouvelle pauvreté » faisait donc référence à une double croissance : croissance du nombre de personnes exclues du marché du travail qui, considérant leurs qualifications et leurs positions sociales antérieures, n'avaient pas de raison structurelle de pauvreté (Castel, 1994; Karsenti, 1996) et croissance de nouvelles populations (sans-domicile-fixe, chômeurs de longue durée, jeunes sans travail ou issues des banlieues françaises, familles monoparentales, immigrés sans statut, entre autres.) rejoignant celles traditionnellement visées par les services sociaux et les mesures d'aide sociale (Autès, 1995).

¹⁷ Par ce terme on faisait référence à l'expression utilisée au 19^e siècle à l'aube de la société industrielle, avant la conquête des droits sociaux et des régulations étatiques (Paugam, 1996: 8), pour désigner le problème de la paupérisation d'une fraction du peuple, sorte de « classe dangereuse » (Castel et Haroche, 2001) qu'on redoutait de voir grossir. Alors qu'on avait pensé éradiquer la « question sociale » avec la mise en place de l'État social, voilà donc qu'elle resurgit de nouveau un siècle plus tard pour qualifier cette « nouvelle pauvreté » de masse. C'est l'exclusion sociale qui est devenue la « nouvelle question sociale » par excellence (Castel, 1994; Rosanvallon, 1998). Si le paupérisme caractérisait l'entrée dans la société industrielle au 19^e siècle, l'exclusion traduisait celle de la « crise structurelle de ses fondements » (Paugam, 1996: 8) sociopolitiques et symbolisait, comme ce fut le cas au 19^e siècle, les principales menaces qui pesaient sur la cohésion du lien social.

«la naissance et la diffusion d'un [nouveau] paradigme sociétal » qui cristallisait ce à partir de quoi «la société prenait conscience d'elle-même et de ses dysfonctionnements » (1996 : 7). Avec l'exclusion sociale, c'est le thème de l'intégration de la société et le spectre de sa décomposition qui sont réapparus. Vue ainsi, l'itinérance paraissait comme être «la forme exemplaire d'exclusion sociale» (Roy, 1995), car plus que toute autre forme de pauvreté, elle symbolisait le dernier aboutissement d'un processus sociétal de désinstitutionnalisation, soit de désenclavement des mécanismes d'intégration sociale et de ruptures successives du lien social; processus envisagé sous l'angle individuel¹⁸ pour certains, ou structurel¹⁹ pour d'autres.

Les questions liées à la mort connurent quant à elles un regain d'intérêt chez les chercheurs en sciences sociales à partir de la décennie 1970-1980²⁰. Ce regain s'explique, comme pour l'itinérance, par certaines transformations concrètes (dans les sociétés occidentales) : notamment, le recul des pratiques religieuses dans l'encadrement de la mort, la diminution du taux de mortalité et le prolongement de la durée de vie, la transformation des causes de mortalité, des changements dans les critères techniques de détermination de la mort (mort cérébrale, par exemple) et dans les lieux du mourir (passant progressivement des familles aux institutions

¹⁸ Serge Paugam (1991) parle de disqualification. Il situe principalement la crise des mécanismes d'intégration sociale au niveau des logiques de désignation et d'étiquetage et de ses effets négatifs sur le plan identitaire, c'est-à-dire comment la société perçoit, traite et classe les individus qui ont recours à des formes «anormales» d'insertion sociale. Gaulejac et Leonnetti (1997) parlent de désinsertion pour qualifier la désintégration des cadres traditionnels d'insertion qui assuraient un sens à l'inégalité dans le contexte d'une lutte des classes. La « désinsertion » exprime l'idée des individus qui n'ont plus de repères et qui cherchent à lutter pour leur place et leur identité dans une société qui remet en cause leur existence en tant que sujets sociaux.

¹⁹ Castel (1994) restitue la crise du lien social au niveau d'une métamorphose de la société salariale. La désaffiliation demeure une des conséquences de la décomposition des réglages politiques qui avaient progressivement mené à la sécurité et la stabilité de la société salariale

²⁰ Après les travaux fondateurs d'Arnold Van Gennep (1909) et de Robert Hertz (1907) au début du 20^e siècle, les questions de la mort et du mourir tombèrent dans un relatif silence, notamment en France. On assista toutefois à un nouvel essor théorique aux États-Unis, dans les années 1960, sous l'impulsion des observations ethnographiques de Glaser et Strauss sur le mourir à l'hôpital (Castrat, 2003)

spécialisées) (Larouche, 1991). Mais, comme pour l'itinérance, la mort est surtout devenue un terrain fertile pour observer le déclin de l'intégration des sociétés. Historiens, sociologues et anthropologues aboutissent presque tous, à partir des années 1970, au constat d'un changement problématique dans le rapport social à la mort : la mort serait taboue, rejetée, refoulée, escamotée, niée, exclue²¹. C'est la société tout entière, la montée de l'individualisme et la perte des liens qui la caractérisent, qui sont amenés à occulter la mort et à escamoter le mourant. Chamboredon mentionnait à cet égard en 1976 que « le discours sur la mort est en passe de relayer ou de compléter le discours sur la culture de masse comme terrain d'expression de nostalgies et d'utopies sociales » (Chamboredon, 1976 : 665)²². Les thèmes de la mort «exclue» ont été largement diffusés et deviendront une référence presque obligée dans la décennie suivante. Comme le résume Larouche,

Malgré la diversité des approches et des méthodes d'investigation utilisées, il résulte des travaux publiés [...] une certaine vulgate dont les principaux thèmes sont que la mort occidentale contemporaine est tabou, refoulée, niée, marchandisée, institutionnalisée et que les mourants se font voler leur mort et les survivants leur deuil. En contrepoids de cette mort contemporaine, celle d'hier, apprivoisée et pleine de sens tant pour le mourant que pour son environnement social (1991 :2).

Dans la décennie suivante (1980- 1990), on assista de la même façon à une diffusion massive de ces discours « déclinologiques » entourant la mort (Larouche,

²¹ La sociologue Céline Lafontaine renoue avec cette thèse dans la *Société post-mortelle* (2008).

²² L'historien Philippe Ariès parle, par exemple, de «mort inversée» (1975 : 67) pour qualifier la mort contemporaine : «la mort, si présente autrefois, tant elle était familière, va s'effacer et disparaître : elle devient honteuse et objet d'interdit». L'idée d'une crise de la mort se trouve aussi dans les travaux anthropologiques de L. V. Thomas (1975) qui dresse un archétype de la «bonne mort» (Castra, 2003) en opposant la (bonne) mort africaine traditionnelle, caractérisée par l'acceptation et l'intégration sociale et la mort exclue, refoulée du monde industrialisé occidental, vécue dans l'angoisse, la solitude, le déni. Dans la même année, J. Ziegler (1975) accuse le capitalisme de refouler la mort et de nier le statut des défunts, plaidant de la même façon pour une réintégration de la mort dans nos sociétés. Claudine Herzlich (1976), qui effectua, quant à elle, une recherche empirique dans les hôpitaux français, en vient au même constat d'un refoulement de la mort par sa banalisation dans l'organisation bureaucratisée et technoscientifique de l'institution hospitalière.

1991). Comme l'a souligné Saillant (1984), les discours sur la mort, de concert avec les écrits critiques sur la médecine tout autant foisonnants à cette époque²³ et un ensemble de mouvements sociaux de réappropriation de la mort²⁴, étaient surtout la « métaphore d'un autre discours qui a d'abord et avant tout pour objet la mort d'un monde » (Larouche, 1991 : 24)²⁵. En somme, ces écrits entourant l'itinérance et la mort, tous les deux saisis comme des symptômes idéal-typiques de la crise des mécanismes d'intégration des sociétés (déclin des institutions et du sens, crise de la solidarité moderne, montée de l'individualisme de déliaison, etc.), oscillent pour une grande part entre l'analyse de ces transformations et une certaine nostalgie pour un « autre » décorum (total), où elles semblaient davantage intégrées, assumées, apprivoisées, mieux protégées. Sans évacuer entièrement la pertinence de ces écrits, il nous a semblé que ces figures de la vulnérabilité extrême méritaient d'être saisies dans une autre perspective que celle de la « déclinologie », afin d'observer, en les abordant de manière empirique à l'aide des pratiques d'intervention contemporaines (accompagnement) qui les entourent, les enveloppent, les rehaussent, les gèrent, les définissent, etc., comment elles prennent forme *aujourd'hui* dans la consistance actuelle du social, travaillée de part en part par la singularisation.

Penser les expériences-limites dans la socialité ordinaire

²³ Notamment avec les écrits de Ivan Illich (1975) dans *Némésis médicale. L'expropriation de la santé*. Paris : Seuil. Dans la foulée de ces critiques, naît l'éponyme de « l'acharnement thérapeutique », qui est au fondement de la naissance des soins palliatifs.

²⁴ Le « mouvement thanatologique » (Larouche, 1991), le « mouvement des soins palliatifs », mais aussi les luttes pour la reconnaissance légale des testaments de vie, la légalisation de l'euthanasie et l'aide au suicide.

²⁵ C'est la figure du « citoyen mourant » qui apparaît clairement à ce moment-là, comme le symbole « d'une société qui ne veut pas mourir ». Le Conseil des affaires sociales émet à cet égard une circulaire intitulée *Admettre la mort. L'affronter avec sagesse et humanité*, dans laquelle on peut lire : « La société dans son ensemble doit réajuster son regard sur la mort, afin de la réintégrer [...] La boucle est bouclée : on part du citoyen comme mourant potentiel et comme décideur 'vivant jusqu'à sa mort', pour revenir au citoyen, composante d'une société qui ne veut pas mourir et qui affirme sa civilisation jusque dans l'adoucissement de la mort de ses membres » (1991 : 6).

Conjointement à cette première posture qui nous invite ainsi à situer l'analyse de notre terrain sur une autre scène que celle de la déclinologie, il nous semble nécessaire de tenir compte simultanément, comme y invite Martuccelli (2005), des traits ontologiques de la vie sociale qui participent de manière inséparable au déploiement des dynamiques sociohistoriques liées à la singularisation et qui nous permettent de penser comment ces deux figures sociales d'expériences-limites (itinérance et fin de vie) peuvent s'inscrire dans une même socialité ordinaire, commune, courante. Cela revient à penser notre terrain moins en fonction du « problème de l'ordre social », mais avant tout à partir du « problème de l'action », c'est-à-dire à partir d'un questionnement sur la possibilité *irréductible* de l'action (Martuccelli, 2005 : 31). Pour l'auteur, toute analyse doit en effet être traversée, ne serait-ce qu'en arrière-plan, par un questionnement sur les caractéristiques ontologiques que doit posséder la vie sociale pour que l'action soit *toujours possible*. La vie sociale doit être pensée avant tout comme une dynamique dotée d'une « élasticité foncière » où, quelle que soit la force des coercitions à l'œuvre, comme dans notre terrain, il est toujours possible d'agir. L'analyse doit dans cette perspective tenir compte des éléments constitutifs de la vie sociale qui la dotent d'une consistance « simultanément habilitante et contraignante », à la fois et indissociablement « malléable et résistante » (2005 : 37). Prendre acte de l'élasticité foncière de la vie sociale suppose dans cette perspective de reconnaître à la fois le caractère ouvert de l'action, « où le sens et la conduite de l'action ne peuvent être imposés durablement », mais aussi de son caractère fermé, c'est-à-dire où coexistent simultanément des bornes (coercitions, limites, freins, obstacles, etc.) à l'œuvre qui « canalisent et cantonnant la créativité des acteurs ». (2005 : 40). L'analyse doit donc tenter de se situer dans l'entre-deux²⁶ de la structure et des acteurs, qui n'est ni un espace déterminé ni un espace de liberté, mais de contraintes et de possibilités. Situer

²⁶ Cet espace de l'entre-deux où s'analysent les conduites et les interactions des acteurs, Martuccelli le désigne sous le terme de l'intermonde (2005 : 36-86).

l'analyse dans cet espace d'entre-deux permet de « rendre compte des situations sujettes à l'engrenage multiple des diverses contraintes du social, et en même temps de reconnaître un espace analytique important aux dimensions proprement individuelles des acteurs sociaux » (2005 : 41). Si la nature de la vie sociale est celle d'une élasticité foncière, il s'agit néanmoins de tenir compte du « différentiel d'élasticité », soit du « jeu des consistances sociales » à l'œuvre qui rend compte des marges très différentes d'action des individus, tout en étant inscrites dans une épaisseur commune (laquelle est dotée d'une élasticité ontologique). Dans cette perspective, le problème est moins d'expliquer l'action par des régularités positionnelles que « de comprendre comment le monde social conditionne ou limite différemment nos actions, au sein d'une situation liminaire d'ouverture » (Martuccelli, 2005 : 35), qui est celle de rendre toujours l'action possible. Il s'agit autrement dit de penser l'analyse moins à partir de l'espace des positions, que des situations concrètes où se matérialise le différentiel d'élasticité ou de consistances.

Cette deuxième posture, qui s'adjoint à la première (situer l'analyse sur une autre scène que celle de la déclinologie), nous permet de penser la profonde *continuité* entre notre terrain, qui rend compte d'expériences-limites où la possibilité de l'action semble à tout point de vue réduite par un nombre imposant de bornes, et la vie sociale ordinaire. En d'autres termes, cette posture nous invite à aborder notre terrain de manière transversale comme un régime d'action doté d'une consistance spécifique, plutôt que comme une « population problématique » (par exemple « la population itinérance » et « la population VIH/Sida »), etc. ou une problématique dite spécifique (itinérance, VIH, etc.). Dès lors, c'est dans l'idée de replacer ces deux figures limites (itinérance et fin de vie) à la fois dans ce qu'elles ont de commun — régime d'existence lié des impératifs d'action communs à ceux de la socialité ordinaire et contemporaine — et de spécifique — régime d'existence doté d'une consistance spécifique en raison d'un ensemble de bornes qui limitent radicalement l'action possible —, que nous avons forgé le néologisme « vie moindre ». Comme

nous le verrons, en effet, dans le chapitre VI, la vie moindre constitue un concept transversal qui a été construit avec l'objectif de mieux rendre compte des dynamiques à la fois malléables et résistantes; à la fois communes et spécifiques, dramatiques et ordinaires, qui caractérisent notre terrain.

Nous avons défini la vie moindre comme suit : un régime spécifique de contraintes (d'obstacles, d'entraves, d'empêchements, de résistances) à l'œuvre qui réduit, jusqu'au « moindre », l'action possible. Pourquoi « moindre » ? Car si c'est le poids ou la prégnance de ces contraintes à l'œuvre qui procurent au régime de la vie moindre une consistance spécifique indéniable, le « moindre » exprime néanmoins une limite infranchissable, c'est-à-dire une consistance sociale qui l'inscrit bel et bien, à l'encontre de « la vie nue » et de « la vie perdue », comme nous le verrons (chapitre VI), au cœur même de la socialité ordinaire. Si presque rien ne va et presque rien ne peut dans la vie moindre, celle-ci n'est pas pour autant l'inexistence, le « rien ». Pour paraphraser Musset, entre presque rien et rien, il existe tout un monde. Ce « monde » est bel et bien social et demeure bel et bien en étroite résonance, plutôt qu'en rupture, avec la socialité ordinaire, laquelle est travaillée aujourd'hui de part en part par le singularisme qui a court (Martuccelli, 2010).

Nous aurions pu maintenir la notion de « vulnérabilité extrême » pour désigner ce monde social à la fois spécifique et commun aux deux figures d'accompagnement en itinérance et en fin de vie. Cependant, cette notion nous semblait peu mettre l'accent sur la *discontinuité* qui lui est propre, c'est-à-dire à la teneur des bornes (contraintes, obstacles, coercitions, etc.) qui caractérisent de manière spécifique le régime d'action possible qu'est la vie moindre. En effet, ces bornes, sans être des frontières liées à la définition de ce qu'on entend habituellement, comme nous le verrons, comme des « populations problématiques », et sans être des frontières à l'image d'une classe, d'une caste, ou de « murs » (murs liés aux « vieilles » institutions de prise en charge totales), mettent néanmoins à l'épreuve de

manière radicale l'action possible, exprimant par là un différentiel du jeu des consistances sociales dans le cadre du singularisme qui mérite d'être relevé, comme nous le faisons dans le chapitre d'analyse de notre terrain d'enquête. L'adjectif « extrême » attaché à la notion de vulnérabilité nous semblait, dans cette optique, limité dans sa portée heuristique pour décrire ce régime d'action spécifique, lequel ne pouvait, selon nous, ni se réduire à un degré de la vulnérabilité (« extrême »), ni se camper dans des cases sociologiques (classes, exclusion, etc.) issues d'un « autre » décorum (que le décorum singulariste) où elles étaient jadis porteuses de sens. En amont de la présentation de nos deux ethnographies qui suivent dans les prochains chapitres (IV et V), cette courte introduction au concept de « vie moindre », qui a été élaborée à la suite de notre analyse de terrain et que l'on présente au chapitre VI, sert à montrer, pour paraphraser Fassin (2004)²⁷, notre « petit arrangement » avec la notion de vulnérabilité extrême. Loin d'invalider cette notion, la « vie moindre » constitue plutôt une tentative de l'affiner ou de l'éclairer à nouveaux frais, en joignant, sous une même notion et en nous appuyant sur les résultats croisés du terrain, non seulement les figures concrètes de l'accompagnement en fin de vie et en itinérance, mais aussi, dans un même mouvement, les liens complexes et dynamiques entre la vulnérabilité extrême et le décorum singulariste de l'intervention sociale.

Dans la continuité de cette posture théorique, nous avons également abordé notre terrain en nous inspirant notamment des concepts spatiaux du philosophe Sloterdijk (1999a; 1999b; 2000; 2002; 2006a; 2006b). Si sa théorie, riche et complexe, relève davantage d'une anthropologie philosophique, nous avons choisi de nous pencher plus précisément sur ce que nous pourrions concevoir dans son œuvre comme une sociologie de l'individuation, c'est-à-dire une analyse qui, comme pour

Dans son ouvrage *Des maux indicibles* (2007), l'auteur intitule un chapitre «Petits arrangements avec la souffrance et l'écoute» (p. 55-78), qui devient l'occasion d'un retour en arrière, avant la présentation de cinq ethnographies sur les lieux d'écoute, sur certaines de ses hypothèses. Nous nous sommes ainsi partiellement inspiré de cette démarche pour revenir, en amont de la présentation de nos deux ethnographies et de notre analyse transversale, sur la notion de vulnérabilité extrême.

Martucelli et d'autres, tente de réfléchir aux processus historiques et sociaux de fabrication de l'individu, alors qu'on assiste aujourd'hui au déclin des grands récits unitaires, tant religieux, politiques que sociologiques qui permettaient de rassembler dans un « dispositif unique » l'ensemble de ses sujets, que ce soit la nation, la classe, la religion, la « Société », etc. Cette sociologie de l'individuation est inséparable selon Sloterdijk d'une analyse de l'espace qui ne soit ni fonctionnaliste, ni phénoménologique. À la question classique de l'institution « Qui suis-je ? » (identité, socialisation), il remplace celle de « Où suis-je ? » (espace, individuation). L'idée même de société doit être réfléchie à partir d'une analyse de la pluralité d'espaces où les individus sont « tenus dans le monde », plutôt que déliés ou livrés à eux-mêmes comme un « agrégat diffus de feuilles volantes », selon l'expression de Beck (1998 : 18). Pour Sloterdijk, les individus sont dans des « bulles », des « sphères », des « serres », des « couveuses », c'est-à-dire dans des aménagements interstitiels (et institutionnalisés), où ils se construisent, se protègent et mutent. Comme nous le verrons dans le chapitre VI, nous avons retenu son idée de « couveuse », cette « nourrice du devenir », pour analyser le dispositif transversal où se nichent, se construisent et se transforment les individus qui incarnent la vie moindre, car il nous est apparu comme le plus propice pour réfléchir à ces parcours « d'individuation inaboutie » (Soulet, 2008) qui nécessitent, pour vivre et « être tenus » des formes de soutien, de support, de prothèse, d'accompagnement constants. En plus de cette conceptualisation de l'espace, les perspectives théoriques et épistémologiques de Sloterdijk qui insistent sur l'enchevêtrement du biologique et du sociologique dans l'organisation de l'être-ensemble, ont une portée ontologique importante car elles permettent, tout comme celles de Martuccelli, de faire tenir ensemble des terrains d'analyse qui sont communément tenus pour différenciés (Moreau de Bellaing, 2004), tels que ceux que nous avons choisis pour notre thèse.

CHAPITRE III

MÉTHODOLOGIE

Revenons donc au sol raboteux!

(Wittgenstein, 2004)

Notre travail de thèse repose sur une enquête-terrain réalisée entre les mois de février et septembre 2009 dans deux endroits où sont déployés des dispositifs d'accompagnement à Montréal : un refuge pour hommes sans abri et une maison d'hébergement communautaire pour personnes (hommes et femmes) atteintes du VIH/Sida, gravement malades et/ou en fin de vie. Cette enquête s'est structurée à partir d'une démarche d'observations, d'entrevues et à l'aide de sources documentaires. Nous avons choisi de présenter les données de l'enquête dans deux chapitres distincts (chapitre IV et V), qui correspondent aux deux dispositifs mentionnés plus haut. Le choix que nous avons fait de les distinguer s'appuie sur les principes de l'échantillonnage par « contraste-approfondissement » et de « l'approche mixte ». Ces deux chapitres prennent la forme d'une description ethnographique. Ils sont ensuite suivis d'une analyse transversale (chapitre VI). Dans le présent chapitre portant sur la méthodologie, après avoir procédé à l'élucidation des termes précédemment employés, nous présenterons sommairement les deux dispositifs d'enquête afin de fournir au lecteur un aperçu préalable de la mission et de l'esprit des lieux propres à chacun des dispositifs sur lesquels a porté l'enquête, et cela, avant d'entrer dans la « chaire du terrain » et, par le fait même, dans la vie moindres.

3.1 Méthodes de collecte et d'analyse des données d'enquête

Le terme enquête-terrain en sciences sociales, entendu de façon large, désigne une forme de recherche qualitative qui consiste à recueillir sur le terrain des données empiriques dont l'objectif est de fournir des éléments de réponses à une interrogation de départ. La pratique de l'enquête-terrain nécessite des méthodes de collecte et d'analyse des données. Concernant la collecte des données, rares sont aujourd'hui les enquêtes-terrain qui se fondent sur une seule méthode (Glaser et Strauss, 2010). Notre propre travail d'enquête réalisé dans le cadre de cette thèse repose sur trois méthodes de collectes de données : l'observation, l'entretien et le recueil de données documentaires. Mais avant de traiter de ces méthodes, le travail d'enquête de terrain requiert en amont certains processus de construction de la problématique de recherche, allant des premières hypothèses intuitives, à la recension des écrits, jusqu'au choix de l'échantillon d'enquête. En effet, la construction de notre problématique de recherche ne s'est pas faite de façon purement empirique, en nous fondant uniquement sur les données de terrain, mais a nécessité tout un travail préalable de réflexion. Et de la même façon, comme nous le verrons dans la section « analyse des données », les données d'enquête recueillies sur le terrain ont nécessité un retour sur cette construction préalable et une reformulation de la problématique de départ. Toute problématique de recherche qualitative sous-tend nécessairement un processus de construction progressif non linéaire. Lorsqu'il repose sur une enquête de terrain qualitative, ce processus se fait habituellement à partir de l'interaction dynamique des données recueillies sur le terrain, de l'analyse qui en est faite et de la recension des écrits.

3.1.1 Construction de la problématique et échantillonnage du corpus empirique

La toute première étape de notre construction a consisté à formuler certaines questions à partir d'interrogations « naïves ». Nous savions que nous voulions « travailler sur l'itinérance », mais en ne sachant pas « sur quoi » exactement

travailler, quelle question de recherche poser, etc. Une première démarche fut d'aller voir sur les sites Internet des ressources d'aide destinées aux personnes itinérantes. En lisant les descriptions des pratiques sur plusieurs de ces sites, un mot particulier nous a semblé très fréquent : l'accompagnement. Bien que nous ayons évidemment déjà entendu ce mot, notre attention ne s'était jamais arrêtée à sa signification, ni n'avions remarqué sa prégnance dans le vocable de l'intervention. Nous nous sommes alors intuitivement demandée : « qu'est-ce que l'accompagnement? ». En posant cette question, la première définition qui nous est venue en tête a été « l'accompagnement des mourants ». Nous nous sommes alors posé un peu naïvement la question : est-ce qu'il n'y a pas un lien symbolique entre l'accompagnement des mourants et l'accompagnement des itinérants? Existe-t-il un continuum entre ces deux formes de pratiques? Un parallèle à faire entre la manière de considérer ces deux formes de vie (fin de vie et itinérance)? Étant seulement à l'étape d'un questionnement intuitif, nous avons partagé cette interrogation avec notre directrice de thèse qui nous a encouragé à pousser plus loin cette intuition afin de formuler un début de question de recherche.

En vue de délimiter préalablement le corpus empirique de façon à ce qu'il soit en phase avec cette problématique de départ, la démarche d'échantillonnage par « contraste-approfondissement » selon le terme de Pirès (1997) nous est apparue la plus pertinente. Pour Pirès, il existe deux grands groupes d'échantillon dans la recherche qualitative : l'échantillonnage par cas unique et par cas multiples. Dans le premier cas, il s'agit essentiellement de constituer le corpus empirique à partir d'une personne, d'un milieu géographique ou institutionnel ou d'un événement. Par exemple, Goffman (1968) dans une de ses recherches a constitué son corpus empirique à partir d'un milieu institutionnel, l'hôpital psychiatrique. Il a étudié un hôpital psychiatrique particulier, l'Hôpital Ste-Elizabeth, mais cette démarche d'échantillonnage n'exclut pas qu'il aurait pu étudier plusieurs hôpitaux psychiatriques, dans la mesure où le corpus se réfère à un « milieu institutionnel ». Les recherches qui se fondent sur cette démarche d'échantillonnage choisissent ainsi

une unité d'analyse de taille réduite et cherchent à représenter leurs échantillons au singulier, c'est-à-dire qu'ils font une étude en profondeur d'un seul cas (Pirès, 1997 : 139-140). Quant à l'échantillon pas cas multiples, il s'agit de constituer le corpus empirique à partir de divers milieux, situations ou personnes,, dans le but de présenter «le panorama le plus complet possible des problèmes ou des situations, une vision d'ensemble ou encore un portrait global d'une question de recherche. D'où l'idée de *diversifier les cas* de manière à inclure la plus grande variété possible » (Pirès, 1997 : 155). Cette diversification est soit interne, comme l'explique l'auteur, soit externe. Dans le cas de la diversification externe, en ce qui nous concerne, la stratégie aurait été de choisir, par exemple, l'accompagnement chez les sportifs, les hommes d'affaires, les chômeurs, les mourants, afin de contraster et de comparer un large éventail de cas variés relatifs à des catégories sociales, des sous-cultures, des positions variées. Dans le cas de la diversification interne, on cherche tout autant à donner un portrait global d'un modèle institutionnel, d'une situation, etc. mais à l'intérieur d'une catégorie sociale, d'une position, etc. afin de *comparer* les cas entre eux, plutôt que d'en faire la description en profondeur, comme dans le cas unique. Pirès donne l'exemple d'une recherche sur l'image de la justice pénale chez les ouvriers québécois. Dans ce cas, l'échantillon ne repose pas sur tous les Québécois, mais sur une même classe sociale, la « classe ouvrière », mais à l'intérieur de laquelle on a cherché à diversifier les secteurs, tels que les syndiqués et non syndiqués, les jeunes et les ouvriers plus âgés, etc. Nous avons, quant à nous, choisi de diversifier les cas d'étude à l'intérieur d'une catégorie sociale, la vulnérabilité extrême, en choisissant l'accompagnement des itinérants et des mourants.

Toutefois, notre recherche s'appuie davantage sur «une zone grise entre l'échantillon par cas unique et l'échantillon par cas multiples », ce que Pirès nomme « l'échantillon par contraste approfondissement », qui combine ainsi un intérêt pour la *description en profondeur* propre à l'échantillon par cas unique et pour la *comparaison*, propre aux cas multiples. En effet, les recherches qui se fondent sur

cette approche constituent des études de cas unique réalisées de manière soit à se compléter soit à établir une comparaison. Selon Pirès, cette approche repose sur trois idées directrices : 1) la sélection d'un certain nombre de cas (d'ordinaire réduit, de deux à trois); 2) chaque cas sélectionné a un certain volume de matériau empirique et doit faire l'objet d'une description en profondeur; 3) chaque cas est exposé de façon relativement autonome, même si l'on peut établir des comparaisons capables de donner une meilleure vue d'ensemble du problème. Comme le dit l'auteur, l'image qui illustre bien ce type d'analyse est celle d'une mosaïque, où les différents morceaux constituent des singularités, mais se trouvent également juxtaposés dans une forme d'ensemble. Pirès s'appuie sur l'exemple donné par Stake (1994 : 242) d'une recherche sur la prise d'otage, où le chercheur commence par cerner la forme idéal-typique de la prise d'otage en dressant un tableau des différentes situations de ce type d'action, tel que le vol de banque, un détournement d'avion, l'enlèvement d'un fils par son père, etc. Ensuite, le chercheur décide d'étudier deux de ces cas spécifiques, traitant chacun comme s'il s'agissait d'un cas unique et ce, même s'il fait en définitive des comparaisons entre eux. Ainsi, on choisit des cas singuliers, par exemple le vol de banque et le détournement d'avion, afin de voir ce qui ressort à la fois de leur description en profondeur *et* de leur comparaison. Comme nous l'expliquons plus bas dans la section analyse des données (3.1.3), nous avons choisi de décrire en profondeur chacun des cas (accompagnement en contexte d'itinérance/fin de vie), ce que nous avons fait de manière séparée dans les chapitre IV et V, mais aussi d'analyser et de décrire ce qui ressort de leur comparaison, ce que nous avons fait dans le chapitre VI. De plus, cette démarche d'échantillonnage servant à délimiter le corpus empirique, tel que nous le voyons plus bas, s'appuie avant tout sur un choix d'échantillon théorique, c'est-à-dire que les deux cas empiriques ont été choisis et délimités tel quel dans le but d'approfondir la théorie (voir 3.1.3).

3.1.2 La collecte de données

a. *L'observation*

Après avoir délimité le corpus empirique, la revue de la littérature et dessiné les contours de notre problématique de départ, nous sommes alors « entrés » sur le terrain, en choisissant trois méthode de collecte de données, comme nous l'avons déjà indiqué : l'observation, l'entretien, la recension des documents écrits. Bien qu'il existe différentes appellations en sciences sociales pour désigner l'observation²⁸, ainsi que différents courants théoriques et options épistémologiques pour la conceptualiser, l'observation, premièrement, peut d'abord et avant tout être définie, en son sens pratique, comme un procédé de recherche qualitative qui engage le chercheur dans trois activités fortement imbriquées : i) premièrement, l'observation suppose une présence de la part du chercheur, ce qui requiert de sa part une inscription corporelle, temporelle et spatiale dans les lieux de l'enquête ; ii) deuxièmement, l'observation sous-tend une activité d'*interaction* du chercheur avec les individus qui travaillent, agissent, vivent dans ces lieux, ce qui implique que le chercheur parle, regarde et écoute; iii) troisièmement, l'observation requiert une activité d'*écriture* de la part du chercheur sous forme d'une prise de notes dans les lieux mêmes où se déroule l'observation et/ou en dehors de ces lieux.

i) Présence : corps, espace, temps

La pratique d'observation suppose, en règle générale, une présence physique du chercheur sur les lieux de l'enquête, laquelle présence est habituellement circonscrite dans un espace et un temps déterminé. Les deux lieux objets de notre enquête présentent des dispositifs d'accompagnement circonscrits dans des espaces physiques singuliers au sein d'une association incorporée. En ce qui a trait au dispositif d'accompagnement pour sans abri, qui est chapeauté par l'association

²⁸ L'observation in situ, l'observation directe, l'observation participante, par exemple.

charitable la Mission Old Brewery (Mission), l'observation a été circonscrite dans l'espace du Pavillon Webster, qui constitue le plus grand et le plus ancien refuge existant à Montréal (né au 19^e siècle) et le premier modèle d'intervention au sein de la MOB. Quant au dispositif d'accompagnement pour personnes malades/en fin de vie atteintes du VIH/Sida, qui est chapeauté par la Corporation Félix-d'Hérelle, l'observation s'est déroulée dans l'espace de la Maison d'Hérelle (Maison), qui présente le premier modèle d'intervention au sein de la Corporation et demeure reconnue aujourd'hui parmi l'ensemble des maisons d'hébergement communautaire VIH/Sida à Montréal pour son expertise en soins palliatifs. Comme nous l'avons dit au début de ce chapitre, l'observation dans ces deux endroits s'est déroulée entre les mois de février et d'août 2009 inclusivement. Dans une même semaine, deux journées d'observation étaient consacrées à l'un, et deux à l'autre endroit.

Outre ces balises spatiales et temporelles plus «formelles», la présence du chercheur dans une activité d'observation pose aussi la question de la «place» de ce dernier. En effet, une fois le lieu d'observation sélectionné, le chercheur doit, tôt ou tard, s'insérer dans le milieu, occuper l'espace, «faire sa place». Cette insertion ne se fait jamais une fois pour toutes, mais se transforme progressivement au fur et à mesure qu'il se familiarise avec le milieu. Sa présence est donc rarement figée, tant en ce qui concerne la place physique occupée que le rôle et le positionnement qui sont les siens sur le terrain. Mais avant même de s'y insérer, le chercheur doit faire le choix d'une «stratégie de recherche» selon l'expression de Jaccoud et Mayer (1997): c'est-à-dire choisir les modalités de dévoilement de sa présence aux intervenants du milieu, ce qui contribue de façon préliminaire à dessiner la place que le chercheur occupera sur le terrain. Nous avons choisi la stratégie «ouverte». Pour le dispositif d'accompagnement auprès des malades/en fin de vie, nous avons choisi de rencontrer au préalable la directrice afin de lui faire part de notre sujet de thèse (par un résumé de notre projet lors d'une rencontre) et de notre intention d'observer le déroulement des activités quotidiennes. Pour le dispositif d'accompagnement

auprès des sans abri, la même démarche a été suivie auprès de la directrice des programmes d'accompagnement. Dans les deux cas, les directrices se sont montrées très favorables et nous ont toutes les deux suggéré de faire part de nos intentions au personnel intervenant lors d'une rencontre d'équipe, ce que nous avons fait. Lors de ces réunions d'équipe, les intervenants nous ont fait part de leurs questionnements quant à notre rôle et notre place au quotidien comme chercheuse et nous avons pu négocier avec eux les modalités les plus convenables (à la fois pour eux et pour nous) pour mener mon enquête. Mais dans les deux cas, notre place comme chercheuse en situation d'observation a réellement pris forme au fur et à mesure qu'elle devenait moins « visible » à la fois pour les intervenants et pour les usagers. Progressivement, notre visage est devenu familier, nous avons établi une certaine routine d'observation et avons eu moins besoin de nous « présenter » systématiquement aux autres (pour dire qui nous étions, pour expliquer les raisons de notre présence, etc.). Pour le dispositif d'accompagnement auprès des sans-abri, la question de la visibilité était d'autant plus importante au départ en raison du fait que nous étions une femme dans un milieu d'hommes. Mises à part les quelques femmes qui travaillent au 1^{er} étage du refuge dans les bureaux administratifs (en retrait des hommes) et la nouvelle directrice des programmes d'accompagnement, le reste des personnes qui peuplent cet endroit, tant du côté du personnel que des usagers, sont des hommes. Notre présence dans les lieux fut alors immédiatement très visible. Si nous sommes restée, bien entendu, tout le long de notre séjour d'observation, une femme, et que nous ne sommes jamais réellement, en raison de cela, passée inaperçue, progressivement cependant on s'est habitué à notre présence sur les lieux, on nous reconnaissait, nous connaissait, nous parlait, etc.

Quant aux lieux physiques de l'observation, c'est-à-dire les places à partir desquels le chercheur circonscrit physiquement son observation, certains espaces nous étaient accessibles et d'autres non et certains lieux nous sont devenus privilégiés au fur et à mesure que nous nous familiarisions avec le milieu. À la Maison d'Hérelle,

tous les lieux nous étaient en principe accessibles : le bureau des intervenants, la cuisine, le salon communautaire, la cour extérieure. Nous pouvions librement nous promener dans ces lieux, sans que cela ne pose de problèmes aux intervenants ni aux résidents. Quant aux chambres des résidents, nous y accédions seulement pour assister un intervenant dans une tâche ou lorsqu'un résident lui-même nous invitait à aller le voir. À quelques reprises et exceptionnellement, les intervenants nous ont demandé d'aller seule dans une chambre soit pour vérifier si un résident avait pris ses médicaments, soit pour « offrir une présence » à un résident en fin de vie. Quant à la ressource pour sans -abri, seuls les dortoirs des hommes nous étaient inaccessibles. Toutefois, nous ne pouvions pas, au départ, circuler librement. En effet, souvent par crainte pour notre sécurité, nous précisait-on, on choisissait de nous escorter lorsque nous voulions aller fumer une cigarette dehors par exemple ou pour aller prendre l'ascenseur. Au fil du temps cependant, cette crainte s'est dissipée et nous pouvions circuler librement sans être accompagnée par un intervenant. De plus, comme la MOB fait une distinction physique entre le refuge (les services dits d'urgence) et les programmes d'accompagnement, comme nous le verrons, nous avons choisi de circonscrire la majeure partie de nos observations aux étages liés à ces programmes. Toutefois, nous avons tout de même consacré plusieurs journées d'observations aux étages liés aux services d'urgence.

Pour Schatzman et Strauss (1973), le chercheur qui pratique l'observation peut adopter trois positions distinctes : occuper toujours la même place (par exemple le bureau des intervenants) afin de recueillir le même type de données, diversifier les lieux d'observation dans le but de diversifier les données recueillies ou, finalement, de ne pas se référer à un ou des lieux pour baliser l'observation, mais aux personnes (par exemple suivre un intervenant dans sa journée de travail). Dans notre cas, nous avons cherché à diversifier le plus possible les lieux d'observation, mais nous avons aussi (ce qui va de pair) suivi certains intervenants dans leurs activités routinières, lesquelles étaient choisies en fonction des horaires de travail (horaire de jour, de soir

et de nuit). Le bureau des intervenants a aussi constitué un poste d'observation privilégié dans les deux terrains, car c'est dans cet espace qu'une grande partie des conversations informelles entre les intervenants a lieu. En fait, le choix des places d'observation n'est réellement délimité qu'à partir du moment où le chercheur entre en interaction avec les personnes qui composent les lieux; les individus vivants, parlant, travaillant, habitant les lieux de l'enquête au quotidien.

Que l'on qualifie l'observation de *participante*, de *directe* ou d'*in situ*, tout chercheur ayant choisi comme modalité de collecte de donnée le rôle de l'observateur peut difficilement rester passif; il doit tôt ou tard adopter un comportement actif en se mêlant à l'existence quotidienne des individus qui occupent les lieux. En ce sens, trouver sa place comme chercheur-observateur équivaut davantage à «faire sa place» dans le milieu. Or, faire sa place n'équivaut pas nécessairement à «prendre la place» de l'autre observé (*going native*), c'est-à-dire d'abandonner notre rôle de chercheur pour adopter entièrement celui des acteurs impliqués dans le phénomène observé. Sans entrer dans le débat sur la position du chercheur dans son rapport à l'objet qui, depuis l'École de Chicago notamment, a été le sujet de nombreux commentaires²⁹, la plupart des chercheurs aujourd'hui s'entendent pour dire qu'il existe des degrés d'implication divers et celle-ci, sans être «totale», comme on pouvait parfois l'exiger jadis, n'obère pas nécessairement le degré de compréhension de la réalité du terrain. Dans cet esprit, comme le note Lapassade (1992), des auteurs ont cherché à décrire les degrés de participation, allant du «participant complet», à «l'observateur complet», en passant par le «participant observateur» (Gold, 1958) ou encore, selon une catégorisation qui, elle aussi, est triple : l'observation participante périphérique, l'observation participante active, l'observation participante complète (Adler et Adler,

²⁹ Aujourd'hui en France ce débat est renouvelé notamment en raison du fait que plusieurs de ces travaux pionniers américains issus de l'École de Chicago sont traduits pour la première fois en français, combiné au fait que dans le paysage institutionnalisé de la sociologie française, la sociologie bourdieusienne occupe moins de place.

1987). Selon ces chercheurs, l'observation périphérique est définie comme le fait que le chercheur, malgré qu'il soit en contact étroit et prolongé avec les membres du groupe qu'il étudie, maintient une distance avec ces derniers, soit en raison de choix épistémologiques, soit parce qu'il s'interdit de participer à des activités moralement douteuses (des activités de délinquance par exemple, ou en raison de caractéristiques démographiques personnelles, telles que son âge). Quant à l'observation participante active, elle désigne un contexte d'enquête où le chercheur exerce une activité à l'intérieur du groupe ou de l'institution étudiée, comme, par exemple, un emploi rémunéré. En exerçant cette activité, il acquiert un statut professionnel et se conduit avec les membres comme un collègue. Le chercheur joue alors de front un double rôle d'acteur et de chercheur. Finalement, l'observation participante complète s'exerce lorsque le chercheur, comme l'a montré l'exemple classique de l'enquête de J. Favret-Saada (1977), devient submergé par son terrain, au point où la prise de distance ne devient plus possible et où les affects l'emportent sur la pratique d'observation. Le chercheur, dans ce contexte, tend à devenir le phénomène qu'il étudie » ; il « devient lui-même indigène » (*going native*), comme le désigne Lapassade (1992).

Or, malgré cette tentative de définir les degrés de participation d'un chercheur en situation d'observation, on peut dire que celle-ci comporte deux limites principales : d'une part, si elle offre des repères intéressants, par exemple, nous pouvons dire que nous nous sommes située ni tout à fait dans la participation active, ni tout à fait dans la participation complète en raison du fait que nous n'avons ni acquis un statut à l'intérieur de l'institution qui nous a permis d'être appréhendée comme une « collègue », ni été « submergée » par notre terrain au point de devenir le phénomène objet d'enquête. Cette tentative de définition ne semble pas suffisamment tenir compte de toutes ces « zones grises » de la participation qui ponctuent l'activité d'observation réelle. Entre la « distance » et la « participation complète », il existe plusieurs degrés de participation qui fait en sorte que le chercheur peut osciller, à

l'intérieur d'une même enquête, d'une participation davantage passive à un rôle plus actif, et cela dépendant des situations dans lesquelles il se trouve tout au long de la durée de son enquête. D'autre part, cette catégorisation a tendance à faire indirectement une association fort répandue entre le degré de participation et le degré de compréhension de la réalité du terrain sous enquête. Ce type d'association a tendance à faire croire que, plus l'acteur participe activement dans son milieu d'observation, plus il est susceptible de comprendre le vécu des personnes qui le composent, et que plus un chercheur, au contraire, maintient sa distance, plus il demeure insensible à un tel vécu, voire se maintient dans un rapport de « dominant » ou « d'objectivation ». Pour ces raisons, il nous semble que le terme interaction paraît davantage propice que celui d'implication pour décrire la place que tout chercheur occupe lorsqu'il pratique l'observation. Quel que ce soit son degré de participation dans le milieu d'enquête, et quel que soit son degré d'affects, la pratique d'observation nécessite toujours de lui une forme ou une autre d'interaction, et cela dépendant de la situation, des lieux ou des personnes rencontrées au fil de son enquête. Parfois, certaines situations nécessiteront de lui une moindre interaction (par exemple, lors d'une réunion d'équipe) ou parfois une plus forte interaction (lors d'une fête, par exemple).

ii) Interagir : regarder, écouter, parler

L'observation constitue, en effet, une pratique dans laquelle le chercheur, un être vivant, parlant, bougeant, doit nécessairement interagir d'une façon ou d'une autre avec le milieu. Définie plus simplement, cette interaction requiert de sa part, de façon simultanée ou non, qu'il écoute et qu'il regarde, et suppose à un moment donné ou à un autre, qu'il parle avec « l'autre ». D'une part, le regard et l'écoute permettent d'être attentif non seulement aux données formelles, pour reprendre la distinction que fait Peretz (1998), c'est-à-dire aux comportements effectifs des individus qui travaillent et agissent dans un cadre précis, aux composantes visibles (par exemple la

répartition des tâches, la division spatiale des lieux, l'habillement, etc.) ou encore aux écrits (les notes écrites, les dossiers, les fiches d'évaluation, les brochures, dépliants, etc.), mais aussi aux données informelles, c'est-à-dire aux dialogues, aux mots qu'utilisent les personnes, les catégories qu'elles utilisent en situation, comment elles se parlent entre elles, se côtoient, s'affrontent, se touchent, réagissent aux commentaires des uns et des autres, font des aveux, soumettent des plaintes etc. L'observation constitue en ce sens une activité sensorielle qui engagea les facultés de la vue et de l'ouïe et exige du chercheur une attention la plupart du temps soutenue et constante. Mais, comme dans tout milieu où agissent des sujets vivants, le chercheur qui pratique l'observation ne peut rester muet. Aller au magasin, par exemple, nécessite la plupart du temps d'interagir verbalement avec le caissier, ou la vendeuse, ne serait-ce que pour échanger quelques mots. En contexte d'observation, à partir du moment où le chercheur s'introduit dans le milieu avec une stratégie ouverte, c'est-à-dire en s'affichant comme tel, il devra obligatoirement parler, ne serait-ce que pour discuter de la « température » ou encore pour se présenter aux autres.

En fait, tant la faculté de parler, que celles de regarder et d'écouter permettent, au-delà de la fonction « utilitaire » qu'elles sous-tendent en termes de cueillette de données, d'avoir une certaine « civilité ordinaire » propice au milieu étudié ou, en d'autres termes, comme le dit Peretz (1998 : 14), d'acquérir une « compétence sociale », c'est-à-dire « une capacité à s'adapter à une situation et à un milieu plus ou moins familiers ». En effet, et souvent au-delà de la personnalité du chercheur (timide, extraverti, sociable, etc.), cette civilité ordinaire constitue une faculté d'ensemble qui permet au chercheur de saisir, par exemple que, dans une situation donnée, il convient de parler ou de se taire, de regarder ou non, d'écouter ou non. Tout ne peut pas être dit, vu ou entendu, même si certaines situations pourraient être intéressantes pour les propos de l'enquête. Pour illustrer cela un peu trivialement, « donner le bain » constitue à la Maison d'Hérelle une activité routinière. Or, par respect pour l'intimité du résident (corps dénudé), il nous semblait évident que nous

ne pouvions pas observer le déroulement de cette activité. En revanche, nous étions présente à plusieurs reprises au chevet de malades en fin de vie, dont les corps étaient parfois en partie découverts. Si nous pouvions à ce moment-là regarder sans que cela implique nécessairement un manque de respect de notre part, cela ne requérait pas toujours que nous parlions avec le résident. Bien au contraire, souvent le silence, dans ces moments douloureux et intimes, constitue une marque de respect, et nous ne pouvions faire autrement « qu’être là » sans rien dire. À la Mission, il nous est arrivé très fréquemment d’être présente lors de rencontres hebdomadaires entre un conseiller et un participant au programme d’accompagnement. Dans ces rencontres, comme notre présence était susceptible d’être gênante pour le participant, nous nous limitions parfois à écouter et à regarder (sans parler ou écrire) tout en restant la plus discrète possible. D’autres fois cependant, lorsque la situation nous semblait propice, nous notions ce qui se disait, sans nécessairement regarder. Cela nous amène, d’ailleurs, au troisième point : écrire la totalité ou presque de ce qui est vu et entendu par le chercheur sous forme de prise de notes constitue une activité centrale de la pratique d’observation, indissociable de l’interaction du chercheur avec son milieu.

iii) Écrire : noter, mémoriser, transcrire

Écrire constitue, en effet, une activité imparable pour le chercheur qui pratique l’observation. Être sur le terrain sans son calepin de notes et son crayon est une omission d’importance semblable à celle du caméraman qui se présente sur un plateau de tournage sans sa caméra. Or, l’acte d’écrire à ce stade ne correspond pas à celui de décrire ; il le précède dans le temps, tout en étant un support indispensable à cette autre étape, de même que le montage des images se distingue de l’acte de filmer. L’écriture liée à la pratique d’observation constitue un registre particulier, quelque chose comme le « degré zéro » de l’écriture : il s’agit avant tout d’une « prise de notes », qui permet au chercheur d’avoir une première « prise » — tel le caméraman — de la réalité observée et, comme le souligne Peretz (1998 : 80), de « transformer le

flux des informations fugitives traversant les sens et l'esprit de l'observateur en des données stables, déjà plus ou moins organisées, consultables, et qui pourront être restituées et traitées au cours de l'écriture ». Pour Schatzman et Strauss (1973), de la même façon qu'il existe trois positions distinctes pour observer, trois catégories de notes sont suggérées : les notes d'observation comme telles qui, sans être nécessairement recueillies dans l'action ou *in situ*, se distinguent du niveau d'écriture des deux autres notes, soit les notes de méthode où le chercheur, plutôt que de s'en tenir à noter ce qu'il observe, commente, les problèmes d'approche ou les difficultés de saisie des données; soit les notes théoriques qui traitent des conceptualisations et généralisations possibles qui viennent à l'esprit du chercheur pendant la durée de l'observation (Peretz, 1998). Ces trois catégories de notes suggèrent généralement que l'écriture se fasse sur différents supports. Par exemple, nos notes d'observation ont été écrites à la main dans des calepins de note et ensuite retranscrites à l'ordinateur. Tandis que les notes théoriques et de méthodes ont été, quant à elles, écrites à l. ordinateur sous forme de commentaires en bordure des notes d'observation (avec la fonction « Révision » contenue dans le logiciel de traitement de texte Word).

Les notes d'observation peuvent être prises soit dans les lieux mêmes de l'observation, soit en dehors et, dans ce cas, elles feront appel à la faculté de mémoire du chercheur. Les dialogues et les phrases que nous citons dans les deux ethnographies (chapitre IV et V) ont été notés sur les lieux mêmes, simultanément à l'observation, pendant l'action, et constituent une traduction fidèle de ce qui a été dit par les interlocuteurs. D'autres notes ont cependant été prises soit sur les lieux d'observation, mais de façon décalée avec l'action ou à l'extérieur des lieux. Dans ces cas, les notes ne sont pas une transcription des propos émis en situation, mais sont souvent une écriture des gestes, des attitudes, de la chronologie des événements entourant une activité observée. Par exemple, lorsque nous avons observé le déroulement de « la ligne » à la MOB (voir chapitre V), nous n'avons rien noté pendant l'action, mais nous avons cependant pris le temps de noter à la suite de cette

activité tout ce que nous avons observé (vu, entendu, remarqué, etc.). À la Maison d'Hérelle, lors des réunions d'équipe, entre autres, nous notions tout ce qui se disait sur place, sans toutefois nous soucier de prendre en note les gestes, attitudes ou réactions, etc. C'est plus tard, lors de la transcription des notes à l'ordinateur que nous avons noté ces derniers, sous la forme de notes méthodologiques, en faisant appel à notre mémoire. La prise de notes constitue, en somme, un exercice d'écriture extrêmement rigoureux, une tâche souvent «ingrate», pour reprendre le terme utilisé par Jaccoud et Mayer (1997 : 231), souvent exigeante en termes de temps et d'énergie, mais qui doit être prise au sérieux, puisque ce sont ces observations notées qui constitueront le matériau à partir duquel le chercheur construira sa problématique.

b. Entretiens

L'observation constitue une des formes possibles de cueillette de données associée à l'enquête terrain. Dans une démarche qualitative, l'observation peut être combinée à diverses techniques, telles que la méthode de l'entretien. En effet, la plupart des chercheurs s'entendent aujourd'hui pour dire qu'une telle combinaison demeure non seulement valide sur le plan méthodologique, mais est également riche sur celui de l'interprétation des données (Jaccoud et Mayer, 1997). Mais, bien que l'on estime qu'il soit possible et même avantageux de combiner ces deux formes de cueillette de données au sein d'une même démarche de recherche, un argument d'ordre épistémologique contribue encore néanmoins à les opposer, notamment en ce qui a trait à la nature des données qu'elles permettent de produire, et donc de leurs effets respectifs sur la réalité sociale étudiée. Au-delà des questions de méthode, l'argument épistémologique souvent employé pour opposer l'observation à l'entretien est de considérer que le second, contrairement à l'observation, constitue un dispositif méthodologique préalablement construit à partir de concepts et d'hypothèses, et qu'il oriente, alors, contrairement encore au second, le *sens* des données recueillies. Derrière cet argument, l'on mise en quelque sorte sur la supériorité du dispositif d'observation sur celui de l'entretien, car il permettrait d'être plus proche du discours

spontané, saisi sur le vif par opposition au discours suscité des acteurs par l'entrevue. L'observation, se rapprochant davantage d'une parole ou d'un geste « naturel » en atténuant, voire en éliminant l'écran ou les artifices que suppose l'entrevue, permettrait en d'autres mots, et c'est là qu'un certain glissement s'opère, de se rapprocher de la « vérité du discours ». Comme le remarque Poupart et *al.* (1997 :198) à propos de l'opinion de certains auteurs qui ont jeté les bases de la méthode de l'observation (dont Becker et Geer (1957) et Schatzman et Strauss (1973)) : « le discours le plus vrai demeure celui qui est le moins affecté par les interventions du chercheur ». Il s'agirait dans cette optique d'aller recueillir une parole ou un geste « déjà-là », « dépouillé » de toute contamination par le chercheur, voire par tout type d'influences dites extérieures. L'observation constituerait en ce sens un dispositif méthodologique répondant au rêve fictif de « transparence » du chercheur, lui permettant, contrairement à l'entrevue, d'être davantage « dans le vrai », où il lui suffirait de recueillir un discours donné, lui-même transparent.

Or, deux nuances peuvent être apportées à ce type d'opposition. D'une part, il semble qu'à moins de se réclamer de façon stricte des principes épistémologiques de la théorie ancrée³⁰, c'est-à-dire, de « récuser toute construction a priori de concepts ou d'hypothèses sur le phénomène social à l'étude » (Laperrière, 1997 : 311), rares sont les chercheurs pratiquant l'observation qui entrent sur le terrain sans avoir construit préalablement une certaine grille mentale à partir de quelques référents et construits théoriques, car ce sont eux qui permettent, sans qu'on en soit nécessairement conscient, d'opérer une certaine sélection (inconsciente ou non) parmi tout ce qui est vu et entendu pendant l'observation. D'autre part, on est en droit de se demander s'il

³⁰ Toutefois, comme nous le soulignons plus loin dans la section Analyse, nous nous référons aux règles analytiques de la théorie ancrée. Sans adhérer à ses principes épistémologiques qui suggèrent de réfuter toute conceptualisation préalable, le chercheur par exemple a tout avantage, selon nous, et ce, que ce soit pour l'entrevue ou l'observation, de « mettre entre parenthèses » ces conceptualisations et de tenter ainsi non pas de « vérifier » empiriquement une théorie, mais de partir à la « découverte » comme le suggère également la théorisation ancrée (Laperrière, 1997)

existe réellement quelque chose comme un « discours vrai »? Vrai par rapport à quoi et à qui? En quoi, selon quels critères les paroles et gestes recueillis par observation sont-ils plus proches de la vérité que ceux recueillis par l'entretien? Et même si l'on insiste sur l'opposition entre le « naturel » (énoncés, conversations, gestes recueillis dans le spontané, le vif de l'action par observation) et le « construit » (énoncés, conversations, gestes évoqués sous forme de « représentations » dans le cadre de l'entretien), qu'est-ce qui autorise à affirmer que le naturel est nécessairement plus vrai que le construit? Existe-t-il aujourd'hui, dans le décorum singulariste, un extérieur au discours qui permette de juger du degré de véracité des énoncés? On l'aura compris, ce questionnement s'inscrit dans une interrogation qui dépasse largement le cadre des questions méthodologiques, voire épistémologiques. Celle-ci fait écho à ce que Foucault (1976) notamment a nommé « la volonté de vérité » ou « la contrainte du vrai »³¹, laquelle est sous-jacente à la science et à toutes les procédures ritualisées pour la produire. Elle s'inscrit dans notre conception occidentale de la vérité pensée avant tout en termes métaphysiques, où il existerait un signifié originel, une signification enfouie dans l'origine que le savant, le chercheur, se doit de dévoiler, de mettre à jour, d'exhiber au nom du savoir. Cette « volonté de vérité », selon Foucault, doit être saisie comme un mécanisme de régulation du discours qui partage, dans une période historique donnée, le vrai du faux, érige un discours contre un autre, et exclut dans ce partage tout un ensemble d'énoncés, de paroles, de gestes et pratiques jeté dans les « poubelles » du savoir (et de l'Histoire.) Pour l'auteur, le discours n'est jamais un donné, mais demeure porté et historiquement investi par un bruissement de pratiques et d'institutions qui le configurent et le font circuler selon des trajectoires multiples ou sur différentes scènes. Les discours doivent être traités comme des pratiques discontinues, qui se croisent, se jouxtent parfois, mais aussi

³¹ « La science, la contrainte du vrai, l'obligation de vérité, les procédures ritualisées pour la produire traversent absolument toute la société occidentale depuis les millénaires et se sont maintenant universalisées pour devenir la loi générale de toute civilisation » (Foucault, 1976. « Question à Michel Foucault sur la géographie, Dits et Écrits II, no. 169)

bien s'ignore ou s'excluent. Il faut alors, toujours selon Foucault, se dessaisir de la tentation d'opposer un discours (vrai) à un autre, se dessaisir du critère de « vérité » accordée aux discours non pas tant pour l'abandonner, mais pour s'y appuyer en étudiant plutôt *les effets de vérité* (les effets concrets des procédures d'exclusion et d'inclusion) que ce critère impose dans la production du savoir.

En suivant ce raisonnement, on peut dire que si l'entrevue et l'observation en sociologie sont nées en grande partie de la volonté de tenir compte du point de vue des acteurs dans la production même du savoir, et cela en grande partie en réaction à l'acte de mise en valeur (de « mise en vérité ») de la méthode quantitative ou de la « Théorie suprême », selon l'expression de Wright Miles (1997), qui avait eu tendance à exclure un tel point de vue de l'acteur, tout ce passe comme si, dans cette volonté même de redonner à « l'acteur » ses lettres de noblesses, une procédure de partage homologue s'opérait, mais cette fois-ci, dans l'exclusion du « point de vue du chercheur ». En d'autres termes en cherchant à mettre à profit le discours « vrai » de l'acteur, on renforce indirectement la distinction entre « savoir profane » et « savoir savant », même si c'est dans l'optique de valoriser, de « capaciter » (logique d'empowerment) le premier au profit du second. On oppose de la même façon, mais de façon inversée, un discours vrai à un autre. Cette option ayant tendance à valoriser le point de vue des acteurs au détriment de celui du chercheur a donné lieu à plusieurs commentaires, critiques, ajustements, notamment en sociologie et en anthropologie, concernant le rôle du chercheur dans la production d'un savoir issu « du terrain » ou qui sollicite le point de vue des acteurs. Aujourd'hui, si cette option demeure, plusieurs chercheurs ont tendance à la nuancer où à prendre appui sur elle afin non pas d'épurer — ce qui demeure somme toute impossible — le point de vue du chercheur et d'éliminer les « effets du contexte », mais, au contraire, d'en tenir compte dans la démarche de recherche et de l'analyse des données, en portant, par exemple, une attention aux conditions de production du discours.

En somme, ces quelques brèves remarques sur l'argumentation d'ordre épistémologique qui tend à opposer l'observation à l'entretien ont été apportées afin de justifier notre choix, concernant cette enquête terrain, d'avoir placé sur un pied d'égalité, en termes de production de la « vérité », les données qui relèvent de l'observation et celles de l'entretien, tout en tenant compte dans l'analyse et l'écriture de ces dernières de leurs conditions de production respectives. Cependant, la priorité fut donnée à la démarche d'observation en termes de temps accordé à la cueillette des données. Elle a aussi produit une plus grande quantité de données que l'entretien. De plus, les entretiens ont été réalisés dans les dernières semaines de notre période d'observation, une fois notre démarche d'observation jugée saturée. En effet, une période de six mois environ (à raison de deux jours semaines) a été consacrée à l'observation, alors que trois semaines environ (pendant lesquels nous continuions à observer) ont été consacrées à l'entretien. Les notes d'observation recueillies ont donné lieu à une quantité plus grande de données que celles découlant des réponses aux questions de l'entretien. Toutefois, cela ne veut pas dire que les premières données soient plus vraies que les secondes, mais plutôt qu'elles se complètent, s'appuient l'une sur l'autre, interagissent de manière dynamique tout en s'inscrivant dans le même « régime de vérité ». Les deux types de données recueillies nous ont permis, dans l'ensemble, de mieux comprendre la réalité de notre terrain. Seize entretiens qualitatifs de type semi-directif ont été réalisés au total, huit dans chacun des lieux de notre enquête. Ces entretiens s'adressaient aux intervenants rémunérés (ce qui exclut les bénévoles). Les intervenants sélectionnés, indistinctement selon leur sexe, ont été choisis en fonction du partage des horaires (intervenants du jour, du soir, de la nuit), mais aussi en fonction des disponibilités de chacun, et en excluant certains intervenants que nous n'avons pas eu la chance (en raison des horaires) de côtoyer et de suivre lors de notre période d'observation.

Si l'observation s'est centrée sur les différents processus qui caractérisent, dans ce contexte, les pratiques d'accompagnement, nous avons cherché, par les

entretiens, à interroger, dans une perspective complémentaire et indissociable, le sens que les intervenants qui les mettent en œuvre au quotidien donnent à ces pratiques. Le principe général qui sous-tendait les entrevues (mais aussi nos observations) consistait à ne pas préjuger, même après nos observations, de ce qu'était un dispositif d'accompagnement ni de qui « était » la « population » à laquelle il s'adressait. Ces entretiens n'avaient pas pour but de soulever les contradictions entre le discours et la pratique, mais davantage de saisir leur point de jonction et/ou leur complémentarité. À cet égard, la plupart des données recueillies durant l'observation correspondent à celles recueillies à partir des entretiens. Nous n'avons, autrement dit, trouvé aucun décalage majeur entre le sens donné et la pratique mise en œuvre. D'ailleurs, à l'encontre de certaines thèses qui considèrent que les intervenants n'ont pas le temps de réfléchir à leur pratique dans le feu de l'action, ou celles qui mettent l'accent sur la construction éphémère du sens dans l'interaction, nous avons pu observer à quel point les intervenants consacrent du temps, dans la pratique, à réfléchir à ce qu'ils font, au sens donné à leur pratique. Dans les deux endroits, des rencontres entre intervenants ont été intégrées dans l'organisation formelle du travail pour permettre à ces derniers de réfléchir au sens des gestes posés au quotidien, d'échanger à propos de certains malaises et difficultés rencontrés et de s'appuyer sur ces échanges pour modifier, changer, améliorer, etc. leur pratique. On a pu remarquer à quel point ces moments d'échanges institutionnalisés (intégrés à la structure même du travail), qui sont relativement nouveaux dans ces deux lieux d'enquête, constituent une partie intégrante (et d'importance égale) de la pratique. Dans l'horizon du décorum singulariste, ce constat est d'ailleurs porteur de sens, dans la mesure où les acteurs aujourd'hui se conçoivent et agissent, plus que jamais qu'auparavant, comme des sujets « réflexifs ». Si cette réflexivité se fait parfois au détriment des règles du système, des organisations ou des environnements dans lesquels ils se trouvent, ou encore, parfois, pour mieux répondre à leurs exigences, elle se trouve bien plus souvent qu'autrement engagée dans un mouvement *dynamique* entre contraintes et possibilités. Dans cet esprit, un autre type d'association fréquente au sujet de

l'entrevue est de valoriser, notamment dans des milieux défavorisés ou marginalisés, le point de vue des sujets de l'intervention plutôt que ceux des intervenants eux-mêmes avec l'objectif de « donner parole » et de « capaciter » les premiers (un outil d'empowerment). L'entretien devient alors un dispositif militant qui consiste à se situer du côté des faibles et des exclus; des « underdogs », comme disait Becker, pour faire entendre leur voix, leur expérience, au détriment, par exemple, de celles du personnel d'une institution (Poupart, 1997 : 178). On associe dès lors la démarche d'entretien à une attitude engagée et humaniste de la part du chercheur. Or, si tenir compte du vécu des sujets de l'intervention, comme nous le mentionnons souvent, demeure important, on ne peut que nuancer l'idée selon laquelle le point de vue du personnel intervenant doit être écarté sous prétexte que « c'est le langage officiel », voire le langage « dominant », et dès lors, qu'on ne peut comprendre la vulnérabilité sans interroger ceux qui la vivent. L'inverse peut aussi d'ailleurs être critiqué, c'est-à-dire de considérer que solliciter le point de vue des intervenants perçus comme des courroies de transmission du pouvoir, peut contribuer à la dénonciation de l'oppression. On pourrait sans doute objecter à ce type d'association, que la césure entre dominants et dominés, entre sujets de l'intervention et intervenants, entre les sans-voix et le langage officiel, etc., a moins de sens dans l'horizon du décorum singulariste, dans la mesure où les lignes de démarcations radicales et binaires entre les êtres non seulement s'estompent au profit, de logiques conjonctives et plurielles, comme nous l'avons vu, mais aussi dans la mesure où, plus que jamais auparavant, le vécu et la parole des sujets (de l'intervention) sont constamment sollicités par les intervenants eux-mêmes dans leur pratique. Les sujets, souvent par injonction de dignité et de reconnaissance, doivent se raconter, parler de leur vécu, de leur trajectoire singulière, etc. et les intervenants sont souvent tenus d'interpeller ce dévoilement de soi afin d'aider les sujets à se prendre en main, à devenir autonomes, etc. En somme l'entretien, tout comme l'observation, consistait avant tout, au risque de paraître banale, en des outils méthodologiques précieux qui nous ont permis de recueillir le plus d'informations possibles, susceptibles d'éclairer le mieux possible

notre interrogation de recherche, avant d'être des outils militants. C'est dans cette optique que nous avons également choisi de combiner à ces deux formes de collecte de données la recension de données documentaires.

c. Recueil de données documentaires

À la différence de ce qui se passe avec l'observation ou l'entretien, le chercheur n'entre pas en interaction avec des sources documentaires. Il s'agit, en effet, « d'une méthode de collecte de données qui élimine, du moins en partie, l'éventualité d'une influence quelconque, qu'exercerait la présence ou l'intervention du chercheur, de l'ensemble des interactions, événements ou comportements à l'étude, en annulant la possibilité de réaction du sujet à l'opération de mesure » (Cellard, 1997 : 252). Selon Cellard, s'il existe une multitude de types de documents écrits et plusieurs façons de les regrouper, ils peuvent néanmoins être classés en deux grands groupes : les documents archivés, « c'est-à-dire une documentation sous la garde d'un dépôt d'archives quelconque et qui peut être l'objet d'une description, d'un classement et d'un traitement ayant trait à la conservation » (1997 : 253), et ceux qui ne le sont pas. L'auteur ajoute à ce classement les documents publics, c'est-à-dire ceux qui comprennent habituellement les archives gouvernementales (fédérales, provinciales, scolaires ou municipales), de l'état civil, certaines archives notariales ou juridiques tout comme les documents publics non archivés tels que les journaux, revues, périodiques, publicités, annonces, tracts, circulaires, annuaires téléphoniques, et les documents privés archivés qui comprennent habituellement des documents d'organisation politiques, de syndicats, d'Églises, de communautés religieuses, d'institutions, d'entreprises, etc. tout comme des documents privés non archivés, tels que les autobiographies, les journaux intimes, les correspondances, histoires de vie, papiers de famille, etc. (1997 : 254).

Mais à cette classification de Cellard des sources documentaires, on pourrait ajouter deux autres groupes : les documents qui relèvent du passé et ceux du présent.

En effet, ce regroupement semble approprié dans notre cas, dans la mesure où la grande majorité des documents consultés et qui nous ont servi de matériau d'analyse sont, d'une part, les dossiers des usagers et d'autre part, les notes évolutives. Dans le premier cas, les dossiers des usagers sont, la plupart du temps, non archivés et relèvent du temps présent, mais ils peuvent aussi être archivés et relever à la fois du passé et du présent. Ces dossiers font référence à une foule d'informations concernant les usagers de l'institution, allant des informations civiles (sexe, pays d'origine, âge, numéro de cartes d'assurance-maladie, etc.) aux notes prises lors de rencontres avec les intervenants, aux fiches de liaison qui circulent d'une ressource d'aide à une autre dans le réseau (lors d'un « transfert » d'un usager d'une ressource à une autre) jusqu'aux fiches synthèses où l'on décrit la sortie de l'institution, c'est-à-dire comment l'utilisateur a quitté les lieux, le programme, sous quelles conditions, à quel endroit, etc., et où l'on résume habituellement les caractéristiques du séjour, c'est-à-dire comment celui-ci s'est déroulé, le degré de participation ou de collaboration de l'utilisateur, sa personnalité, s'il était violent ou pas, si l'on recommande ou non sa réintégration future, etc. Dans le cas de la maison de soins palliatifs, la « sortie » prend souvent la forme de la mort; on résumera alors de manière similaire les caractéristiques du séjour du résident, mais aussi les conditions de sa mort. Dans les deux lieux de notre enquête, ces dossiers ne sont pas informatisés; ils sont sur papier, avec des notes manuscrites. Ils ne sont pas archivés tant et aussi longtemps que les personnes demeurent des usagers/résidents actifs de l'institution. Une fois leur séjour terminé (quelles qu'en soient les raisons), les dossiers se trouvent classés dans un lieu précis de l'institution. Les intervenants et/ou les membres de la direction peuvent y avoir accès et rouvrir les dossiers si jamais, par exemple, la personne revient et se retrouve à nouveau comme usager/résident, ou encore s'il y a une poursuite civile de la part d'un ancien usager/résident qui formule une plainte concernant le traitement reçu lors de son séjour ou, dans le cas de la maison de soins palliatifs, de la part d'un membre de la famille qui formule une plainte concernant les circonstances entourant la mort d'un des siens.

Mise à part les dossiers des usagers, on trouve aussi les notes évolutives, qui se retrouvent souvent dans les dossiers des usagers, mais qui peuvent aussi être classées à part, comme c'est le cas à la maison de soins palliatifs. Ces notes sont rédigées pour décrire l'évolution des sujets que l'on accompagne et que l'on observe au quotidien, ou encore avec lesquels on travaille de manière hebdomadaire à l'occasion de rencontres plus formelles d'accompagnement. Elles décrivent ou résument de manière succincte les faits et gestes observés par les intervenants ou relatés par les sujets eux-mêmes, les détails significatifs de leur récit qui se déroule dans le présent de l'institution. Dans le cas du dispositif d'accompagnement pour hommes sans-abri, ces notes servent aux intervenants à suivre l'évolution des parcours de leurs « clients », depuis le premier récit énoncé lors de la première rencontre d'accompagnement jusqu'à la dernière. Dans le cas du dispositif d'accompagnement pour personnes en fin de vie, ces notes servent à décrire l'évolution médicale des résidents, mais aussi, comme nous le verrons (chapitre IV), l'évolution psychosociale, allant de l'humeur au cours de la journée aux conflits survenus avec un autre résident. Dans les deux cas, les notes servent autant à décrire les singularités ordinaires que celles qui relèvent d'événements extraordinaires : une dispute, un conflit violent, une expulsion, une mort, etc. Les notes évolutives s'inscrivent dans le temps présent, mais seront jointes au dossier des usagers et archivées une fois que ceux-ci auront quitté l'institution. A elles s'appliquent partiellement la définition que Laé donne de la « main courante » : les mains courantes constituent « une sorte de journal mitoyen d'un collectif de professionnel [...] elles décrivent des gestes prodigués à autrui dans une relation de service à des personnes » (2008 : 19). Partiellement, car si, effectivement, les mains courantes ne peuvent a priori circuler qu'entre les professionnels d'une institution, et sont « réservées à lecture entre collègues d'un même service », elles peuvent aussi être amenées à circuler hors de cette sphère privée pour rejoindre la sphère juridique lorsqu'il y a une plainte, entre autres. Ces notes ne sont donc pas toujours « sans conséquence, sans résultat, sans suite dans le sens judiciaire du terme », comme Laé le souligne (2008 : 19), car elles pourront servir de

preuve légale dans le cas d'une plainte, ou de motif pour mettre un individu sous curatelle publique. Les notes dites psychosociales sont reconnues en ce sens légalement, comme nous le verrons, comme preuves *prima facie*.

Les dossiers des usagers, tout comme les notes de la main courante, constituent, en somme, des documents dont la nature demeure ambivalente tant du point de vue public/privé, archivé/non archivé, présent/passé, et on pourrait même ajouter ordinaire/extraordinaire et ils oscillent souvent dans l'entre-deux de ces classements. Par exemple, comment classer les fiches de liaison (jointes au dossier de l'utilisateur) qui circulent d'une ressource à une autre entre les mains des professionnels et qui concernent certains renseignements civils et privés sur l'utilisateur? Relèvent-elles du domaine public ou privé? Ou encore, comment classer les notes d'évolution qui servent a priori à décrire, dans les paramètres du présent, les actions (gestes, faits et dits) des usagers, mais qui peuvent devenir, en raison d'une poursuite ou d'une plainte, matière à preuve ou à protection d'ordre légal? Cette ambivalence concernant le statut de ces documents écrits particuliers est rarement sinon jamais explicitée dans les manuels méthodologiques et dans cette ambivalence réside sans doute l'une des lignes de partage pratiques, comme le mentionne Laé (2008 : 14), entre l'histoire et la sociologie, car travailler sur des documents qui relèvent du contemporain, de l'ordinaire du présent ou de l'événement mineure de la vie institutionnelle, impliquent nécessairement certaines oscillations qui ne se laissent pas aisément cadrer dans des distinctions binaires. À l'exception de Laé, il semble toutefois que la sociologie elle-même ne s'intéresse encore que très peu à ces écritures « mineures » qui se situent à l'échelle des singularités individuelles et organisationnelles. Or, dans des sociétés marquées par un décorum singulariste, ces écritures mineures peuvent devenir un matériau important et souvent central. Elles se sont en tous les cas avérées, dans notre cas, des sources beaucoup plus importantes que prévu, car loin d'être une dimension mineure de l'accompagnement, elles en constituent souvent le cœur même, comme nous le développons dans le chapitre VI.

3.1.3 L'analyse des données

L'enquête terrain produit, la plupart du temps, une très grande quantité de données : dans notre cas, des descriptions détaillées (des lieux, des situations, d'une atmosphère, etc.), de citations prises *in situ*, des extraits d'entretiens, des documents, des fragments de la main courante, etc. Face à une masse de données aussi riche que diversifiées, le chercheur se voit confronté d'abord au problème de leur analyse systématique.

Pour procéder à l'analyse d'une enquête terrain, le chercheur doit non seulement opérer une sélection des données parmi la totalité de celles recueillies, souvent nombreuses, mais aussi privilégier, pour parvenir à cette sélection, une approche d'analyse à la fois rigoureuse et flexible. Notre recherche, nous l'avons déjà dit, s'appuie sur un échantillonnage empirique par « contraste-apprendissage » (Pirès, 1997), qui consiste non seulement en une démarche cherchant à délimiter en amont le corpus empirique, mais à fait émerger aussi certains principes pour appréhender les données qui découlent de ce corpus : soit traiter chacun des cas objets de l'enquête comme des cas singuliers, afin d'en faire une description en profondeur, ce que Pirès appelle une analyse verticale, pour ensuite analyser ce qui ressort de leur comparaison, soit en faire une analyse transversale ou horizontale. Ces principes apparaissent d'autant plus pertinents qu'ils semblent en phase avec l'une des caractéristiques centrale du décorum singulariste, à savoir que le singulier ne s'oppose plus au commun, mais entre plutôt dans une nouvelle dynamique qui, sans abolir l'irréductibilité des singularités, les insère de manière synchronique dans un espace commun qui les met en étroite résonance. Si nous avons choisi deux cas singuliers, avec leurs propres organismes, clientèles, missions, voire avec leur propre chronologie historique, chacun de ces deux cas est travaillé simultanément en profondeur par des dynamiques sociales communes propres au décorum singulariste. Autrement dit, ces dynamiques sociales, à l'image d'un kaléidoscope, se diffractent et

se concrétisent de manière singulière pour chaque cas, donnant lieu à des tensions, des contraintes et des possibilités spécifiques, tout en les instaurant simultanément dans un rapport profond avec d'autres cas spécifiques (avec leurs propres tensions, contraintes, possibilités, etc).

L'approche mixte de Miles et Huberman

En fait, si notre démarche d'échantillonnage du corpus empirique correspond ainsi à une zone grise entre le cas unique et le cas multiples (contraste-approfondissement), comme nous l'avons vu, la démarche d'analyse des données du corpus se situe à mi-chemin entre la description et la construction théorique, ce qui correspond, comme le souligne Laperrière (1997) à l'approche mixte développée par Miles et Huberman (1984). Cette démarche d'analyse des données d'enquête correspond en d'autres termes à une zone grise entre la théorisation ancrée et l'ethnographie.

1) Entre l'ethnographie, d'une part, car l'approche mixte revendique l'importance, contrairement à la théorisation ancrée, de la description ethnographique, en cherchant à cerner une réalité empirique par une description approfondie. Toutefois, contrairement à l'ethnographie, l'approche mixte ne se limite pas à un seul cas d'étude, mais tend à les varier, comme nous l'avons fait en en choisissant deux. Même si la description ethnographique ne se fait jamais à l'état pur comme le précise Lapassade (1991), c'est-à-dire qu'elle ne ferait que transcrire dans un geste transparent ce qui a été vu, sans médiation quelconque entre le regard et l'écrit, l'approche mixte, en choisissant délibérément de varier les cas d'étude, oblige néanmoins le chercheur à concevoir et construire des matrices descriptives. Ces matrices n'ont pas été élaborées de manière explicite et ne sont pas à proprement dit des concepts, mais constituent une forme de grilles, de codes, de catégories servant à ordonner *et* à comparer les données entre elles afin de procéder à la description en profondeur de chaque cas. Nous avons procédé à la création de matrices à l'aide du

logiciel informatique de traitement des données NVivo. Une première grande matrice nous a servi à ordonner de manière très large le matériau en trois étapes : comment entre-t-on dans l'institution? Comment en sort-on? Et comment accompagne-t-on entre les deux? A l'intérieur de cette première grande matrice, d'autres matrices ont ensuite été créées en fonction de catégories analogues pouvant être tirées de la comparaison des données brutes. Par exemple, la question du médicament dans le dispositif d'accompagnement pour personnes en fin de vie nous semblait analogue, dans l'autre dispositif, à la question de l'argent, dans la mesure où les deux questions impliquent de nouveaux enjeux de pouvoir dans la relation entre les accompagnants et les accompagnés. Nous avons donc trouvé pertinent de décrire dans un premier temps ces situations spécifiques de manière séparée (relative à chaque cas), sans toutefois chercher, à cette étape de la formalisation théorique, à noyer ces descriptions dans une catégorie conceptuelle, telle que «enjeux de pouvoir». Toutefois, si nous avons choisi de ne pas créer explicitement de catégories conceptuelles dans la description ethnographique, cela n'équivaut pas à dire que la construction de matrices descriptives repose uniquement sur la comparaison des données brutes, sans médiation avec la théorie. La création de matrices descriptives suppose que le chercheur s'appuie d'une certaine façon sur des référents théoriques qui ont été intégrés avant l'enquête-terrain et construits, éprouvés, reconduits, etc. au fur et à mesure de la progression de la recherche sur le terrain. À cet égard, à certains endroits dans la description (chapitre IV et V), il nous est arrivé de faire certains parallèles explicites avec ces référents théoriques, mais sans jamais donner la priorité à ceux-ci au détriment de la description. Toutefois, ces parallèles sont rares et ont seulement pour but, parfois, de faciliter la transition d'une matrice descriptive à une autre. Les matrices descriptives permettent ainsi d'opérer une sélection dans le volume de données qui seront présentées dans la description ethnographique. Nous n'avons donc pas cherché à tout décrire ce qui a été vu, lu, entendu. Ce choix analytique propre à l'approche mixte s'éloigne donc un peu de l'ethnographie qui insiste sur l'importance de dresser un portrait exhaustif d'un milieu observé (ce qui,

d'ailleurs, demeure davantage convenable lorsqu'un cas est étudié plutôt que deux ou plusieurs).

2) D'autre part, la théorisation ancrée, car l'approche mixte présuppose non seulement l'importance de choisir des cas variés pour les comparer—l'un des pivots de la théorisation ancrée réside, en effet, dans la comparaison de situations analogues—mais elle insiste aussi, contrairement à l'ethnographie qui met l'accent sur l'approfondissement descriptif, sur l'importance de l'approfondissement théorique. L'objet de recherche dans la théorie ancrée est, en effet, avant tout un phénomène social, normalement un processus, dont on cherche à approfondir l'analyse théorique (Laperrière, 1997 : 313) à l'aide d'une enquête empirique. Dans notre cas, on peut dire que l'objet de recherche est le processus de singularisation (le décorum singulariste), dont nous avons cherché à approfondir l'analyse théorique par l'analyse de deux dispositifs concrets d'accompagnement en contexte de vulnérabilité extrême. Cet approfondissement théorique passe par l'élaboration non d'une théorie générale, mais de nouvelles catégories conceptuelles qui correspondent pour ainsi dire à une théorisation ancrée. Il s'agit alors de choisir avant tout des échantillons théoriques, c'est-à-dire que les cas d'études choisis pour l'enquête (échantillon empirique) le sont en fonction de leur pertinence au regard de l'élaboration des catégories conceptuelles et non à des fins de représentativité des populations à l'étude. Cet échantillonnage théorique s'éloigne alors de la démarche ethnographique pour laquelle le choix des milieux ou des situations d'enquête n'est pas guidé normalement par le développement de la théorie (Laperrière, 1997 : 327).

En somme, située dans une zone grise entre l'ethnographie et la théorie ancrée, entre la description et la construction théorique, l'approche mixte retient de l'ethnographie l'importance de l'approfondissement descriptif et du traitement de chaque cas comme un cas singulier. Et de la théorie ancrée, elle retient l'importance de l'approfondissement théorique et la démarche comparative de cas divers. Dans

cette optique, les chapitre IV et V correspondent à l'étape de la description ethnographique (chaque chapitre étant relatif à un dispositif d'accompagnement) ayant nécessité déjà, en amont, la création de certaines matrices descriptives issues d'une première comparaison des données brutes et d'une première articulation de ces dernières avec la théorie. Le chapitre VI, quant à lui, correspond à l'étape de l'approfondissement théorique, où nous avons cherché à souligner ce qui ressort de la comparaison de ces deux descriptions ethnographiques en créant un nouvel espace analytique (à l'aide de matrices conceptuelles).

L'analogie

En fait, pour être plus précise, le nouvel espace analytique qui émerge de cette démarche de comparaison fait référence au registre de l'analogie. Celle-ci constitue un espace de rencontre possible entre les phénomènes, qui n'écrase pas les différences au nom de l'identité (le Même/le commun), mais ne postule pas, non plus, un pullulement de différences irrémédiablement incomparables (l'Autre/le singulier). L'analogie a la vertu, comme le mentionne Martuccelli cette fois-ci, « d'établir à la fois des similarités négligées et des différences occultées [...] en parvenant à établir des ressemblances entre différents acteurs au sein d'ensembles sociaux divers » (2005 : 237). Si l'analogie crée un espace analytique de rencontre entre deux phénomènes, elle n'est pas, ou du moins ne se limite pas à un processus de comparaison, car elle va au-delà de l'explicitation de la nature de la connexion et de l'établissement de relations entre ces deux phénomènes initiaux: elle ouvre « une nouvelle situation, commune aux deux premières, qu'elle éclaire le plus souvent de manière inédite » (idem). Elle constitue en ce sens un registre d'analyse qui stimule, pour reprendre l'expression titre d'un ouvrage de C. Wright Mills (1997), *L'imagination sociologique*, par la création de nouveaux langages, de questionnements et de réponses en « permettant de rendre compte d'une autre manière des 'mêmes' situations » (Martuccelli, 2005 : 236). C'est en ce sens que l'espace ouvert par l'analogie s'accompagne la plupart du temps de l'usage ou d'un

transfert de métaphores. Or, comme le précise Martuccelli toujours, si l'analogie traduit un effort d'imagination sociologique, elle n'en demeure pas moins balisée par certains principes qui permettent de créer des effets de connaissance sociologique irréductibles à la production de métaphores tout en étant étroitement associés à son intelligibilité foncière, c'est-à-dire à sa capacité de « nous forcer à regarder autrement nos représentations habituelles » (2005 : 38). C'est ainsi que le néologisme « vie moindre », sans être une métaphore, constitue néanmoins le fruit d'une construction théorique qui a pris place dans cet espace ouvert par l'analyse comparative de deux cas empiriques. La « vie moindre » permet non seulement de pointer des passages divers — passages entre les étapes de description et de théorisation; passages entre les spécificités propres à chaque cas et les résonances communes qu'ils mettent en œuvre — mais aussi elle nous force à regarder autrement nos représentations habituelles. Pour résumer, le chapitre VI développe la notion de vie moindre en spécifiant de manière détaillée ses propriétés et ses dimensions, ce qui consiste à aller chercher les catégories conceptuelles qui ressortent plus ou moins informellement dans la description ethnographique de chaque cas et à les mettre en relation (analogue) dans le but d'approfondir l'analyse théorique du processus de singularisation. La métaphore de la « couveuse », que nous avons empruntée librement à Sloterdijk (1998; 2006) constitue aussi un effort d'imagination sociologique nous permettant de regarder et nommer autrement nos représentations habituelles, notamment celles associées à l'idée d'institution, dont le terme, autrefois classique, tend à être requestionné, non sans ambages, de toute part.

3.1.4 La présentation des données dans une description ethnographique

En plus du problème de l'analyse que pose la collecte des données d'enquête, la question de la présentation de celles-ci demeure également centrale dans le cas d'une description ethnographique ayant recours à diverses sources de collectes de données (observation, entrevues, documents) et donc à différents registres de

langages. En effet, l'une des difficultés premières, lorsque l'on réalise une description qui combine diverses sources (entretiens, observations, documents) est de savoir, au-delà de l'analyse, comment rendre compte, dans l'écriture du texte, des données collectées. La restitution des données initialement enregistrées dans des notes écrites ou audio pour les entrevues implique, en d'autres termes, un choix personnel quant au mode de rédaction qui alimentera et la forme et le contenu que prendra la description, ce que Laplantine (1996) nomme la « narration ». La narration est indissociable, selon lui, de la démarche de description ethnographique, où l'acte d'écrire est d'importance égale à celui de l'observation et suppose toujours ainsi une part de subjectivité. Cette narration, si elle n'a pas nécessairement à être écrite au « je » sous-tend néanmoins l'idée que deux chercheurs, face aux mêmes données, vont « décrire » différemment leur matériel ethnographique. Un chercheur pourra, par exemple, choisir de ne pas citer les extraits issus des observations mais seulement ceux des entrevues, un autre pourra décider de ne citer aucun extrait et de résumer en ses propres mots les données collectées et analysées.

Nous avons, pour notre part, choisi de laisser la place grande au langage des acteurs du milieu, en citant autant les extraits tirés des entrevues que ceux recueillis *in situ*, c'est-à-dire lors des observations, que les extraits tirés des documents recensés. Ces langages permettent de donner de la consistance à l'action quotidienne déployée dans un contexte de vie moindre, car, souvent, ils mettent l'accent que ce soit lors d'une conversation informelle entre les intervenants, d'un échange lors d'une réunion d'équipe, lors d'une entrevue, ou par des notes écrites, sur les tensions, conflits, paradoxes, aménagements, etc. qui découlent d'un tel contexte. Les extraits cités sont anonymes, et nous avons choisi de ne pas indiquer de quel « matériau » ils proviennent (entrevues, observations, notes), car, comme nous l'avons indiqué plus haut dans ce chapitre, nous n'opérons pas de distinction entre les discours en termes de valeur de vérité, et nous partons du principe qu'il n'y a pas de contradiction entre discours et pratique. Comme le lecteur le verra, dans une même situation décrite,

nous avons choisi à différents endroits de citer plusieurs extraits, moins par souci de démonstration (par accumulation de « preuves »), que pour donner un aperçu au lecteur de l'étendu du vocabulaire utilisé par différents individus pour décrire une même situation. Cela dit, dans une même situation décrite, nous ne citons qu'une fois les extraits provenant d'un individu (un intervenant) en particulier. Rappelons que la présentation des données ne repose par sur un souci de tout décrire, mais sur un découpage préalable issu d'une comparaison entre les deux cas étudiés. Mais dans les deux cas, l'accent est mis sur la grammaire de l'action en contexte de vulnérabilité extrême : les manières d'agir, d'interagir, de « travailler avec » au quotidien, d'aménager l'incertitude qui en découle, de prendre acte de la singularité d'autrui tout en tenant compte des difficultés inhérentes, etc. Dans la prochaine section, avant d'entrer dans la chair de cette grammaire de l'action, nous avons choisi de faire une présentation sommaire des deux dispositifs d'accompagnement en nous concentrant sur la description de la mission « manifeste », comme dirait Merton, des organisations auxquelles ces dispositifs sont attachés et sur la description des lieux propres à chacune de ces organisations.

3.2 Présentation sommaire du terrain d'enquête : missions et lieux

Deux dispositifs d'accompagnement ont été choisis pour mener notre enquête-terrain. Le premier s'adresse à des hommes itinérants, dont la caractéristique la plus commune est de ne pas avoir de logement stable ou de logement tout court. Le second s'adresse à des hommes et des femmes atteints du VIH/Sida, qui sont soit en fin de vie, soit dans une phase particulièrement aigue de la « trajectoire » de leur maladie. Mis à part ce découpage officiel de la clientèle qui leur est propre (et de la problématique spécifique qui la caractérise), les deux dispositifs choisis se rattachent à des organisations spécifiques, qui ont chacune leur mission « manifeste » spécifique, et qui rendent compte d'une évolution historique spécifique. Notre problématique de thèse est irréductible à une enquête organisationnelle. Nous

cherchons plutôt à explorer comment se noue le décorum singulariste avec la vulnérabilité extrême, et donc à éclairer ce nœud empirique et social par certains traits distinctifs qui dépassent les frontières des organisations auxquelles les dispositifs d'accompagnement sont rattachés. Toutefois, il n'en demeure pas moins que ces organisations sont des acteurs à part entière qui peuvent donner, sans annuler les traits communs qui caractérisent ce nœud, une teinte spécifique aux actions déployées. Ainsi, la manière dont se noue le décorum singulariste avec la vulnérabilité extrême doit donc être pensée dans une perspective multifocale (à l'image d'un kaléidoscope) où les singularités organisationnelles n'annulent par les traits communs qui caractérisent ce nœud social, mais leur donnent, au regard de certaines dimensions, certaines teintes spécifiques. D'ailleurs, les perspectives qu'offrent les organisations auxquelles se rattachent les dispositifs d'accompagnement étudiés s'avèrent particulièrement fertiles pour l'analyse, comme nous l'expliquons plus bas, car elles permettant de grossir parfois le trait de certains, conflits, réaménagements, tensions etc.

3.2.1 D'une mesure palliative d'urgence à l'accompagnement social

Le dispositif d'accompagnement pour hommes sans-abri appartient à la Mission Old Brewery, une organisation charitable et laïque. La Mission naît en 1890, au moment où apparaît une série de refuges à Montréal spécifiquement destinés aux personnes indigentes (Fecteau, 2000). Selon l'analyse historique que cette organisation fait d'elle-même³², la MOB serait née « du besoin de répondre aux problèmes rencontrés avec la première vague de personnes itinérantes à Montréal », apparue « dans un contexte d'émergence du monde industriel ». La MOB aurait été

³² Histoire récoltée à partir des archives de la MOB et de son site internet. Toutes les archives de l'OBM sont disponibles au Musée Mc Cord de Montréal.

créée « en réponse à des changements rapides apportés par l'industrialisation et l'urbanisation »³³ :

À cette époque, Montréal était en pleine transformation. Les chemins de fer implantés depuis le milieu du siècle, reliaient maintenant le pays d'un océan à l'autre, les industries étaient en pleine expansion, les marchés et les occasions d'affaires ouvraient des perspectives de croissance et d'enrichissement grandioses. Très rapidement, des familles entières, habituées à la vie rurale, vivant plus ou moins en autarcie, se retrouvent en milieu urbain pour chercher un travail et font souvent face à des conditions de misère et de dépendance parfois intenable. Une misère et une dépendance qui n'avaient plus rien à voir avec celles des campagnes où les personnes confrontées à la survie étaient chez elles, avec le soutien et le support de leurs familles et amis pour le meilleur et pour le pire. C'est dans ce contexte de l'émergence du monde industriel qu'est née la Mission Old Brewery³⁴

Toujours selon ce récit, ce serait grâce à l'initiative de deux femmes de la communauté protestante, deux membres actifs de l'Église Dominion Methodist, Mme Douglas, fille du Dr. James Douglas (qui contribua de façon notoire à la fondation de l'Hôpital psychiatrique Douglas) et Mme Finley, l'épouse de Dean Adams (un acteur influent du mouvement réformiste à Montréal) que la MOB serait née, lorsqu'elles décident de mettre sur pied, lors de l'hiver particulièrement rude de 1890, une soupe populaire d'urgence dans le quartier Saint-Antoine, l'un des quartiers les plus pauvres de Montréal à cette époque. Dès son ouverture, l'endroit, mentionne-t-on, était « bondé d'une horde d'hommes affamés »³⁵ et s'avéra trop petit pour les accueillir tous. Il déménagea alors, un an après, dans l'ancien immeuble de l'ancienne brasserie William Brewery sur la rue du Collège, d'où son nom. En 1893, ce qui était alors conçu au départ comme une soupe populaire conjoncturelle deviendra la Mission Old

³³ http://www.oldbrewerymission.ca/fre_obm_history.htm

³⁴ Idem

³⁵ « filled with relays of hungry men ». idem., p. 1

Brewery, une organisation incorporée³⁶ dont les dons provenaient en grande partie de l'Église Dominion Methodist, qui lui fournit un immeuble sur la rue Craig, où la mission demeura pendant trente cinq ans, avant de déménager dans l'actuel refuge Webster sur la rue Clark. Aujourd'hui, on ne compte que trois refuges pour hommes à Montréal. Celui de la Mission, le refuge Webster, demeure non seulement le plus ancien, mais aussi le plus grand des trois, voire un des plus grands en Amérique du nord.

En cent vingt ans d'histoire, la Mission a jusqu'ici conservé la même approche d'intervention: celle d'offrir un refuge d'urgence en fournissant des moyens de secours « objectifs » (lit, toit, nourriture) afin de répondre à des besoins de survie « objectifs » (faim, soif, fatigue, hygiène), et cela à une masse d'hommes (entre 300 et 500 hommes par nuit). Or, en 2007, on assiste à un changement en profondeur tant au nouveau de son organisation physique que de sa vocation: la Mission décide de mettre en branle le «Projet nouveau départ», un plan quinquennal conçu pour réorganiser sa mission et sa philosophie d'intervention, et ce, notamment, dans l'espoir de faire face à une réalité perçue désormais comme endémique: le refuge est devenu avec les années un hébergement à long terme, un lieu d'ancrage quasi chronique, voire une dernière destination pour plusieurs hommes, plutôt qu'un simple moyen de dépannage, un moyen de transition vers la réintégration dans la société. Ce constat semble d'ailleurs partagé aujourd'hui par la plupart des grands refuges canadiens. Il semble que si « l'abolition » du modèle du refuge ne semble pas être une solution envisageable actuellement, les différents acteurs des refuges se mettent

³⁶ Au milieu du 19^e siècle au Québec, la législature simplifia les processus d'incorporation, ce qui encouragea de nombreux groupes de citoyens pratiquant la charité, telle la Mission, à s'incorporer (Harvey, 2003).

d'accord pour dire que son modèle demeure insuffisant en soi et qu'il faut le transformer en une « dynamique multiservices »³⁷.

Pour la Mission, le refuge est envisagé aujourd'hui comme un « service » (on parle désormais de « service de refuge ») à côté ou, plutôt, en deçà de ce qui, désormais, sera balisé comme *le* modèle d'intervention privilégié, autour duquel se réorganisera en profondeur l'édifice tant physique (disposition spatiale) que symbolique (classification des hommes en catégories, selon certaines qualités, etc.) de sa mission: « l'accompagnement ». Si le refuge continue encore à accueillir jusqu'à ce qu'il soit plein la majorité des hommes (entre 300 et 400 hommes par nuit), c'est l'accompagnement qui devient la modalité d'intervention valorisée, désormais perçue comme une véritable solution à l'itinérance, plutôt qu'un simple soulagement palliatif et ponctuel. À la Mission, l'instauration d'un dispositif d'accompagnement à l'intérieur d'un modèle d'intervention centenaire, comme nous le verrons en détails dans le chapitre V, nécessite alors plusieurs ajustements, et changements dans les façons de voir et d'agir en situation d'itinérance, tout comme elle requiert des nouvelles règles, pour faire face à de nouveaux conflits, tensions, etc. Ces transformations et tensions ne s'expliquent pas uniquement par l'organisation spécifique de la Mission, car elles entrent en résonance avec les nouvelles dynamiques sociales du décorum singulariste auxquelles l'ensemble des organisations qui s'adressent à des personnes en situation d'itinérance font face, qu'elles éprouvent, et transforment. Toutefois, en portant notre regard sur une organisation plus que

³⁷ En 2006, un an avant l'implantation du projet Nouveau départ, dix-huit dirigeants représentant des fournisseurs de services aux sans-abri situés dans de grands centres urbains et dans le Nord se sont réunis pour discuter des réalités présentes et des orientations futures du réseau de refuges canadien. James Hugues, l'ancien directeur de la MOB ayant participé à la mise sur pied année d'implantation le refuge s'est retrouvé dans une impasse : pour les gens qui retournaient au refuge, c'était le cul-de-sac [...] les gens entraient dans « le trou noir de l'itinérance » et ne pouvaient en sortir, puisque ceux qui quittaient le refuge chaque matin y revenaient chaque soir. Voir le rapport sommaire de la rencontre, disponible en ligne : http://www.hifis.ca/ressources-resources/reseaux-shelter/majeurs-large/rapport-sommaire_summary-report/LMSSMeeting-SummaryReport_f.pdf

centenaire, véritable institution dans le domaine de l'itinérance, cela permet de grossir le trait, à l'image d'un idéal-type, sur certaines tensions et transformations qui découlent de ces nouvelles dynamiques, comparativement à d'autres organisations dans le milieu implantées depuis plus récemment, et dont la philosophie ne semble pas aussi ancrée (historiquement, symboliquement, organisationnellement, etc.) dans la consistance d'un « autre » décorum.

3.2.2 Des soins palliatifs à l'accompagnement « social »

Dans le réseau des soins et des services sociaux, le nombre de programmes en soins palliatifs a quadruplé en dix ans, passant de 9 en 1981 à 41 en 1990 (Conseil du bien-être et de la Santé, 2003). Aujourd'hui, un portrait des services existant pour l'ensemble de la province du Québec semble difficile à établir «car les données concernant la nature et l'étendue des services et des soins de soutien en fin de vie au Québec ne sont pas colligées» (MSSS, 1998 : 159). Mais, selon les dernières données, il y aurait 17 services de soins palliatifs en institution hospitalière, 5 équipes de consultation, et 14 maisons de soins palliatifs. Le Conseil du bien-être et de la santé décrit ces maisons comme relevant de l'implication des bénévoles, accueillant les personnes gravement malades, soit pour bénéficier d'un répit, soit pour venir y vivre leurs dernières semaines de vie (Conseil, 2003). À la différence des services de soins palliatifs en milieu hospitalier, les maisons pour personnes en fin de vie (comme les refuges pour personnes itinérantes) ne s'inscrivent pas, selon le Ministère de la santé et des services sociaux, dans une planification régionale des services et, dès lors, «ne sont pas soumises au contrôle des normes et de la qualité des services» (MSSS, 1998 : 161). Toutefois, on mentionne que «ces maisons ont comblé un vide qui existait dans le réseau québécois» (MSSS, 1998 : idem). Les premières maisons de soins palliatifs qui ont ouvert leurs portes (dans les années 1980) et qui ont servi de modèles aux «autres» maisons de soins palliatifs, voire de précurseur à la

discipline des soins palliatifs (Benasayag, 2008) étaient destinées aux personnes, à l'époque majoritairement masculine, atteintes du VIH-Sida.

Le deuxième dispositif d'accompagnement qui a fait l'objet de notre enquête-terrain a été mis en place à la Maison d'Hérelle, qui est l'une de ces premières maisons de soins palliatifs; elle appartient à la corporation Félix-d'Hérelle. Contrairement au refuge qui est né à la fin du 19^e siècle (1890) à l'occasion de la « première vague de personnes itinérantes à Montréal », la Maison a été ouverte un siècle plus tard, en 1990, dans la foulée de la première vague épidémique du Sida en Occident, dans un contexte perçu comme étant d'extrême urgence. D'une part, les personnes atteintes du virus décédaient rapidement et massivement; d'autre part, le traitement qui leur était réservé à l'hôpital se soldait soit en refus, soit en comportements discriminants (interdiction d'accès à l'hôpital, chambres isolées, refus de certains médecins de les traiter, etc.). Qui plus est, le réseau officiel de la santé semblait tarder à reconnaître l'importance de la problématique du Sida, laissant un vide dans le volet de la prise en charge :

À l'époque, le monde médical mondial découvrait la nouvelle maladie. On en savait à ce moment peu de choses, et les personnes décédaient rapidement après de courtes maladies, souvent des pneumonies. Au Québec, plusieurs, lors de l'admission de l'hôpital, devaient faire face à une panique extrême à cause de la crainte de la contamination. Il n'était pas rare de devoir utiliser les masques, les gants, les chaussettes et les chemises spéciales pour visiter un malade dans un hôpital. Les personnes vivaient alors non seulement une perte de leur dignité, mais surtout un rejet [...] Ces contextes médical, social et économique ont amené un sentiment d'extrême urgence. Il fallait rapidement développer des services directs aux personnes atteintes puisque le réseau officiel de la santé refusait de reconnaître les problèmes médicaux et sociaux (causés) par l'arrivée du Sida (Le Cler, 1997 : 93).

C'est dans ce contexte d'urgence que la Maison d'Hérelle a ouvert ses portes, afin d'offrir un accompagnement en fin de vie :

La Maison d'Hérelle ouvre en mai 1990 [...] L'équipe est reconnue dans le milieu communautaire pour la qualité de son accompagnement en fin de vie.[...] A cette époque, la grande majorité des résidents sont admis en fin de vie³⁸.

Le modèle d'accompagnement en fin de vie qu'elle met en œuvre, loin de s'inspirer des origines dont tend à se réclamer la « discipline des soins palliatifs » (pratiquée aujourd'hui, pour une grande part, dans les institutions hospitalières), fait davantage écho au modèle de l'organisation communautaire. Ce modèle qui, au Québec, a émergé autour des années 1970, se réclamait d'une philosophie d'intervention « alternative » à celle véhiculée par les services sociaux mis en œuvre par l'État, et contestait l'approche technocratique et bureaucratique de ces derniers, peu soucieuse de la personne et de son autonomie. Si au départ, l'accompagnement en fin de vie constituait l'unique modèle d'intervention pratiquée à la Maison, environ huit ans plus tard, on assista à l'arrivée des premiers traitements antirétroviraux puis ensuite des multithérapies, ce qui a contribué à changer considérablement la mission de la Maison. Comme les personnes meurent de moins en moins du Sida, et de plus en plus tardivement avec l'avènement de la trithérapie, elle a alors choisi de réajuster sa mission. Désormais ce serait moins vers la mort qu'elle accompagne, vers la vie active, en quelque sorte. Elle a mis en place un programme dit de transition, où l'intégration dans la « communauté », voire le retour à domicile, devient une possibilité avec laquelle elle devra désormais composer. Sa mission « manifeste » aujourd'hui est celle d'une maison d'hébergement communautaire VIH/Sida. Les soins palliatifs demeurent, mais constituent désormais un « volet » à côté de celui de « l'accompagnement social ». Ce changement de mission entraîne un ensemble d'ajustements, réaménagements, transformations, non seulement en termes de philosophies, mais aussi de clientèles et de lieux physiques. Tout comme pour la

³⁸ <http://www.maisondherelle.org/>

Mission, cet ensemble d'ajustements, réaménagements, transformations n'est pas sans créer des tensions, conflits, contradictions, etc.

3.2.3 L'esprit des lieux

De même que les organisations constituent des acteurs qui ne sont pas négligeables pour la compréhension de notre problématique (c'est-à-dire pour comprendre comment se noue le décorum singulariste avec la vulnérabilité extrême), mais sans en être l'objet, les lieux constituent aussi, dans cette perspective des acteurs qui doivent être pris en compte. Ce « travail des lieux » fait partie intégrante selon nous de l'intervention. D'une part, il permet de scander matériellement le temps, transformant une notion abstraite (le temps) en une donnée qu'on peut fixer, mesurer, faire naître comme réalité concrète en offrant des repères spatiaux et affectifs. Ce travail des lieux sur la temporalité devient souvent central pour des épreuves-limites comme la maladie, la mort, l'itinérance, où le temps semble soit arrêté ou cyclique. D'autre part, les lieux peuvent favoriser ou malmenier malgré eux les missions que les organisations tentent d'accomplir ou de changer, tout comme les principes d'accompagnement qu'elles cherchent à mettre en oeuvre. Par exemple, le manque de place, la trop grande proximité, l'anonymat, ou encore les repères affectifs (routine réconfortante, environnement familial ou chaleureux etc.) que les lieux et l'environnement sous-tendent malgré eux, auront nécessairement un rôle dans les actions et les stratégies déployées. Comme pour l'évolution des missions « manifestes », la transformation des lieux n'est pas étrangère à l'évolution des dynamiques sociales qui sont irréductibles à des choix qui relèveraient du goût esthétique des gestionnaires des organisations, par exemple. L'architecture imposante des anciennes institutions de prise en charge avec de hauts murs, situées dans un environnement souvent en bordure, voire éloigné de la ville, exprimait, d'une certaine manière, les valeurs, les normes, la façon dont la société était organisée à l'époque, en fonction, comme on l'a vu, de dynamiques disjonctives entre les êtres et les choses.

Les lieux, l'architecture, l'environnement disent quelque chose des valeurs et normes en vigueur, de certaines différences de traitement accordé selon les problématiques, les populations, le niveau d'urgence considéré, etc.

3.2.3.1 Un établissement de masse réorganisé



La Mission comprend cinq lieux d'hébergement pour personnes sans-abri, mais le plus ancien et le plus important en termes de volume est le Pavillon Webster. Il peut accueillir jusqu'à 340 hommes par nuit environ, dont 250 lits desservent les services d'urgence du refuge et le reste les nouveaux programmes d'accompagnement. Il est situé dans une enclave urbaine non résidentielle, coincé entre le Palais des congrès et l'autoroute Ville-Marie, en bordure du Vieux-Montréal, du Quartier chinois et du quartier des affaires. Si le Pavillon est devenu, avec les années, un lieu « d'ancrage » pour une masse d'hommes qui y ont fait leur demeure, comme nous le verrons (chapitre IV), il se situe paradoxalement dans un quadrilatère urbain que l'on pourrait qualifier « de passage », puisqu'il est traversé de façon quotidienne mais épisodique par une horde de touristes et de gens d'affaire qui y circulent. L'entrée principale donne sur la rue Clark, un petit bout de rue, voire une ruelle en retrait de cette circulation grouillante, étant séparée à l'est par un stationnement appartenant à la Mission et à l'ouest par

l'autoroute Ville-Marie. Très rares sont les passants ordinaires qui circulent sur cette ruelle, et donc devant l'entrée du pavillon. Ce qui constitue alors une des marques les plus visibles de l'itinérance — la masse d'hommes qui s'alignent quotidiennement à l'entrée du bâtiment, dans l'attente d'un repas, d'une douche et d'un toit pour la nuit — demeure en grande partie à l'abri du regard des passants qui déambulent de façon anodine dans ce coin de la ville, pour aller manger, travailler, se divertir.

Un wagon de métro arrive en gare, toutes portes ouvertes, des gens, parcourant des routes qui s'entremêlent, se dirigent vers des motifs, des signes et des symboles qui représentent la diversité des cultures (Le Devoir, novembre 2007).

Cette citation, qui provient d'un article du journal montréalais *Le Devoir*, décrit l'œuvre peinte par deux jeunes artistes, depuis 2007, sur « l'imposant mur de la Mission Old Brewery », « la plus grande murale de Montréal, haute de près de 23 mètres et large de plus de 24 mètres ». Censée illustrer l'Exposition universelle de 1967 et « mettre en valeur la diversité des cultures », « l'ouverture sur le monde » et « l'entremêlement des parcours », cette murale serait également, comme on le mentionne dans l'article, « un bon moyen de prévenir les graffitis, en plus de promouvoir et de mettre en valeur les talents des jeunes artistes » (*Le Devoir*, idem). Mais bien que coloré récemment par cette œuvre et ayant ouvert ses portes la même année que l'expo 67, le pavillon, qui lui « tient lieu de canevas géant », semble loin, a priori du moins, si l'on considère son architecture et son environnement, de l'« universalité », de l'« ouverture » et de « l'entremêlement des parcours » que décrit l'art mural en question. Bien au contraire, l'architecture du lieu inspire au premier regard la fermeture, le retrait, l'enclavement : construit dans une ancienne usine de fabrication de verre, le pavillon est une grande bâtisse de 5 étages, aux murs bétonnés, avec de petites fenêtres sans balcon qui donnent sur un pavé de stationnement sans arbres et contrôlé depuis un poste de surveillance situé à l'intérieur du pavillon. À l'intérieur, l'espace massif est austère et renvoie au premier regard aux

structures internes de « l'Hôpital-bloc », lequel est né à l'ère fordiste des sociétés capitalistes, où la standardisation était devenue un élément majeur de l'architecture hospitalière (comme pour les entreprises) : bloc massif et rectangulaire, murs peints en vert pâle ou blanc, avec peu ou pas d'éléments décoratifs³⁹, où tout est pensé en fonction de l'utile et non de l'agréable. A chaque étage, on trouve le strict minimum nécessaire au fonctionnement : au rez-de-chaussée (premier étage) on trouve la cafétéria, les bureaux administratifs et le poste de surveillance à l'entrée. Répartis sur les quatre étages, on trouve les dortoirs, des chambres semi-privées et privées, les bureaux des conseillers et les douches communes. Les dortoirs ressemblent à ceux d'un collège militaire ou d'un couvent ; ce sont des grandes ou moyennes salles divisées au moyen de cloisons de bois peu élevées qui délimitent l'espace des lits superposés, lequel espace est uniquement fait pour dormir. Les chambres semi-privées et privées sont, pour la plupart, sans fenêtres et ne comportent que les lits et une petite table de travail. Les chambres d'isolement, vestiges d'un autre décorum (pour chaque institutions de prise en charge, les chambres d'isolement constituaient jadis une réalité ordinaire des lieux physiques), ont été transformées en chambres régulières au même titre que les autres. Au deuxième étage, l'étage des « services de refuge », sont regroupés trois grands dortoirs, alors que le cinquième étage, autrefois conçu comme faisant partie du refuge, compte également trois dortoirs réservés désormais au programme d'accompagnement (l'Étape). Seuls les troisièmes et quatrièmes étages ont une ou deux salles « d'activités » (avec une télé, une table et un canapé) en plus des dortoirs. Ces salles, qui sont uniquement destinées aux participants du programme d'accompagnement (interdites aux hommes qui fréquentent uniquement le refuge), sont beaucoup trop petites pour accueillir ces derniers et font souvent l'objet de critiques de la part des conseillers, comme nous le verrons (chapitre V).

³⁹ Mise à part la cafétéria où sont accrochées des œuvres d'art provenant de l'initiative d'étudiants ou de bénévoles voulant contribuer à améliorer l'esthétique de l'environnement.

En somme, il n'y a pas d'urbanisme externe ni interne, ce qui semble être en phase avec la philosophie de la Mission : le pavillon ne doit pas être un lieu de vie, voire un espace habitable, mais un lieu de passage qui permette de réintégrer la société. La vie sociale et l'esthétique n'ont donc pas été prises en compte dans l'aménagement de cet établissement de masse qui semble, en ce sens, inspiré des projets pédagogiques sous-jacents à l'architecture des grandes institutions disciplinaires nées vers la fin du 18^e et le début 19^e siècle, telles que l'usine, l'hôpital, la prison, où l'architecture incite avant tout à la réhabilitation de ses sujets (en dehors), et non à l'habitation (en dedans). De plus, la division spatiale actuelle de la Mission semble correspondre au modèle pavillonnaire, inspiré largement des critiques hygiénistes du 19^e siècle dans le domaine de l'architecture, notamment en ce qui a trait au type d'organisation fonctionnelle et spatiale des centres hospitaliers. Selon ce modèle, chaque section doit être destinée à abriter une grande catégorie de sujets. Il faut séparer, isoler, rendre autonomes les services et les bâtiments, afin de limiter les risques de « contagion » entre les catégories de sujets. Pour la MOB, cette division pavillonnaire est illustrée de deux façons : au dehors et en dedans. Au dehors, par la mise en place d'une série de pavillons séparés ayant chacun une fonction et une catégorie de sujets spécifiques. En effet, comme nous l'avons déjà dit, la Mission a aménagé quatre espaces d'hébergement destinés aux personnes itinérantes. On trouve, tout d'abord, les deux pavillons qui abritent les services dits d'urgence, c'est-à-dire les refuges pour itinérants. Le Pavillon Webster, le plus ancien, est destiné uniquement aux hommes, alors que le Pavillon Patricia Mackenzie, ouvert trente ans plus tard, en 1998, s'adresse aux femmes et est situé dans un autre quartier de la ville, celui-là davantage résidentiel. Trois autres bâtiments ont été conçus vers la fin du 20^e, début 21^e siècle, pour abriter des services de logements sociaux permanents : La Maison Claude-Laramée, issue d'un partenariat avec l'hôpital psychiatrique Douglas, qui s'est donnée pour mission de prévenir l'itinérance chez les hommes et les femmes aux prises avec des problèmes de santé mentale et de dépendance aux drogues; le Pavillon de trois étages Marcelle et Jean-Coutu, construit en 2006 qui offre 30

logements sociaux permanents subventionnés pour hommes ayant suffisamment d'autonomie pour vivre sans supervision permanente et, finalement, la Maison Roger-Beaulieu qui, depuis cette année, n'existe plus en raison d'un conflit interne du personnel. Au-dedans, ce modèle pavillonnaire s'exprime dans la division spatiale des étages entre les sujets qui fréquentent le refuge et ceux qui participent au programme d'accompagnement. L'accès aux lieux communs dans le temps est différent en fonction des sujets qui les fréquentent. Par exemple, les participants aux programmes mangent à des heures distinctes à la cafétéria. Une sortie spéciale a également été prévue pour les hommes qui ne viennent qu'au repas du soir (sans dormir dans le pavillon) ; ceux-ci sont, en quelque sorte, considérés comme une catégorie d'itinérants à part entière (les « rough sleepers », comme on les désigne dans le milieu, c'est-à-dire ceux qui choisissent de dormir dans la rue). La sortie qui leur est réservée est située à l'arrière du bâtiment (à l'est) sur le boulevard St-Laurent. Cette sortie est surveillée en tout temps durant la durée des repas par un intervenant muni d'un émetteur-récepteur portatif qui lui permet de communiquer rapidement avec les autres intervenants assignés au poste de surveillance. Ce dernier est situé stratégiquement entre la porte de l'entrée principale, qui demeure ouverte en tout temps, mais qui est également surveillée par un intervenant aux heures d'entrées prévues pour les repas et le refuge, et la deuxième porte qui, elle, est électroniquement contrôlée depuis le poste de surveillance qui est entouré d'une vitre en plexiglas. De plus, le poste de sécurité offre une protection supplémentaire aux bureaux administratifs qui sont déjà quelque peu en retrait de la circulation des hommes usagers de la Mission. Une entrée séparée est prévue pour les employés de ces bureaux, sur la façade nord du bâtiment.

3.2.3.2 Une cellule familiale recomposée



La Maison est située au cœur d'un quartier à la fois urbain et paisible, un des plus convoités et prisés de Montréal, le Plateau Mont-Royal, sur une rue passante et résidentielle. Elle a été aménagée à l'intérieur d'une maison de ville qui existait déjà et qui a donc été conçue originellement comme une habitation familiale « ordinaire », au même titre que les autres maisons voisines. De l'extérieur, rien a priori ne la distingue des autres résidences de cette rue. Ainsi, de dehors, et contrairement, par exemple, à un hôpital dont la disposition architecturale a été conçue, notamment à ses débuts, comme une sorte de sanctuaire extérieure à la vie qui l'entoure et qui peuple la ville, la Maison s'inscrit littéralement au cœur de la métropole, s'intégrant parfaitement au style architectural et à la conception de la vie urbaine ouverte sur les « autres ». Cette disposition architecturale conviviale intégrée dans la vie de quartier, n'est pas sans lien avec sa philosophie « communautaire », telle que pouvait l'être celle de l'hôpital du 19^e siècle qui devait plutôt incarner un temple, à l'image d'une église, protégeant la vie des désordres du monde (Dubet, 2002). Juste à côté de la Maison, se trouve une église qui est le seul édifice qui se distingue des autres espaces d'habitations de la rue. Bien que ce soit un hasard, sa proximité physique de la Maison lui confère néanmoins un poids symbolique non négligeable, comme si elle est était « déjà-là », à attendre paisiblement sans s'imposer, tous ces individus qui se

préparent à entrer dans la « maison de Dieu »⁴⁰. D'ailleurs, le prêtre de cette église voisine est parfois appelé, en raison justement de cette proximité physique, à donner sa bénédiction aux résidents qui se trouvent au seuil de la mort et qui en font le souhait, comme peuvent le faire certains prêtres qui œuvrent aujourd'hui à l'intérieur même d'un hôpital.

À l'intérieur, le style est typique de ce quartier : planchers de bois-francs, boiserie, moulures et grandes fenêtres des deux côtés de la maison, ce qui permet au soleil d'y entrer abondamment. À l'entrée de la Maison, on trouve un tableau avec le nom des résidents qui sert à marquer de façon visible les entrées et les sorties des résidents. Si ces derniers sont en théorie libres de s'absenter comme ils le veulent, ils sont tenus de l'indiquer sur le tableau en question, à l'aide d'un jeton magnétisé qu'ils doivent déplacer sous la case « sortie » inscrite à côté de leur nom et, une fois à leur retour, sous la case « entrée ». Ce tableau permet donc aux intervenants d'être au courant des allées et venues des résidents sans avoir à leur dicter une surveillance explicite. Deuxièmement, toujours à l'entrée de la Maison, juste avant d'entrer dans la cuisine, le bureau de la secrétaire. Les portes de ce bureau demeurent toujours ouvertes et, bien souvent, les résidents y entrent pour discuter de tout et de rien avec la secrétaire, ou encore pour lui demander d'appeler un taxi, lequel provient généralement d'une compagnie strictement réservée aux individus malades ou à mobilité réduite et qui se déplacent habituellement exclusivement vers des hôpitaux ou des cliniques externes. Il est effectivement rare qu'un résident de la maison prenne un taxi pour se rendre ailleurs qu'à un rendez-vous médical.

L'espace physique interne de la Maison a été conçu selon le modèle d'une « cellule familiale », disposée sur trois étages avec ses chambres à coucher privées et

⁴⁰ Si l'on remonte dans l'histoire, notamment au 17^e siècle à l'époque où apparurent les premiers hôpitaux, il était fréquent que ces derniers furent reliés physiquement aux églises et aux couvents; les fenêtres de l'Hôtel-Dieu de Québec, par exemple, donnaient directement sur la cour du couvent.

ses lieux communs de rencontre : la cuisine, située au rez-de-chaussée (premier étage), le salon, au deuxième étage, la terrasse, au troisième et la cour extérieure au rez-de-chaussée où l'on a construit une sorte de fumoir couvert d'un abri en toile pour les journées d'hiver et de pluie. Si la cuisine reste le lieu unique pour manger, elle constitue, comme les deux autres pièces communes, des lieux modulables et multifonctionnels : lieu de réunion, salle de jeux, salle de formation, salle de détente, salon de coiffure, etc. La cuisine est, cependant, une des pièces communes les plus importantes, car c'est davantage par elle que transige concrètement, ou du moins tente de se matérialiser humblement, la philosophie « participative » et « communautaire » de la Maison.

En effet, bien que les individus puissent choisir de manger dans leur chambre s'ils en font la demande, ils sont fortement encouragés par leurs intervenants à se joindre à leurs pairs et aux autres employés de la maison pour les trois repas de la journée, lesquels sont fixés à une heure précise. Rassemblant ainsi, dans une même pièce et dans ces moments précis, à la fois les intervenants, les résidents, les membres de la direction, les bénévoles et les employés de l'entretien, l'espace de la cuisine offre une visibilité essentielle pour le maintien de la vie communautaire et participative tant convoitée, et il offre également un poste de surveillance non négligeable pour les intervenants. Sa disposition centrale dans l'espace constitue un moyen privilégié pour les accompagnants de surveiller d'un œil discret, souvent au détour d'une conversation banale, l'état physique des résidents et leur évolution, mais aussi l'état psychosocial de ces derniers, en observant comment ils interagissent, parlent avec autres ou s'excluent du groupe. Les trois autres espaces communs, le salon, la terrasse et la cour restent ouverts aux individus selon leurs désirs et leurs besoins. Ils sont ainsi libres de circuler dans ces espaces communs à leur gré. Le salon est une pièce très grande et ensoleillée, qui dispose d'une télévision, de canapés et de fauteuils adaptés, d'une table, d'une bibliothèque où on peut emprunter livres et jeux de société. Il est aussi utilisé pour les grandes réunions d'équipe du personnel et

pour la réunion des résidents. À côté du salon, on trouve le bureau des intervenants. Ce bureau est séparé du reste du salon par une porte vitrée qui demeure, en l'absence des intervenants, fermée à clé, car c'est notamment dans le bureau que l'on conserve tous les médicaments et la méthadone des résidents, ainsi que certains de leurs biens personnels mis en consigne pour la durée de leur séjour. Lorsque les intervenants sont là et qu'il n'y a pas de réunions formelles pour eux, les résidents peuvent en principe y aller et venir, que ce soit pour discuter ou pour des demandes spécifiques. En dehors de ces petits « dérangements » quotidiens, le bureau des intervenants est généralement un endroit tranquille et paisible, offrant l'occasion de faire une certaine « coupure », soit d'inscrire dans l'espace une certaine distance symbolique avec le « lieu de vie » de la Maison, où résidents et intervenants se côtoient en relation de proximité presque totale.

Le bureau des intervenants est divisé en deux espaces, séparés d'un mur ouvert occupant la moitié de la longueur de la pièce. L'espace central, celui à l'avant-plan du mur, est muni d'une grande table autour de laquelle les intervenants se réunissent pour les réunions et sur laquelle ils écrivent les notes psychosociales. Cet espace est décoré d'une étagère où sont rangés les dossiers des résidents présents dans la maison et d'un tiroir fermé à clé servant à classer ce qu'ils nomment les « synthèses de départ », c'est-à-dire, les résumés de séjour de ceux et celles qui sont décédés à la maison depuis son ouverture. La pièce arrière est donc réservée pour la préparation des médicaments, c'est-à-dire le remplissage des dosettes individuelles attribuées à chaque résident de la maison sans exception. Cette fonction routinière et hebdomadaire demande néanmoins beaucoup de concentration et de minutie, puisqu'une distraction de la part de l'intervenant (tel que de se tromper de dosette ou d'ajouter une pilule de trop) pourrait être fatale pour un résident. Ainsi, cette division de l'espace permet à l'intervenant d'être physiquement en retrait (ou du moins en partie) du bruit, du grouillement et des interactions de ses pairs. Mais il permet aussi de mettre en exergue une certaine division symbolique importante opérée entre

l'espace d'intervention considéré comme accompagnement « psychosocial » et celui considéré comme strictement « physique ». Le premier, l'espace réservé au « psychosocial », porte en lui architecturalement certains des principes visés par l'accompagnement : intervention centrale et flexible, ouverte aux autres, favorisant l'interaction, suscitant le partage d'information et de paroles, visant une certaine trace permanente. Le deuxième espace, réservé à l'intervention physique, biologique, « corporel », constitue aussi la marque physique d'une certaine conception de l'intervention médicamenteuse, soit comme « parent pauvre » ou « bâtard » presque honteux de l'accompagnement psychosocial : un espace en retrait, caché des autres (mur), qui demande silence, surveillance, gestes routiniers et disciplinés. L'ouverture du mur qui sépare ces deux espaces symbolisent néanmoins le lien essentiel et inséparable entre ces deux types d'accompagnement.

Il y a 17 chambres de résidents, dont 16 privées et une comportant deux lits. Les deux pièces communes intérieures, la cuisine et le salon, sont séparées tous les deux par une porte discrète donnant accès aux couloirs de ces chambres, réparties sur deux étages, comme si elles avaient été superposées subtilement au reste de la maison, dans le but de ne pas nuire à l'allure général d'un « lieu de vie », d'une habitation familiale. Alors que les chambres sont centrales dans l'organisation architecturale de l'hôpital, donnant l'impression que c'est autour d'elles que l'espace interne a été dessiné et qu'elles demeurent ouvertes en tout temps aux regards et aux allées et venues du personnel médical, les chambres de la maison donnent, au contraire, l'impression d'être secondaires, en quelque sorte cachées du reste de la maison, ce qui témoigne de deux philosophies distinctes dans la manière d'appréhender l'individu. Cette disposition en retrait des chambres semblent vouloir réaffirmer le caractère de « lieu de vie » de la Maison, distinct du caractère uniquement médical et utilitaire des chambres d'hôpital, plus respectueux des singularités individuelles. Si l'approche de la Maison se veut communautaire et participative, le statut privé des chambres contribue à matérialiser les principes de

respect, de prise en compte et de protection de la « singularité » du malade véhiculés. De plus, la sphère privée et individualisée des chambres n'est pas sans lien avec l'intimité et la proximité que nécessite l'expérience-limite de la mort. Si celle-ci fait partie de « l'ordinaire » de la maison, elle demeure néanmoins encore perçue comme un des derniers moments de vie qui se doit d'être essentiellement vécue en privée et protégée du bruit et du regard des autres résidents.

En somme, à première vue, l'espace physique de cette ressource d'hébergement s'apparente à une maison typiquement « normale ». Calme et sérénité imprègnent les lieux, mais aussi, bien souvent, bruits, odeurs, disputes ou rires viennent rompre cette quiétude, comme dans toute vie familiale « ordinaire ». Comme le dit cette bénévole: « La vie à la Maison est une vie de maison, pas une vie d'hôpital ». Or, en 2007, toutefois, la façade de la Maison s'écroula, ce qui perturba considérablement le déroulement des activités quotidiennes. Elle a alors été obligée de relocaliser temporairement une partie de ses résidents à l'hôpital Louis-H-Lafontaine, hôpital spécialisé en soins psychiatriques de longue durée à Montréal, autrefois nommé l'Hospice St-Jean-de-Dieu (à sa naissance en 1875). Bien que due à un concours de circonstance, cette relocalisation à l'intérieur des murs de l'asile montre néanmoins, malgré elle, qu'il existe un certain « continuum symbolique » comme dirait Goffman, entre les dispositifs voués à prendre en charge, gérer l'extrême vulnérabilité, au-delà des distinctions populationnelles (ou de problématiques). Mais l'effondrement de la façade et la relocalisation qu'elle a provoquée a surtout eu pour effet de mettre en évidence le statut ambivalent d'une grande part des personnes que la Maison accompagne et héberge, celles qui se situent dans ce continuum large et incertain entre la vie autonome et la mort. L'écroulement du « mur » qui les encadrait a montré, de façon plus visible et spontanée qu'autrement, à quel point ces sujets se situent dans un entre-deux, dans des catégories difficilement classables et « plaçables », ce qui a mis à l'ordre du jour la nécessité de créer d'autres dispositifs

capables de les «placer » et plus adaptés aux différents degrés d'autonomie des sujets. Ces dispositifs sont externes à la Maison, mais lui sont rattachés de façon étroite.

En effet, en 2007, environ dix ans après la première « transition » provoquée par l'arrivée de la trithérapie et le prolongement de la vie qu'elle suscita, on crée un premier dispositif externe, ce qu'elle nomme « l'appartement satellite ». L'appartement se dit « supervisé », où un intervenant est disponible pour tous les résidents, et il demeure présent dans la Maison que 2 jours par semaines. Dispositif satellite, l'appartement, comme son nom l'indique, reste étroitement attaché à la Maison d'Hérelle. Non seulement les individus qui y résident sont des anciens résidents de la Maison, mais ils ont également accès à cette dernière de façon prioritaire, et ce 24h sur 24, lorsque survient une « rechute », lorsqu'un résident nécessite des soins médicaux plus soutenus après une opération, ou encore lorsqu'un résident nécessite des soins palliatifs et doit donc y retourner pour mourir. De plus, on a aussi ouvert des studios privés (15), sous forme de logement sociaux, qui s'adressent à des personnes qui « ont plus d'autonomie et n'ont pas accès 24h sur 24 à la Maison d'Hérelle comme dans les appartements satellites » (intervenante). Ce sont des logements qui, comme pour le dispositif satellite, s'adressent aux individus ayant séjourné en mode « transitoire », qui ont atteint une « certaine stabilité », mais qui nécessitent quand même un accompagnement (médical et psychosocial) soutenu. Un intervenant est également sur place deux jours semaine. Aussi, depuis la dernière année, la Maison a mis en place un dispositif de « suivi post-hébergement ». Le contenu de cet accompagnement post-hébergement est variable, allant d'un appel téléphonique à une visite à domicile, que ce soit pour des raisons médicales plus spécifiques ou tout simplement pour « parler » et « maintenir le lien ».

CHAPITRE IV

UNE MAISON « OÙ LA MORT VIT »

« Il faut l'acheminer dans son cheminement »
(intervenant à la Maison)

« C'est tellement une belle maison ici, que les gens doivent jamais vouloir partir »
(résident à la Maison)

4.1 Entrer « en soi »

Lundi, 10h30, Christian, le coordonnateur des soins qui travaille à la Maison⁴¹ depuis son ouverture il y a 20 ans, accompagné de Julie, une jeune infirmière stagiaire, se rend à l'hôpital pour rencontrer Michel, un « résident potentiel » afin de franchir avec lui ce qui constitue la première étape pour entrer dans ce lieu «où la mort vit »⁴² : la « prise de contact ». Avant de se rendre à la chambre du patient, lui et Julie rencontrent Stéphanie, sa travailleuse sociale, qui a déjà, mentionne-t-elle, «préparé» son « client » :

Il va un peu mieux, mais il est très anxieux de vous rencontrer. Je lui ai expliqué ce qu'était votre ressource, mais il a d'autres questions à vous poser. Mais, bon, en principe, il devrait accepter de venir avec vous...de toute façon, il sait qu'il ne pourra plus retourner chez lui...et personne de sa famille ne peut le prendre.

⁴¹ Nous avons utilisé le terme « Maison » dans cette ethnographie comme diminutif de la Maison d'Hérelle

⁴² Nous reprenons cette expression de Roger le Clerc (1997) qui a réalisé un portrait global des « maisons où la mort vit », c'est-à-dire de l'ensemble des maisons communautaires VIH-Sida à Montréal.

Michel est entré à l'hôpital la semaine dernière. Après avoir vécu avec le VIH depuis plus d'une dizaine d'année, il a appris qu'il était aux prises avec un cancer avancé aux testicules et devait amorcer, en plus de la trithérapie, des traitements de chimiothérapie. Dans sa « Fiche de liaison » qui a été envoyée à la Maison par la travailleuse sociale en question en vue d'une demande d'admission, on peut lire, sous l'onglet « caractéristiques psychosociales » :

Michel habite seul à Montréal-Nord dans un cinq et demie. Il reçoit des prestations d'aide sociale car il ne peut plus travailler. Il est très isolé, ne sort plus de sa maison au moment de notre rencontre car dit avoir honte de son physique et se sent très affaibli. Michel est très vulnérable, ventile facilement ses émotions, dit avoir peur de mourir.

Christian et Julie entrent tranquillement dans la chambre de Michel, en ayant pris soin d'avoir enfilé auparavant le sarrau et les gants requis pour les patients en isolement. Christian s'avance, caresse d'une main l'épaule émaciée de Michel, qui dort dans son fauteuil.

- *Bonjour Michel! Bon matin....*
- *Ah bonjour! Je m'excuse de vous accueillir en dormant, j'ai eu une mauvaise nuit, je n'ai pas beaucoup dormi.*
- *Pas de problème Michel, c'est nous qui nous excusons de te déranger, on sait que t'as eu une grosse opération récemment, tu dois être fatigué... Je m'appelle Christian, je suis intervenant et coordonnateur des soins à la Maison et voici Julie, une infirmière qui fait son stage avec nous et qui va pouvoir s'occuper de toi pendant ton séjour.*

Michel interrompt Christian, pour lui demander : «mais c'est quoi la Maison? ».

- *La Maison a 17 chambres, on va pouvoir t'accompagner durant ta démarche. Pendant ta chimio, il y a des journées qui vont être plus difficiles que d'autres, alors il va y avoir du monde pour t'aider ou te servir de soutien si t'en as besoin.*
- *Mais... On doit faire des tâches en retour?*
- *Non, non. Tu fais comme chez toi. On ne t'achalera pas avec ça.*

- *C'est que je ne comprends pas le principe de la Maison. C'est une thérapie? Habituellement dans des places de même ils t'obligent à participer et tout.*
- *Non, ce n'est pas une thérapie, mais tu auras un intervenant attitré qui va être là si t'as besoin de parler de ce que tu vies. C'est sûr que nous, à la Maison, on a une philosophie participative, c'est-à-dire qu'on encourage les personnes à s'impliquer dans la vie de groupe. Tu vas avoir ta chambre privée, mais il y a les salles communautaires comme la salle à diner où on encourage les personnes à aller. La plupart des gens sont comme toi Michel, ils vivent avec le VIH et, honnêtement, ils ont presque tous le cancer, alors tu vis des expériences similaires et tu vas pouvoir en parler avec eux. Mais y'a des gens pire que toi, ça c'est sûr, qui n'ont pas de possibilité de rémission...Comment tu vas, toi?*

Avant de pouvoir répondre, Michel se met à pleurer. Christian s'approche, se penche à genou pour être à la hauteur de Michel et lui caresse le bras sans rien dire.

- *C'est un choc?* demande finalement Christian après un moment de silence.
- *Oui, c'est un choc... Je viens de l'apprendre à ma famille. Elle ne savait même pas que j'avais le VIH et là je lui apprends en plus que j'ai le cancer...et puis, c'est la première fois que je demande du soutien comme ça...je trouve ça dur de dépendre de quelqu'un comme ça...*
- *C'est normal Michel. On vit tous pour nous-mêmes. On essaie de s'en sortir comme on peut, chacun essaie de survivre tout seul peu importe notre condition. Mais, à un moment donné, ça déborde, et c'est normal. Les autres sont là pour ça, pour que tu puisses déborder un peu sur eux! Les deux rigolent doucement, comme pour détendre l'atmosphère.*
- *Ben juste de pouvoir en parler ça fait du bien,* répond Michel. *Chez moi, je pouvais passer plusieurs semaines sans parler à personne.*
- *Tu vas voir Michel, ça va te demander un petit ajustement au départ, mais après, tu vas rapidement te sentir chez toi.*

Ainsi commencera le bref séjour de Michel à la Maison dont le terme, quelques semaines plus tard, sera la mort. Comment entre-t-on dans une «maison où la mort vit»? Comment s'y prépare-t-on? Que laisse-t-on derrière soi ? Pour un bon nombre des futurs résidents, cette « prise de contact » représente un premier choc avec la réalité, sans doute un des plus brutaux dans les sociétés contemporaines: devoir dépendre d'un autre. Souvent au-delà d'une situation qui peut paraître fatale

(ici, la mort et/ou maladie chronique), c'est le fait de devoir renoncer, temporairement ou de façon permanente, à son autonomie; à sa capacité de s'occuper de soi, à trouver en soi les ressources nécessaires pour « s'en sortir », qui peut devenir une épreuve douloureuse, voire tragique, avant même celle de la mort. Dans ce dialogue entre Michel et Christian, il n'est en effet pas question de mort, qui reste, somme toute, présente, mais bien d'une prise de conscience, d'un « choc » devant le fait de devoir « demander du soutien », de « déborder sur les autres », pour reprendre les expressions de Michel. Dans les sociétés contemporaines, la plupart des individus vivent avec différents supports qui les accompagneront tout au long de leur trajectoire. Or, c'est souvent le degré de conscience vis-à-vis de ces supports qui variera selon notamment leur degré de légitimité sociale. En effet, Michel aura vécu, durant la longue trajectoire de sa maladie avec un certain nombre de supports (médical, aide sociale, psychothérapie, aide à domicile, etc.) qui lui ont permis de conserver, dans une certaine mesure, le sentiment de vivre de façon autonome malgré et avec la maladie.

Toutefois, passer d'un état d'autonomie perçu comme « survie ordinaire » (dixit « chacun essaie de survivre tout seul »), pour reprendre l'expression de Christian, à ce qui peut être perçu par certains comme une « dépendance » face à autrui (qu'il s'agisse d'une personne, d'une prothèse, d'un médicament, etc.) peut représenter pour plusieurs une véritable rupture existentielle, une coupure avec la « société » homologue à celle d'un « enfermement ». Dans cette optique, les intervenants considèrent qu'entrer à la Maison doit se faire le plus doucement et tranquillement possible, sans séparation abrupte avec le « monde externe », sans violence, drame ni fatalité; comme on entre, et peut-être pour la première fois véritablement, « chez soi ». La prise de contact, ce « proto-dispositif » d'accompagnement met en scène les premiers jalons pour apprivoiser, dans la mesure du possible, cette épreuve douloureuse qui affecte profondément l'individu dans son rapport à soi. Elle permet de faire connaissance avec le futur résident, de discuter avec lui, d'« évaluer ses besoins », de désamorcer une « crise » potentielle face au

constat brutal d'une perte partielle ou presque totale d'autonomie. La prise de contact, cette première « rencontre du soi vulnérable », perçue par les intervenants comme la prémisses de ce qui permet d'entrer non seulement chez soi, mais véritablement « en soi », se fait presque toujours « chez autrui » : les intervenants se rendent soit à la demeure du futur résident qui s'apprête à la quitter temporairement ou définitivement, soit dans une autre institution (médicale, ressource d'hébergement, famille, etc.) qui a atteint la limite de ses capacités à l'accompagner ou à « rencontrer ses besoins ».

Soi chargé

Aller recueillir le résident potentiel sur le terrain d'une autre institution qui « faillit » à prendre en charge autrui, témoigne notamment du fait qu'on ne rentre pas « n'importe comment » à la Maison. Non seulement on n'y entre pas de façon forcée, contre son gré⁴³, mais, habituellement, une demande d'admission a généralement été formulée au préalable. Les demandes proviennent en grande partie des hôpitaux, mais aussi des CSSS (Centre de santé et de services sociaux), de l'Équipe mobile UHRESS (Unité hospitalière de recherche, d'enseignement et de soins sur le sida⁴⁴), du milieu carcéral, des ressources d'hébergement en toxicomanie, du « réseau post-hébergement » de la Mission. La plupart du temps, ces demandes, quel que soit le milieu de provenance, sont formulées par l'entremise d'intervenants qui ont créé un contact ou assuré un « suivi psychosocial » avec la personne parallèlement au suivi médical.

⁴³ « Nous, ici, à la Maison, on ne prend que des gens qui sont volontaires ! On n'est pas une prison ou un centre de désintox ! », insistera pour me dire la directrice de la Maison.

⁴⁴ L'équipe mobile assure un suivi externe; elle est composée d'infirmières, de professionnels du service social, d'intervenants communautaires, de médecins omnipraticiens. Elle est centrée sur la clientèle toxicomane et/ou itinérante atteinte du sida qui n'a pas de lien ou de suivi reconnus par le réseau institutionnel et communautaire

Si la Maison s'adresse à «toute personne vivant avec le VIH/Sida en perte d'autonomie physique et psychologique ayant des besoins d'ébergement»⁴⁵, il semble que, depuis quelques années, on constate des changements majeurs en ce qui a trait aux maladies et aux problématiques des personnes accueillies. Les individus qui entrent désormais à la Maison arrivent chargés d'un bagage de problèmes de plus en plus imposant; en cela, ils diffèrent de la clientèle à laquelle cette institution était jusqu'ici habituée. Si la majorité des résidents de la Maison est masculine (83%) homosexuelle (51%), (les femmes constituent environ 20% de sa clientèle depuis les dix dernières années), ce qui change surtout, aujourd'hui, est la nature des problématiques qu'on y observe et qui sont directement ou indirectement liées au VIH/sida (Rapport annuel, 2008-2009). D'une part, l'introduction des traitements antirétroviraux vers la fin des années 1990 a réduit la dégénérescence des personnes vivant avec le VIH/Sida en le transformant en une condition chronique. Ces personnes vivent donc plus longtemps, mais développent en revanche des maladies normalement associées au vieillissement, et des conditions préexistantes ou nouvelles tels que l'hépatite, le syndrome d'émaciation, la démence sont complexifiées par les traitements. Alors que le nombre de personnes qui meurent du Sida a énormément diminué à la Maison depuis l'introduction de la trithérapie, on constate néanmoins un nombre très élevé de cancers depuis les dernières années. La plupart de ceux qui décèdent à la Maison décèdent ainsi d'un cancer aujourd'hui.

Mais mise à part ces problématiques davantage «corporelles», il semble que depuis quelques années, la Maison doive désormais faire face à une augmentation de la clientèle «multi-problématiques» dont, notamment, celle des «personnes sans domiciles fixes», qui constituent le tiers de ses résidents. Considérée désormais comme un «élément majeur» (Rapport annuel 2008-2009), cette nouvelle clientèle «itinérante ou à risque de le devenir» chargé d'un bagage important de

⁴⁵ Site Internet de la Maison

problématiques telles que la toxicomanie, la prostitution, la santé mentale, débarque «généralement dans un mode de survie », mentionne-t-on, et «ne sont souvent pas prêtes à réagir à l'ampleur des défis auxquels elles seront confrontées » (idem). Ainsi, désormais, les intervenants et bénévoles doivent composer au quotidien avec cette «nouvelle » clientèle à risque qui arrive avec un « bagage » complexe et parfois lourd de problématiques, quelque peu distinctes de celles pour laquelle la Maison avait spécifiquement ouvert ses portes:

La clientèle est de plus en plus...je dirais pas difficile parce que je n'aime pas ce terme...mais on voit une population avec des problèmes de santé mentale, de toxicomanie, d'itinérance alors qu'avant c'était vraiment la population gay. Ça change beaucoup... la clientèle gay qui était vraiment solidaire du VIH... pas a pris du recul... mais c'est vraiment des gens qui vivent plein d'autres problématiques.

La lourdeur du bagage, le « stock » d'habitudes dommageables accumulées depuis longtemps et souvent au travers de trajectoires «instables » constitue bien souvent un frein important au travail d'accompagnement axé avant tout, comme nous le verrons, sur la reconstruction de soi. D'ailleurs, plusieurs demandes d'hébergement en provenance de travailleurs sociaux ou de ressources pour personnes sans domicile fixe adressées à la Maison ont été refusées parce que la principale problématique n'était pas reliée au VIH/Sida, ce qui montre à quel point la Maison est de plus en plus considérée comme pouvant jouer un rôle d'accompagnement social, avant même celui d'un accompagnement en fin de vie.

Des héros ordinaires

Avec l'allongement de vie qu'a permis la trithérapie, c'est non seulement le visage de sa clientèle qui change, mais aussi en quelque sorte sa philosophie d'intervention. En effet, la Maison fut créée non seulement pour répondre, de manière discrète, spontanée et sans gloire à une situation d'urgence (le lot de morts massives

que la médecine ne parvenait pas à contrôler) par la mise en place d'un dispositif concret de gestion de corps mourants, mais aussi, de façon moins discrète et spontanée, pour libérer les individus des chaînes et des travers de l'institution «totale» de la médecine en créant un dispositif « alternatif » de soins :

La philosophie, l'approche prônée par la Maison s'inscrit dans son histoire, ce qu'on a tendance à oublier aujourd'hui. La Maison est née d'un mouvement social à l'époque où les revendications gays et lesbiennes commençaient, et à l'époque où il y avait encore énormément de préjugés sur le SIDA. La Maison est née à la suite des réactions des proches face aux traitements réservés par le corps médical aux personnes atteintes de VIH/SIDA. On les laissait mourir dans les hôpitaux de façon inhumaine...alors les proches se sont mobilisés pour créer une ressource capable d'accueillir dignement leur pairs et de les laisser mourir dans la dignité, entourés de leur famille et amis . Les principes de l'accompagnement que l'on retrouve aujourd'hui à la Maison viennent de cette approche palliative et donc de cette philosophie alternative qui disait « non au tout médical »....

Or, en 1996, six ans après l'ouverture de la Maison, la trithérapie arrive sur le marché. Celle-ci, qui ne s'attaque pas directement à l'agent pathogène, mais empêche les maladies opportunistes de se développer, ne permet donc pas de guérir, mais plutôt de vivre avec le virus en le transformant en condition chronique. De façon remarquable, la vie est entrée pour la première fois dans l'histoire de la Maison, ce qui l'a conséquemment positionnée comme n'étant ni réellement « dehors », ni réellement « dedans » l'institution médicale. En effet, l'arrivée de la trithérapie comme nouveaux médicaments de confort a non seulement élargi les critères de cette étape « fin de vie », rendant la possibilité de vivre beaucoup plus longtemps avec la maladie incurable du sida, mais força également la Maison à questionner sa philosophie, soit son modèle pédagogique de départ qui était principalement centrée sur une contestation du « tout médical » : « Avant la trithérapie, on faisait de l'accompagnement palliatif à contre-pied du modèle médical. On disait non au tout médical ».

Passant de la figure du « héros total », associée aux mouvements gay et antimédical, les personnes qui entrent à la Mission se rapprochent davantage aujourd'hui de la figure du « héros ordinaire », c'est-à-dire comme des individus n'ayant pas choisi de lutter pour leur « différence » leur appartenance à une « communauté », mais qui sont soumis à une épreuve liée à maladie et/ou à la mort. Si, au départ, les soins palliatifs constituaient l'unique modèle d'intervention de la Maison, celle-ci, à la suite de l'arrivée des antirétroviraux a intégré au sein de sa mission, un volet qu'elle nomme « transitoire » qui accueille aujourd'hui la majorité des personnes afin « de mieux à vivre de façon autonome avec et malgré la maladie », mentionne un intervenant. Le volet de transition a donc été créé pour permettre un meilleur arrimage aux nouvelles trajectoires individuelles et singulières de la maladie devenue condition chronique. Les individus qui entrent à la Maison ne sont considérés ni malades, ni en bonne santé, mais aux prises avec une condition chronique, ce qui fait en sorte que leur trajectoire de prise en charge se distingue souvent considérablement de celle des individus atteints d'une maladie « curable », c'est-à-dire qui peut être vue comme une mise entre parenthèse de l'existence ordinaire.

Corps biologique, corps biographique

Les trajectoires de ces individus ni malades, ni en bonne santé, sont généralement ponctuées par l'organisation de qu'on appelle dans le milieu médical « le suivi au long cours », composé de consultations individuelles avec un médecin généraliste, de périodes d'hospitalisation, d'examens cliniques et biologiques, de changements de traitement antirétroviral, d'évaluations des effets secondaires, etc. Si tous ou presque ont donc eu un suivi médical, rares sont ceux qui n'ont pas eu d'occasions de fréquenter au préalable le monde de l'intervention psychosociale. La plupart de ceux et celles qui se retrouvent à la Maison sont « connus » des différentes institutions, ayant pour une bonne part un « long parcours institutionnel » selon l'expression du milieu social. Ils y arrivent pour la plupart avec une « fiche de liaison »

qui contient par écrit certains détails sur la personne, ceux que l'on juge utiles à transmettre aux intervenants de la Maison. C'est par ces traces institutionnelles, portant sur les caractéristiques dites « psychosociales », que les intervenants peuvent se faire, au-delà de l'état médical de la maladie, une première idée du résident au moment de la demande d'admission, avant même de le rencontrer en personne. Par exemple, sur une des demandes d'admission envoyée à la Maison par une travailleuse sociale attitrée à un hôpital, on peut trouver cette fiche de liaison en pièce jointe:

Histoire actuelle et profil psychosocial: M. Mansion a 56 ans. Il est célibataire et est seul en appartement à St-Hyacinthe. Il est prestataire de l'assistance emploi (contraintes sévères).

Composition et dynamiques du plan familial et social: M. Mansion n'a pas de contacts avec sa famille immédiate. Il a un réseau d'amis vivant à Mtl, mais comme ses déplacements se trouvent compliqués par sa condition physique, il se dit isolé, n'ayant pas de réseau social à proximité.

Objectifs: permettre à M. Mansion de se nourrir adéquatement, de se reposer et de diminuer l'anxiété causée par son isolement à domicile compte-tenu de son état de santé.

Ou encore, sur une autre demande d'admission faite par une travailleuse sociale du CLSC des Faubourg au sujet de Mathieu, un homme qui résidait préalablement dans un refuge pour sans abris, on peut lire, de façon plus concise et péremptoire:

Information psychosociale :

- Mémoire : mémoire normale
- Orientation : bien orienté par rapport au temps, à l'espace et aux personnes
- Compréhension : comprend bien ce qu'on lui demande
- Jugement : évalue la situation mais nécessite des conseils pour prendre des décisions censées.
- Comportement : bon comportement, mais quand il n'est pas d'accord il a tendance à s'obstiner alors ça le rend asocial.

Ces profils psychosociaux, qui rendent compte de l'intrication entre problématiques de santé et problématiques sociales (pauvreté, isolement, comportements jugés « asociaux », etc.), figurent de façon écrite sur les fiches de liaison seront conservés dans le dossier du résident une fois admis à la Maison. En ce sens, si elles ont été formulées par des instances externes à la Maison au moment de la demande d'admission, et si elles ont été conçues au départ pour fournir aux intervenants un certain nombre de renseignements sur le résident potentiel afin qu'ils puissent évaluer préalablement la nature et la pertinence de la demande, ces traces deviendront en quelque sorte des empreintes permanentes et auront une certaine influence sur l'intervention quotidienne déployée dans la Maison. Jointes à ce qu'ils nomment le « dossier du résident », qui est consulté à tous les jours par les intervenants, elles peuvent servir, par exemple de repères lorsque ces derniers ne comprennent pas ou se sentent un peu dépassés par les agissements d'un résident. Mais ces profils permettent aussi aux intervenants de poser les prémisses d'un espace d'intervention qui interpelle le sujet malade ou mourant comme une individualité irréductible à son corps. Le malade qui entre à la Maison est interpellé avant tout comme une « personne » :

Lorsqu'on rencontre un résident pour la première fois, on insiste sur l'importance de la prise de contact, d'apprendre à connaître la personne, ses besoins, ses valeurs. La personne qui entre ici n'est pas juste un corps.

En effet, un des objectifs érigé en véritable valeur du travail d'accompagnement à la Maison, et ce que l'on travaille en soins palliatif ou en mode « transition », est le dépassement de l'espace du corps alors que tout concourt dans la réalité à assujettir les individus qui entrent à la Maison à leur enveloppe de chair. En effet, les corps qui entrent pour un répit ou pour mourir, les corps qui se donnent à voir dans les couloirs, salles communes, chambres privées de la Maison, ne sont pas n'importe quel corps. Ce sont des corps affaiblis, amaigris, diminués, lésés

quotidiennement par la maladie, les effets secondaires des médicaments, voire par la mort qui s'insère progressivement dans tous les orifices de la peau. Pour un observateur externe, ces corps semblent mis à nu, désinvestis de manière subjective, comme marqués du seul sceau de la maladie. C'est la vie qui s'expose au regard dans sa brutalité biologique ou dans sa réalité uniquement médicalisée. Pour tenter de contrer cette réalité, l'investissement de la singularité des résidents au-delà de l'espace du corps semble constituer une tâche aussi importante, sinon plus, que celle de prodiguer des soins médicaux. Les intervenants, ici, sont nombreux à penser que pour bien faire leur travail, il faut interpeller autrui en tant qu'une « personne » irréductible à sa maladie, son corps, sa mort. Il faut connaître la personne, son histoire de vie, investir le corps biologique d'un « corps biographique » ou d'une épaisseur « psychosociale ».

Or, une des difficultés dans cette tâche réside dans l'équilibre précaire que les intervenants semblent devoir maintenir entre le respect de la vie privée d'autrui et la possibilité d'y déterrer des indices biographiques qui, à l'instar d'une psychothérapie, viendrait faciliter le travail de l'intervention. Il semble, en effet, exister une certaine règle implicite selon laquelle il y a une limite à ne pas franchir en termes de vie privée : le passé. Il semble qu'on ne puisse ni faire « tabula rasa » du passé, ni forcer un individu à dévoiler son passé contre son gré. Or, parvenir à maintenir cet équilibre, qui tient souvent sur un fil de rasoir, peut parfois devenir une tâche stérile pour les intervenants, notamment lorsqu'un individu adopte des comportements troubles, dérangeants : « Je sais qu'il y a des limites qu'on ne peut pas franchir, mais il me semble que de connaître mieux son histoire nous aurait aidé... », souligne une intervenante qui fut menacée par un résident dont on savait qu'il détenait un casier judiciaire, mais sans toutefois en connaître les raisons.

Bien souvent, de la vie passée de l'individu, on ne retient que ce qui se limite au « vécu institutionnel », c'est-à-dire aux expériences acquises ou aux conflits survenus

dans les mailles des ressources fréquentées préalablement. Il peut toutefois arriver que les résidents révèlent d’eux-mêmes certains «souvenirs» de leur « ancienne vie » qui débordent des traces déjà écrites à leur sujet. Ces bribes du passé, parfois heureuses, parfois malheureuses, ne permettent pas toujours aux intervenants d’orienter leur intervention. Il peut arriver qu’elles dérangent, qu’on se sente mal à l’aise, qu’on ne sache pas trop quoi faire avec ces révélations, s’il faut les croire, les ignorer ou encourager doucement leurs auteurs à les laisser de côté. Ces bribes révélées sur la vie passée peuvent être inscrites au dossier des personnes et discutées entre intervenants dans des réunions d’équipe ou de façon plus ou moins informelle dans le bureau des intervenants.

Hier on a appris qu’il y a deux résidents présentement qui ont été proxénètes. Peut-être qu’ils étaient pédophiles aussi mais... enfin, ce n’est pas la même chose... Mais ça fait partie des choses qui me dérangent.

Il dit qu’il était écrivain...il a certains souvenirs provenant de publication. Peut-être qu’on peut l’encourager à écrire, mais il semble plutôt confus. Est-ce qu’il va être capable de le faire, c’est ça la question.

Mélissa a commencé à nous parler de son passé et c’est très très lourd ce qu’elle nous raconte...Je ne sais pas trop ce qu’on peut faire avec ça pour l’instant...

On dirait qu’il a quasiment trop de vécu. Il dit qu’il a une thèse en psychologie, qu’il était dans l’armée en Afghanistan...c’est un peu louche.

Approche carpe diem

Ainsi, il semble que de la vie passée on ne retienne souvent que des traces et des bribes, celles les plus fréquemment classables, utilisables, pouvant être écrites de façon concise et catégorisées d’une façon ou d’une autre. Si on évoque sans cesse l’importance de « connaître la personne », le seul passé auquel on semble laisser libre cours semble être celui qui, au seuil ultime de la mort, se disperse— pour y rester— dans l’oreille vigilante de l’accompagnant. Pour l’essentiel, la pérennité du « corps

biographique », à défaut de celle du corps biologique, semble moins reposer sur le passé que sur « l'histoire actuelle » : c'est-à-dire sur une épreuve de vie qui s'inscrit au présent, s'éprouve comme une suite d'étapes au quotidien composée d'histoires «non héroïques», de survivance ordinaire, de changements sans guérison « finale », mais où peuvent, malgré une issue a priori fatale, s'additionner certaines réussites, certains gains, avec lesquels les individus qui y sont confrontés peuvent parvenir à vivre, même fragilisés, même lorsque leur autonomie est lourdement menacée par le poids objectif d'une maladie, une part de l'éternel et de l'immuable. Et cela passerait notamment, dans le travail d'intervention, par une approche qui tente de rendre pérenne « la personne », perçue comme l'essence même du «corps biologique », par une attention constante à la manière dont chaque individu vit, évolue singulièrement, s'affirme au jour le jour dans cette épreuve commune dont l'issue finale est soit l'état chronique soit la mort. C'est dans cette optique que l'équipe d'intervenants a baptisé son approche d'intervention «l'approche carpe diem », désignée ainsi d'après le nom d'une ressource d'hébergement communautaire à Montréal (La Maison Carpe Diem) qui, malgré le fait qu'elle s'adresse à des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer, pratique une philosophie d'approche qui lui semblait très apparentée à la sienne : «encore une fois c'est l'approche carpe diem : Il faut y aller au jour le jour, selon chaque stade de la maladie, selon chaque personne; ça doit être adapté à chaque personne», souligne la directrice lors d'une réunion d'équipe concernant certains questionnements entourant les avenues possibles d'action auprès d'un résident dont les pronostics semblaient de plus en plus se refermer.

4.2 Intervention au singulier

Cette approche « carpe diem » centrée sur la pérennité de la personne ou, en d'autres termes, cette tentative de mise en valeur du corps biographique au-delà de la fatalité du corps biologique, se fait tout d'abord par une procédure d'accueil

aboutissant à un projet personnalisé : le « plan de séjour ». Pour chaque personne qui entre à la Maison, les intervenants principaux se chargent de faire un plan d'accompagnement qui doit tenir compte non seulement de la « condition objective » de l'individu, renvoyant au seul registre du corps, soit le diagnostic médical, le stade d'avancement de la maladie et les soins médicaux requis (médicaments, prise de sang, radiothérapie, etc.), mais surtout, des « besoins » de l'individu et des « objectifs » envisagés. La première étape de ce plan consiste à rencontrer le nouveau résident afin qu'il puisse cerner ses besoins et les objectifs sur lesquels il souhaite travailler au cours de son séjour, que celui-ci soit palliatif ou transitoire. Pour les intervenants, cela requiert au préalable une certaine forme de transparence, d'authenticité, de communication avec soi de la part du résident. Avant même de pouvoir travailler sur soi, d'identifier ses besoins et d'élaborer ses objectifs, ce dernier, par souci de reconnaissance, doit être capable de cerner et de mettre en mots sa « problématique » ou ce qui « pose problème » :

au moment de la rencontre où on décide du plan d'accompagnement, je rencontre chaque personne ici, pour lui demander tout d'abord, sur quelle problématique elle veut travailler lors de son séjour. Et je lui demande de problème en toute franchise, en toute honnêteté, même si c'est difficile ou si ça peut faire mal. Je lui dis : « Jje vous demande toute votre franchise, et de me dire quel est le problème pour que je puisse comprendre. Mais si vous ne me dites pas ce que vous avez, à ce moment-là je ne serai pas en mesure de vous comprendre et de vous aider ». Quand les gens me mentent ou qu'ils ne me le disent pas, pour moi ça, je sais que ça va être un accompagnement difficile.

Lors de l'entente de séjour, les intervenants sont là pour se mettre à l'écoute de la personne afin de recueillir moins son récit de vie, qu'un premier témoignage de sa vulnérabilité, de sa souffrance, de sa subjectivité; l'une des preuves que l'on demande de plus en plus, aujourd'hui, à l'individu pour se dire et se faire reconnaître comme tel. Michel, tel qu'on l'a vu, peut être considéré comme un « candidat idéal » :

il pleure, met en scène d'emblée sa vulnérabilité et réaffirme de lui-même l'importance de la parole (« ça fait du bien de parler »). Ces petits témoignages, brefs et souvent éphémères expositions de soi qui passent, notamment, par une certaine démonstration d'émotions, de souffrances, d'affects et prise de parole, contribuent à la consolidation des « preuves de soi » qui seront sollicitées tout au long du séjour de Michel. Il en est de même pour les autres individus qui résideront à la Maison. Une fois admis, chaque personne doit dans les faits signer ce plan d'accompagnement qui fixera par écrit « ce que la personne souhaite entreprendre lors de son passage à la Maison », mentionne-t-on et ce, même dans les situations de phase terminale. Le plan d'accompagnement constitue une façon tangible pour les intervenants de démontrer qu'ils ne sont pas d'abord à l'écoute de « l'expertise » ni soumis aux injonctions du corps, mais plutôt sensibles avant tout aux « capacités psychosociales » de la personne, notamment ses capacités d'évaluer et d'identifier ses propres besoins, ses projets, et en quelque sorte, ses capacités de décisions sur sa propre vie et sa mort, en toute conscience de cause.

Mais à quoi peut justement ressembler un projet ? quels peuvent être les objectifs à atteindre dans un contexte où l'incertitude concernant l'avenir est la norme; lorsque le timbre de l'avenir est souvent cadencé par le pire, le moins pire, voire par le rythme de la mort? Ce qu'on appelle le projet, les besoins ou les objectifs, ne peuvent, ici, qu'être modestes et sans grand éclat. Dans le cartable des résidents qui regroupe les fiches des individus présents dans la Maison, on a placé une feuille servant de modèle de plan d'accompagnement, afin que les intervenants s'en inspirent pour identifier, avec le résident, ses besoins et objectifs. On insiste pour l'utilisation de verbes d'action positifs, tels que « conserver », « maintenir », « développer », et on donne des repères communs permettant de classifier les objectifs et besoins de la personne, telles que « l'autonomie », la « gestion de la santé » :

Objectif du séjour
Ex. «Développera son autonomie physique » Toujours mettre un verbe POSITIF. Ex : améliorer, augmenter, progresser, développer, apprendre, maîtriser, identifier, conserver, garder, maintenir, soutenir.... Pas plus deux objectifs généraux en fonction des besoins prioritaires de la personne.S'inspirer des sphères d'objectifs : 1. autonomie 2. habiletés domestiques 3. gestion de santé 4. habileté au travail 5. comportement inadéquat 6. soins palliatifs

Pour Robert, l'objectif en entrant à la Maison, est de « souffrir le moins possible à sa mort ». Pour Sylvie, c'est « de se réconcilier avec sa famille et mieux gérer ses médicaments ». Pour Julien, c'est « de travailler sur son agressivité et améliorer son poids ». James, quant à lui, souhaite « être en contrôle de sa douleur. Il considère que le CLCS n'était pas adapté à sa douleur et il s'en plaint », comme on peut le lire dans son plan d'accompagnement. Ici, chaque personne est considérée comme singulière, avec des objectifs personnels, avec son propre cheminement, avec des besoins spécifiques, avec une personnalité distincte, etc., et ce, au-delà de leur statut commun, c'est-à-dire la maladie, voire la mort. On ne cesse, en effet, de rappeler l'importance de prendre en compte ce rapport singularisé à une même condition objective (maladie, mort) et d'être capable de travailler avec, voire d'adapter l'intervention en fonction. L'intervention doit se faire en fonction de « chaque personne » et non en fonction de la maladie: « Dans le fond ça dépend de chaque personne. On prend chaque personne où elle est, on évalue avec elle c'est quoi qu'elle a à travailler ici et puis on la suit là dedans », « Chaque cas est vraiment

différent », « Je dirais que le principe même de ce travail c'est d'être disponible pour tous les types de personnalité », « Nous on s'adapte à chaque personne, c'est vraiment personnalisé ... ça dépend vraiment de chaque personne. Y en a qui viennent pour mourir en paix, d'autre pour prendre de bonnes habitudes de vie, puis y en a d'autres qui viennent pour d'autres raisons très différentes ». Pour faciliter cette disponibilité « personnalisée », chaque intervenant de la Maison est attribué à deux résidents, où ils ont la tâche de centrer leur attention (soins, écoute, suivi) sur ces deniers, tout en s'occupant également des autres résidents de la Maison lors de leur quart de travail. Pour les intervenants, cette prise en compte des singularités individuelles constitue une marque qui, selon leur perception, les distingue de ce qui a cours dans le système hospitalier, voire le système public de santé. Leur professionnalisme, voire leur humanisme, tiendrait à cette capacité d'aller à la rencontre de cet individu singulier « déjà-là », qui existerait en-deçà ou au-delà de cette « machine hospitalière ». Les intervenants se considèrent en quelque sorte comme des garde-fous naturels de cette singularité, ce qui est perçu comme contraire aux rôles des acteurs du système hospitalier :

Avant, moi je travaillais à l'hôpital où j'avais une démarche qui était tout autre. C'était une approche qui n'est pas du tout dans les mêmes schémas de fonctionnement et dans les mêmes réflexions. Personnellement, pour moi c'est une vraie révolution au sens où je considère beaucoup plus de choses que je le faisais à l'hôpital : je parle de l'humain en règle générale. Je me sens ouvert à ce qui se passe et je fais mon travail en fonction de ce qui se passe chez les gens et non pas l'inverse, ce que j'avais l'impression de faire à l'hôpital. C'est-à-dire que je faisais mon travail et j'essayais de coller ce travail aux personnes qui étaient là, avec toutes les obligations que ça entraîne, toute l'organisation qu'il peut y avoir dans l'hôpital à la grandeur, la quantité de travail et les objectifs qui ne sont pas les mêmes...non, à l'hôpital ce n'est vraiment pas la même dynamique.

Ici, on est vraiment centré sur l'humain et sur la réalité des gens, contrairement à l'hôpital. J'ai l'impression que ça nous protège un peu de faire de grosses erreurs, justement de voir cette réalité des gens. On est plus ou moins des garde-fous naturels qui nous obligent aller voir ce que les gens vivent parce qu'on est tous ouvert à ça

Moi, mon savoir il est médical. L'hôpital m'a servi à acquérir cela, mais je pense que pour l'appliquer, il y a cette notion-là de capacité de se remettre en question, parce que ce savoir x il n'est pas applicable à dix personnes de la même manière : ça s'applique vraiment en fonction de la personne elle-même...donc la capacité de questionnement, de remise en questions et de partage de tout cela

J'aime ça parce que... si je prends le système public, ce serait plus comme un cadre et les gens faut qu'ils « fient » dans le cadre. Ici, on a beaucoup de personnes différentes et on ajuste notre cadre à chaque personne. C'est ça que j'aime beaucoup, on s'ajuste à chaque personne puis on les suit où elles veulent aller. Dans la limite de ce qu'on fait ici, parce que si la personne « fite » pas avec ce qu'on fait ici, on va être capable de l'orienter ailleurs aussi .

L'hôpital, cette institution massive et massifiante, est très critiquée dans le discours des intervenants non seulement en raison du traitement réservé aux individus en fin de vie, mais aussi – et cela va de pair – de sa propension, en raison de sa lourde structure institutionnelle, à créer un rapport de soins anonyme, objectif et abstrait qui ne tiendrait pas suffisamment compte du caractère singulier des malades, de la particularité des situations, car les malades selon eux « ont tous une évolution différente dans la maladie, selon leurs forces, leur faiblesse, leurs besoins, leurs capacités personnelles, leur histoire de vie », mentionne un intervenant.

Surbriller et écrire

Un exemple banal mais révélateur de cette prise en compte de la singularité se fait par la prise des « notes d'évolution ». La prise des notes est un rituel sacré à la Maison. Elle doit se faire systématiquement à chaque jour avant tout changement de quart de travail (matin, soir, nuit), où les intervenants prennent une pause de leur travail direct auprès des résidents. et consiste en un exercice de description minutieux des gestes et comportements de chaque résident, incluant les plus microscopiques, tels qu'un sourire observé au passage, un juron lancé de travers, un refus de

participer, une absence d'appétit, un selle abondante, etc., et cela, du matin jusqu'à la tombée de la nuit. Les notes doivent préciser le « où, quand, comment, quoi, combien » : à sa chambre, au bureau des intervenants, au salon, 5 millilitres, à 8h, pendant 5 minutes, avec l'aide d'un intervenant, seul, avec un déambulateur, en fauteuil roulant. L'intervenant principal, ou parfois l'infirmière attitrée, est tenu de noter tous les changements possibles dans l'état du résident, que ce soit une évolution favorable ou défavorable, l'ajout d'un nouveau problème, ou encore un comportement qui pourrait sembler inhabituel. On doit observer et décrire tant les modulations du corps, « l'attitude physique », les « réactions physiologiques autonomes », que « l'état d'esprit », c'est-à-dire le comportement du résident relié ou non à son plan d'accompagnement, la communication verbale, les interactions, les émotions, etc. Ces notes doivent même s'étendre aux comportements des proches, lorsqu'ils sont présents dans la Maison. Les notes permettent ainsi d'observer et de décrire une « personne en situation ». On peut lire, par exemple, que tel individu est « souffrant, très anxieux, a des sécrétions abondantes »; que tel autre a « reçu de l'Imodium à 8h. Plutôt de bonne humeur en après-midi », ou encore qu'un autre a eu une « incontinence fécale en matinée. Belle humeur au souper ». La nuit, souvent, on peut lire « pas vu de la nuit ». Sur une plus longue période, lorsqu'on ouvre le cartable et qu'on lit les notes d'un résident au cours d'une semaine, une certaine linéarité ou constance se dessine. Par exemple, dans les notes d'évolution de Jean-françois prises pendant une semaine, on peut lire:

- 09-03-14 : belle humeur. Taquin. Se promène dans les lieux communs.
- 09-03-15 : Présent aux deux repas, très sociable.
- 09-03-16 : Bien présent toute la journée dans la Maison. Communique beaucoup avec l'ensemble des résidents et des intervenants.
- 09-03-17 : Belle humeur. Présent au souper.
- 09-03-18 : parle de ses arrangements funéraires. Présent au dîner.
- 09-03-19 : Souriant. Fait des blagues. Sociable.

Tâches d'observation et d'écriture routinières, ces notes constituent un document légal reconnu par la Cour Supérieure du Canada comme preuve *prima facie* depuis 1970. Dans ce cadre légal, les notes d'observations sont supposées témoigner des soins prodigués au résident et servent à rétablir « les faits » dans l'éventualité où la Maison d'Hérelle ou un(e) intervenant(e) serait traduit (e) en justice. Par exemple, les notes peuvent servir de témoin légal lorsqu'un membre de la famille considère qu'il y a eu irrégularité entourant la mort d'un résident, lorsqu'un résident poursuit la Maison ou un intervenant pour « abus thérapeutique », ou encore lorsqu'un résident doit être évalué par le Curateur public pour « inaptitude ». Jusqu'aux années 1990, seules les notes médicales étaient reconnues comme document légal. Depuis, les notes d'évolution « psychosociales » ont aussi été reconnues légalement. Si la nature des notes médicales semble plus précise, celles dites psychosociales sont davantage nébuleuses. Le terme large « psychosocial » donne parfois l'impression d'englober tout ce qui n'est pas considéré comme lié au corps (médicaments ingérés, piqures données, culotte d'incontinence, traitement reçu, etc.). Dans ce terme un peu fourre-tout, on trouve des adjectifs comme « sociable », « souriant », « belle humeur », « un peu agressif », « dit qu'elle se sent déprimée », « s'enferme dans sa chambre », « difficulté à ventiler ». On retrouve ainsi toute une palette de sentiments, d'émotions, de comportements qui ne sont pas liés au corps, mais à la « personne » qui se situe en-déça, au-delà, à côté de son corps.

Mais en-dehors de ces motifs légaux, ces notes, qui peuvent paraître a priori mineures, routinières ou sans grande importance, constituent au contraire les marques les plus visibles de l'intervention déployée dans la Maison: elles témoignent de ce « travail avec » autrui au quotidien; ce minutieux labeur qui s'inscrit dans les corps et les voix affaiblis, dans les dialogues éphémères et comportements minimes des résidents, et rarement dans le cadre d'aveux furtifs, de délivrances fulgurantes, de retournements imprévisibles ou d'émotions poignantes. Elles permettent de témoigner de façon visible tout ce qui se remue modestement, souvent de façon

provisoire, dans des intervalles d'action restreintes aux rapports intimes entre intervenants et résidents, que ce soit dans une chambre privée ou dans une conversation informelle, ou encore dans des petits gestes qui ne seraient « presque rien » sans cette empreinte visible et indélébile. De la même façon que ces notes donnent une certaine consistance visible à l'intervention, elles permettent aussi de faire surbriller cette déférence positive envers la « personne », tant prêchée, et ce notamment dans un contexte où les limites de temps et d'espace sont comptés. Elles constituent un véritable cérémoniel au sens où elles permettent d'incarner la « personne » comme objet rituel en déroulant au fil du quotidien les singularités les plus banales comme les moins ordinaires qui la fabriquent, la mettent en scène, la font agir et parler, tant au niveau du corps que de l'esprit.

Techniques de « personnalisation », les notes favorisent d'une certaine manière, par la trace indélébile qu'elles laissent et par force d'accumulation de ces singularités ordinaires ou presque-rien, la pérennité concrète de cette valeur « personne ». Elles contribuent à faire « surbriller » la singularité dans toute sa consistance, laquelle constitue moins le produit d'un cumul d'événements passés, que le produit de l'addition, de la fermentation ou de la multiplication de ces inscriptions personnalisées dans une économie de temps et d'espace. Ces notes prennent d'autant plus de consistance qu'elles viennent alimenter ce qui s'apparente à un autre cérémoniel entourant la « personne » : les réunions d'équipe hebdomadaires. Ces réunions d'une demi-heure ont lieu à tous les jours à 15h30, et à 23h30, juste avant le changement de quart de travail du soir. Trois quarts de travail scandent en effet le temps de la maison, le matin, allant de 7h à 15h30, le soir, de 16h à 23h30 et la nuit, de minuit à 6h30. Les changements de quart de travail réservent obligatoirement une demi-heure aux intervenants pour non seulement écrire les notes, mais résumer aux autres intervenants (4 le jour et 2 le soir et la nuit) le contenu de ces notes, en passant en revue le cas de chaque résident, pour raconter les anecdotes de la journée, pour rigoler, décompresser, détendre l'atmosphère dans cette maison où, après tout, la mort

vit. Ces réunions sont néanmoins obligatoires pour tout le personnel durant le jour (à 15h30), incluant les membres du personnel de l'entretien et de la cuisine, la coordonnatrice des bénévoles et la directrice parce qu'« ils contribuent tous au bien-être des résidents », mentionne-t-on. Ces réunions donnent l'impression d'être une autre tentative de mettre en évidence la vie singulière du résident, aussi répétitive ou dénuée de changements soit-elle. C'est la parole des intervenants ici qui se superpose à celle de l'écriture comme pour ajouter une autre couche, cette fois audible, à l'épaisseur biographique d'autrui somme toute émaciée; pour donner encore plus de consistance à une existence singularisée qui demeure contingente et incertaine. Comme si ces personnes disparaîtraient sans cette attention constante, patiente, aux moindres broutilles et fluctuations qui les concernent. Chaque intervenant s'occupe ainsi d'aviser les autres membres de l'équipe de l'évolution de « son » résident :

- Barbara, elle a eu une journée tranquille. Elle est allée au Dollarama;
- Mathieu, bon, pas grand-chose. Il était de bonne humeur aujourd'hui;
- Jean-François va mieux. En tous cas, je le sens mieux, je le sens un peu plus fidèle à lui-même;
- André, il était présent au dîner. Il n'a pas mangé, mais il a socialisé. Cet après-midi il a pris son bain avec beaucoup de motivation;
- David, rien à signaler, très sociable comme d'habitude.

Bref, qu'on soit dans l'écrit ou dans la parole, derrière le cérémoniel humaniste de tous ces comptes-rendus quotidiens et répétitifs; derrière les spéculations et interprétations au sujet des « petites choses qui ont l'air de rien »; derrière l'insistance, voire « l'acharnement » à investir les soins corporels d'une certaine « épaisseur psychosociale », se tient un fil invisible, avec au bout de l'hameçon, une épreuve commune de pérennité : faire vivre, soutenir, « surbriller » l'individualité dans ses règles canoniques. Cette épreuve est celle des résidents qui doivent faire preuve constante de soi malgré et avec la maladie, malgré et avec la présence lancinante de la mort, que celle des intervenants, qui font de leur travail une interpellation constante d'autrui dans sa singularité. Or, dans cette épreuve commune,

comme nous le verrons dans la section suivante, le poisson ne mort pas toujours. Les prises se font souvent rares, éphémères, et le travail à recommencer. Que se passe-t-il justement en deçà de l'écrit et de la parole bonifiée? Comment se déroule concrètement, dans le compte-gouttes intarissable du quotidien, ce « travail avec » autrui; cet autrui que l'on définit comme « personne à part entière », mais qui constitue également une personne limitée par le temps, par son corps, par son esprit et, souvent, par les trois en même temps?

4.3 Se rebâtir soi-même

En quelques années, avec l'arrivée des molécules antirétrovirales, à la tâche d'offrir une « qualité de mort » s'est ajoutée celle de (re)donner une « qualité de vie » aux individus qui entrent à la Maison et, pour ceux capables d'en sortir, de faire en sorte qu'ils puissent la maintenir une fois sortis de l'institution. Cette qualité de vie repose en grande partie sur l'idée que chacun, peu importe son état, a les moyens de se « (re)bâtir soi-même ». On est moins ici dans l'idée d'une guérison, qui demeure objectivement impossible, ni tant d'une réintégration sociale, que dans celle d'une « résilience » : la qualité de vie reposerait en grande partie sur la capacité de chacun de faire face aux chocs d'une épreuve (passage à la mort, ou transition « difficile » dans la trajectoire) sans être « détruit » subjectivement malgré l'importante déstabilisation « intérieure » subie lors d'une « crise » :

Nous inspirant du sens premier du mot "crise", nous voulons redonner à ce moment existentiel toute sa signification en termes de choix et de décisions. Notre volonté est de soutenir les personnes dans les nouveaux investissements qu'elles feront pour elles-mêmes. Nous cherchons, par ailleurs, à offrir suffisamment de sécurité et de soutien pour que chaque période de crise soit une occasion de croissance.

On encourage donc l'individu à s'investir personnellement dans un moment de

« crise » ou, en d'autres termes, lors d'une épreuve, puisque c'est dans ce moment qu'il fera l'expérience souveraine de son individualité : il sera confronté à des choix, devra prendre des décisions concernant sa vie ou sa mort. Ainsi, même dans le cas des résidents considérés comme étant en fin de vie et qui ne peuvent espérer un retour à la santé, on estime que, malgré l'issue d'une maladie jusqu'à maintenant incurable, vivre une crise ou une épreuve peut devenir l'occasion de se bâtir soi-même qu'elle qu'en soit la fin.

Doser l'intervention

Dans cette approche particulière centrée sur la valorisation de la souveraineté de l'individu, on considère que, comme accompagnant, il faut savoir *doser l'intervention*: ne pas diriger, ne pas imposer, ne pas essayer de changer l'individu, respecter ses choix, son individualité, l'encourager à agir par lui-même. Ne pas « trop intervenir », c'est être capable de maintenir un certain équilibre dans le rapport à l'autre, qui n'est ni entière réciprocité ni dépendance, mais quelque chose entre les deux, qui tiendrait compte de l'autonomie des résidents :

Ne pas faire à la place de l'autre, lui montrer qu'il est capable de faire par lui-même tout en étant là pour lui donner un petit coup de main. C'est laisser l'autre aller à son rythme, c'est ne pas croire savoir ce qui est bon pour lui mais le guider sans l'infantiliser. C'est ne pas t'imposer, il faut que tu suives le beat du résident.

Je pense que c'est vraiment ça l'accompagnement: ne pas faire à leur place mais les soutenir dans leur démarche, dans leur cheminement face à la maladie ou la mort.

C'est l'art de suggérer de nouvelles idées tout en respectant l'individualité...

Je pense qu'il ne faut surtout pas les infantiliser...Il faut les respecter dans leurs décisions. Ils sont autonomes.

Notre philosophie, c'est d'arrêter de diriger... de dire : intervenir, c'est ne pas intervenir en même temps. Mais l'accompagnement, ce n'est pas

nécessairement intervenir. Il y a un double message... Vous n'êtes pas obligé d'intervenir, vous pouvez simplement l'accompagner. Maintenant, on veut vraiment faire de l'accompagnement, c'est à ça qu'on s'est rendu. On veut vraiment être dans l'accompagnement et changer les termes.

Disons qu'on garde un œil sur eux sans intervenir : ils sont majeurs et vaccinés, comme on dit...

On n'est pas dans notre maison à nous, c'est le domicile des résidents et on s'introduit dans leur domicile. Donc il faut avoir cette mentalité d'accompagnement à domicile, de milieu communautaire, et les accompagner dans leur vie quotidienne. Au lieu de jouer à la police quotidienne : «t'as pas le droit de faire ça, t'as pas le droit de fumer, on va te surveiller, faut que tu prennes ton bain ». Donc, c'est une question éthique aussi sur les formes de contention.

Veiller discrètement, être présent, à l'écoute

L'accompagnement serait l'art de laisser faire sans laisser aller; de ne pas faire à la place de l'autre sans cependant le laisser entièrement à lui-même; de ne pas changer l'autre, mais lui faire des suggestions, de guider l'autre sans imposer une ligne de conduite, de reconnaître les difficultés de l'autre, sans l'infantiliser ou le déresponsabiliser, etc. Le rôle de l'intervenant n'est pas tant de laisser l'autre à lui-même, que de mettre en place les conditions nécessaires pour qu'il parvienne à un rapport de soi à soi le plus transparent, intelligible, réflexif possible. Dans cette démarche, l'individu doit savoir qu'il peut « agir malgré tout » par lui-même, mais que si besoin il y a, il y a « quelqu'un malgré tout » qui peut l'accompagner, le soutenir, l'encourager en lui montrant qu'il « avance malgré tout ». Accompagner serait tout simplement « être-là », rester à l'écoute, offrir un reflet tel un miroir, une présence discrète, presque transparente :

L'accompagnement, c'est sentir sans nécessairement le sentir (rires) qu'il y a quelqu'un qui marche en arrière d'eux. Ouais.

accompagner, c'est être le plus doux possible, être à l'écoute. Être présent parce que ces personnes-là vivent beaucoup d'anxiété. Être présent, être à l'écoute, c'est ça.

L'accompagnement, c'est être présent avec la personne, c'est-à-dire être présent aux côtés de la personne pour que celle-ci ait envie de commencer à s'ouvrir et commencer à bénéficier du reflet que je pourrais lui offrir pour avancer dans son propre cheminement et dans les deuils qu'elle doit faire, et donc montrer qu'elle avance malgré tout. C'est un peu du travail invisible

Accompagner, ça signifie être présent. Être disponible et dans l'écoute. Tout simplement.

Il faut que tu sois présent mais que tu le laisses complètement tranquille aussi.

Travailler avec soi

Si le personnel intervenant à la Maison est composé en bonne partie d'infirmiers ayant une formation reconnue en soins, elle comprend aussi, des professionnels qui, avant de travailler à la Maison, ne détenaient aucune formation en soins: travailleurs sociaux, psycho-éducateurs, anciens agents correctionnels, coaching d'affaires, marketing en pharmaceutique. A ces derniers, une formation en soins de santé et d'hygiène est offerte lors de l'embauche. Mais au-delà de cette formation somme toute essentielle, il semble que les qualités recherchées chez l'ensemble du personnel aille au-delà d'une connaissance en soins de santé : c'est l'expérience de vie, l'investissement personnel, « leur personne », qui est souvent privilégiée sur les connaissances théoriques afin de pouvoir se rapprocher le plus possible de l'expérience des résidents. Avant d'être un « savoir-faire » ou un savoir théorique, le travail d'accompagnement est perçu par plusieurs intervenants à la Maison comme un « savoir-être » : une certaine attitude humaniste qui va au-delà des besoins du corps; qui se met à l'écoute de la « personne », de l'autre et de la sienne, plutôt qu'aux inflexions de la maladie ou aux manières de l'expertise. Leur savoir, avant d'être une expertise, se bâtit au fil d'expériences acquises lors d'interactions et

de situations vécues avec le résident, et qu'ils finissent par avoir « en soi » de façon naturelle, ce qui se jouerait majoritairement sur le terrain du senti, de l'instinct, du flair, du spontané, des réactions, dans l'art de lire entre les lignes. De la même façon que l'on cherche, dans l'accompagnement, à ce qu'autrui parvienne à une sorte de rapport transparent de soi à soi, l'intervenant à la Maison doit idéalement parvenir au même type de rapport à soi dans l'exercice de son travail : il doit « faire avec ce qu'il est », plutôt que d'enfiler un « habit d'intervenant ». Il doit « travailler avec soi » :

C'est d'être ouvert à ce que la personne va pouvoir dire mais aussi se permettre de s'investir en tant qu'humain, tout simplement : de faire avec ce qu'on est, avec nos idées, avec certaines de nos opinions aussi...on ne les libère pas comme ça parce que ce n'est pas comme ça que ça fonctionne, mais c'est aussi de faire avec ce qu'on est...de ne pas mettre un habit, un habit d'intervenant et de pouvoir dire : voilà moi les compétences que j'ai et les capacités que j'ai c'est de pouvoir t'accompagner de cette manière-là et j'ai envie de t'aider, d'être motivé et d'avoir cette motivation-là

Je pense qu'il y a plus de savoir-être que de savoir-faire dans l'accompagnement. Quand t'es intervenant à la maison, c'est du savoir-être parce que c'est beaucoup tes réactions qui vont guider l'autre aussi.

Accompagner quelqu'un c'est juste donner une main ou une épaule et dire : je n'ai pas la science infuse, je n'ai pas toutes les notions qui peuvent t'aider mais je peux te soutenir, te chercher pour voir ce qui se passe chez toi, comment tu vis les choses et si t'es d'accord pour que je t'aide alors je ferai des efforts pour le faire et j'essaierai de comprendre et d'être dans l'échange. Je pense que c'est cela accompagner.

Prise des médicaments, « prise » de corps

Contrairement aux relations de service dans l'institution hospitalière qui sont souvent perçues comme une transaction verticale et unilatérale entre le patient et le médecin par les intervenants la Maison; « l'autre », ici, serait avant tout considéré comme une personne ayant sa consistance propre et avec laquelle il faut négocier, faire des compromis, à laquelle il faut s'adapter, plutôt que d'imposer un cadre ou

d'essayer de transformer. Or, négocier peut aussi vouloir dire mettre à l'épreuve le « savoir-faire », voire le « savoir-être » des intervenants. Un des exemples qui illustre particulièrement bien cette mise à l'épreuve du savoir-être/faire à la Maison est la « prise de médicaments », qui constitue une source de négociations constante et souvent éreintantes entre les résidents et les intervenants. Chaque résident doit prendre, à tous les jours, une quantité impressionnante (parfois jusqu'à 30 pilules par jours) de médicaments, combinant antibiotiques, antirétroviraux, antidouleurs, anti-nausées, anxiolytiques, etc. Un intervenant se charge de faire la « tournée de médicaments » trois fois par jour, aux heures du repas. Il les distribue aux résidents en prenant soin de ne pas leur donner directement dans la main, mais de les poser à côté de leur couvert au début du repas, ce qui devrait, normalement, leur laisser suffisamment de temps (1 heure) pour les prendre et permet ainsi de respecter, du moins en principe, l'idée d'un choix personnel et d'une autonomie face à la prise de médicament. Or, pour la plupart des résidents, prendre leurs médicaments semble être une tâche des plus pénibles et dérangeantes. Autour de la table, il est fréquent d'entendre les résidents s'en plaindre (« je suis tanné de prendre mes maudites pilules! Ils m'écœurent »! ; « Callis! Il [l'intervenant] me coupe l'appétit avec ses pilules! Il fait exprès.... »), allant jusqu'à comparer entre eux le nombre et la sorte, même à s'encourager mutuellement à les prendre ou à les rejeter (« Pourquoi tu prends par tes pilules? » demande Michel à un autre des résidents assis à sa table. « Parce que! » répond le résident. « Je veux pas le faire à la table. Laissez-moi donc tranquille avec vos pilules! »). Pendant ce temps, les intervenants (il y en a toujours un au minimum à chacune des quatre tables de la cuisine) surveillent d'un œil discret ceux qui parviennent ou non à les prendre, mais sans jamais rien dire. Car si une bonne part des résidents y parviennent, quoique difficilement, d'autres, plus problématiques, vont rarement réussir, voire chercher à les ingérer avant la fin du repas. Pour ceux-là, les intervenants vont se charger de faire une autre tournée, mais cette fois-ci dans les chambres, entre les heures des repas, pour suggérer, toujours aussi patiemment, aux résidents de les prendre. Alain, un résident en « transition » à la

Maison depuis plus de six mois et que l'on considère atteint de démence, non seulement ne prend jamais ses médicaments durant l'heure des repas, mais peut prendre jusqu'à trois heures de plus pour les ingérer, et ce même après plusieurs encouragements de la part des intervenants, ce qui tend à devenir à la longue une source de stress et de tension croissante pour ces derniers. Ce rituel entourant le médicament, qui touche directement au corps et qui constitue un symbole par excellence d'une modalité d'intervention autoritaire fortement discréditée, cristallise à lui seul toute l'ambivalence de la philosophie d'accompagnement, centrée sur l'autonomie et la liberté de choix des individus face à la gestion de leurs propres difficultés.

La philosophie de la Maison est de favoriser, idéalement l'une des revendications mises en œuvre, dans les années 1970, par le mouvement communautaire : « la gestion autonome des médicaments ». Cette philosophie est née au Québec sous l'égide des organismes alternatifs communautaires en santé mentale en réaction aux traitements forcés des asiles. Suivant cette philosophie, le résident doit être interpellé comme un acteur autonome, capable à la fois de négocier avec le prescripteur le type de médicament, la dose, la fréquence, etc., et capable de décider de diminuer ou d'arrêter toute médication totalement ou partiellement, définitivement ou provisoirement. Les résidents peuvent par exemple négocier le dosage de leur médication avec Pierre, le médecin de la Maison, qui s'y rend environ à chaque deux semaines pour évaluer l'état de chaque personne qui y séjourne. Lorsqu'il juge bon de changer la posologie des médicaments d'un résident, il se charge de rencontrer brièvement ce dernier pour l'en avertir, sans toutefois lui imposer son choix, adhérant ainsi en grande partie à cette philosophie d'accompagnement des intervenants : « Pierre ne prendra pas de décision si tu le veux pas. C'est à toi de gérer tes médicaments. Lui, il est seulement là pour t'aider », mentionne une intervenante à un résident qui disait ne pas vouloir augmenter sa dose de méthadone, comme Pierre le lui a suggéré. En contrepartie de cette philosophie à laquelle adhère en principe le

médecin, certains résidents ont tendance à vouloir de lui la même attention personnalisée, ce qu'il semble ne pas vouloir ou pouvoir toujours leur accorder. Comme le dit cette intervenante, « les résidents se plaignent souvent qu'il passe en coup de vent dans la Maison. On dirait qu'ils ne comprennent pas son rôle. Il faudrait leur expliquer qu'il n'est pas là pour rester longtemps. Il ne peut pas s'attarder longtemps avec chaque personne. C'est ça qu'ils aimeraient. Ils aimeraient qu'il soit comme nous avec eux, mais ce n'est pas possible! ».

Or, dans un contexte où il est souvent question de vie et de mort, jusqu'où peut-on négocier? Jusqu'où peut-on laisser les résidents à eux-mêmes, sans intervenir ou s'imposer? Jusqu'où peut aller la « souveraineté de l'individu » pour des choix qui concernent sa santé, voire sa vie et sa mort? Les résidents ont-ils le « choix » de prendre ou de cesser leurs médicaments, tel qu'en témoigne ce questionnement rapporté par un intervenant : « J'ai demandé à Robert de prendre ses médicaments et il était fâché. Il m'a dit : « j'ai pas le choix! » et j'ai répondu « mais oui t'as le choix ». Avec lui, c'est toujours dramatique. On ne sait pas si c'est de l'intolérance ou de la douleur (rigole) »? Les intervenants peuvent-ils imposer ce choix aux résidents? Selon quels critères? Scientifiques, moraux, éthiques, juridiques? Il semble ainsi que le médicament s'inscrive, au-delà de ses fonctions sur le corps biologique, au cœur d'une tension propre à l'individualité contemporaine: d'un côté, il devient un moyen, voire le moyen le plus concret, pour le résident et le personnel de mettre en scène leur adhésion aux valeurs de l'autonomie, du choix, de la souveraineté de l'individu, de l'autre, il fait courir le risque aux intervenants de glisser dans une posture autoritaire lorsque ce choix est envisagé comme nuisible, dommageable pour la santé, voire « suicidaire » lorsqu'il est question de choix de vie et de mort. Cette tension s'exprime ainsi dans un jeu de négociation quasi- constant autour de la prise du médicament et a tendance, parfois, à se cristalliser en certains conflits au plan personnel ou affectif entre le personnel et le résident.

Au-delà de l'exemple précis de la prise de médication, on peut dire que l'impératif que se donnent les intervenants de ne « pas trop agir »; de « doser l'intervention » dans un contexte comme celui de la Maison se cogne sans cesse à la matérialité « empirique » des individus, soit le « matériau humain », comme dirait Goffman, avec lequel les intervenants doivent travailler au jour le jour. Dans un contexte d'action où les limites de la vie et de la mort sont incertaines et précaires, où les repères corporels et cognitifs ne permettent parfois plus, ou permettent difficilement de se reconnaître soi-même, où les personnes avec qui l'on intervient semblent parfois présentes, alors que d'autres fois elles semblent absentes de la réalité, presque au bord de la disparition, tant physique que sociale, comment peut-on doser l'intervention?

Ce n'est pas trop difficile de ne pas faire à la place de l'autre si on sait que c'est la bonne chose à faire. Mais la difficulté c'est de savoir s'il est capable de le faire lui-même ou pas. Autant que possible le faire contribuer. Par exemple, je pense à Gérard, qui a de l'incontinence urinaire et fécale. Le réflexe quand on arrive le matin c'est de le laver. Mais je préfère lui préparer la serviette et lui dire qu'il se lave lui-même. Et si je vois qu'il oublie des zones, de lui dire « tiens t'as oublié ce côté-là ou celui-là ». Donc comment savoir à partir de quel moment la personne est encore capable de le faire ou pas, c'est ça le plus difficile. Je ne suis pas dans le sauveur qui veut tout faire soi-même, je suis plus dans « est-ce qu'il capable encore de le faire par lui-même ou pas ? Ça, c'est la chose la plus difficile à déterminer.

Comme le mentionne l'extrait ci-haut, être capable d'agir et d'agir par soi-même constitue un repère central pour les intervenants dans l'administration quotidienne des soins. Or, dans un contexte comme celui de la Maison, au-delà de la volonté et de la motivation, le corps constitue une limite tangible à cette capacité : il échappe bien souvent à la volonté des intervenants de pouvoir doser l'intervention, tout comme à celle des résidents d'agir par eux-mêmes. Faute d'une maîtrise corporelle suffisante, les résidents doivent souvent s'en remettre partiellement ou parfois entièrement aux intervenants pour les soins du corps, l'hygiène, l'habillement,

les déplacements, bref pour les activités de la vie quotidienne que suppose minimalement cette capacité d'agir autonome. Devant des corps malades, altérés par des symptômes incurables, tenus en haleine au seuil de la mort, les intervenants doivent composer avec un ensemble de considérations objectives ou matérielles qui peuvent les conduire à se demander comment cette «capacitation» des résidents peut s'effectuer. Ils doivent tenir compte à la fois de la matérialité brute et tragique du corps et chercher par différents moyens à l'esquiver pour ne pas réduire le résident uniquement à son corps, voire à sa finalité (la mort).

D'une part, les intervenants jugent prioritaire la tâche d'impliquer la personne comme « acteur de ses soins » : « les personnes, ici, ne font pas juste subir ce qu'on fait pour elles, elles prennent part à ce qu'on décide qu'on fait avec elles ». Cette forme d'« activation » passe avant tout par l'implication des résidents dans les soins du corps, lesquels ne doivent pas seulement être subis, mais constituer l'objet d'un investissement actif de la part du résident. Il doit pouvoir se découvrir lui-même à travers le contrôle de son corps, de ses sensations, de ses plaisirs, de sa santé ou encore de sa survie. Il arrive fréquemment qu'on encourage le résident à servir de guide dans l'administration de ses divers soins, allant des piqures, des pansements et à la prise de rendez-vous médicaux. Il est idéalement considéré comme le plus apte à connaître les besoins de son corps :

James est très dans le contrôle au niveau de ses plaies. Il nous guide au niveau de sa douleur, donc c'est très agréable travailler avec lui. Il a une grande connaissance de son corps. On n'a pas besoin d'être dans sa tête, c'est lui qui se connaît le mieux.

On a deux nouveaux résidents cette semaine. Jusqu'à date, ils semblent suffisamment autonomes. Ils connaissent très bien leurs besoins en termes de soins et ils semblent ouverts à nous guider là-dedans.

Les résidents sont également encouragés à «faire des efforts », à marcher, à manger, à s'occuper de leur hygiène corporelle. Cela, moins dans une optique de guérison, qui demeure objectivement impossible, que d'une activation dans le sens d'une plus grande autonomie, où motivation, initiative, efforts deviennent autant de petits indices susceptibles de faire du résident un « individu acteur » même dans ce contexte : « Michel a enlevé son plâtre hier. Il faut le stimuler pour qu'il soit plus actif maintenant », « Alain a pris son bain avec beaucoup de motivation! », « André a demandé ses pilules, il a insisté! Il les a prises en 10 minutes. Il était champion aujourd'hui! », « Il faut qu'on le stimule, il n'a pas d'initiative pour son hygiène », « Je lui ai demandé s'il voulait jouer à un jeu pour le stimuler un peu, mais il ne voulait pas. », « Elle aime beaucoup qu'on lui porte de l'attention mais elle ne se responsabilise pas dans ses besoins. Il faut l'encourager à faire ce qu'elle peut par elle-même ».

Aller-retour dans la communication

Vers 13 heures, après le repas du midi et lors d'une journée que l'on peut qualifier d'habituelle, une des infirmières stagiaires de la Maison déplace Marie en fauteuil roulant jusqu'au salon communautaire, après qu'elle eût manifesté à son intervenante l'envie de sortir de sa chambre. Une fois arrivée dans le salon, Marie demande qu'on la transfère dans une des chaises berceuses du salon, ce que l'infirmière fait avec une douceur et une précaution remarquables, prenant soin ne pas causer de douleur à ses jambes couvertes de plaies et d'enflures. Malgré cette précaution, Marie crie à tue-tête de douleur et se débat agressivement, comme si on la déplaçait de force ou contre son gré. Une fois assise dans la chaise berceuse, environ trente secondes après s'y être installée, Marie exige de quitter la pièce. Elle crie de toutes ses forces: « je veux aller chez moi! Je veux aller chez moi! ». L'infirmière, toujours avec une patience remarquable, la ramène alors dans sa chambre et, une fois arrivée, Marie hurle qu'elle veut aller dehors pour fumer. L'infirmière l'accompagne à nouveau sans rechigner. Toujours dans le salon communautaire, arrivent ensuite

Karl, en fauteuil roulant et un bénévole. En entrant dans la pièce vide, le bénévole dit : « Vient Karl, on va aller socialiser un peu! » Karl ne répond pas, fixant d'un œil absent la fenêtre du salon. Environ cinq minutes plus tard, Karl demande au bénévole:

- *on est en haut, là?*

- *Oui, répond le bénévole. On est au salon, au 2^e étage.*

- *Karl: C'est encore moi?*

- *Bénévole : oui, ne t'inquiète pas Karl, t'es toujours ici avec nous.*

Un grand moment de silence s'écoule par la suite. Karl somnole ou regarde distraitemment la télé, pendant que le bénévole reste patiemment à ses côtés en ne disant rien. Le temps semble s'écouler infiniment lentement. Après environ 20 minutes de silence, Karl se plaint, dit qu'il est fatigué et «tanné d'être là », qu'il veut retourner dans sa chambre pour dormir. Presque toujours en décalage, souvent à côté de ce qu'on attend de lui, le travail d'intervention à la Maison est composé, tel qu'en témoignent ces deux exemples précédents, d'une multitude d'allers-retours dans les gestes et la communication. À ces corps dont la « machinerie » est usée, abîmée, en panne, et nécessitant diverses formes de prothèses, s'ajoutent également les limites de « l'esprit » des résidents. En effet, les intervenants doivent déployer un certain nombre de stratégies pour tenter de travailler en quelque sorte avec et contre le corps et l'une d'elles passe tout d'abord par une sollicitation active de la parole, laquelle devient souvent le dernier lieu d'encrage possible pour aller à la rencontre du soi capable d'émerger au-delà de la machinerie corporelle, de sa «cage », pour reprendre l'expression d'un intervenant. La Maison a mis tout d'abord en place un dispositif collectif de parole: la rencontre des résidents, qui a lieu une fois par semaine à 13 heures, au cours de laquelle ils sont encouragés à se rassembler pour discuter des « problèmes qui concernent la vie commune », ou encore «pour les encourager à partager ce qu'ils vivent avec les autres » mentionne Murielle, la coordonnatrice des bénévoles, qui est chargée d'animer les rencontres. Les intervenants ou un autre

membre du personnel ne sont pas autorisés à y participer, afin que les résidents « se sentent à l'aise de parler de ce qu'ils veulent » (même si, dans les faits, Murielle fait souvent part de ce qui a été dit dans la rencontre lors de la réunion d'équipe qui a lieu au changement de quart de travail). Outre ces rencontres collectives, solliciter la parole individuelle des résidents constitue un idéal voire une norme centrale du travail des intervenants. Écouter et faire parler autrui sont autant de tentatives pour joindre cette individualité irréductible au corps et à ses symptômes. On encourage constamment les résidents à ventiler leurs émotions, à se décharger, à parler d'eux-mêmes, à se plaindre, etc. La parole est érigée comme *le* moyen par lequel on tente en quelque sorte, au-delà du corps-machine, de faire d'autrui un acteur réflexif, conscient, capable d'autocritique, d'initiatives et, au minimum, de se responsabiliser face à sa propre prise en charge, dans la mesure où c'est par la parole que pourrait être formulés une demande ou un choix, exprimé un besoin, orientée une intervention.

Observation d'une « rencontre des résidents »

13h10. Il y a deux personnes à la réunion.

Murielle commence la rencontre en disant: *on ne peut pas forcer les gens à venir, mais quand quelqu'un ne vient jamais aux réunions, alors l'intervenant doit avertir pour dire que c'est important pour la vie commune de la Maison parce qu'on vit en communauté.*

Une résidente enchaîne, ensuite: *oui, mais c'est fatigant! On le fait à chaque semaine! Moi j'ai rien à dire*

Murielle : *d'accord, mais tu écoutes ceux qui ont quelque chose à dire, même si toi t'as rien à dire.*

Murielle refait un rappel dans les hauts parleurs de la Maison pour avertir que la rencontre des résidents a lieu. Elle demande ensuite à une des bénévoles de faire le tour des chambres une 2^e fois. Trois

autres résidents arrivent tranquillement. Murielle demande alors à un nouveau résident, Amir, de se présenter.

Murielle : *Bonjour Amir. Parle-nous de toi un peu....qu'est-ce que tu aimes dans la vie? Qui es-tu?*

Amir: *ça fait deux mois que je me sens pas bien. Alors je suis content d'être ici.*

Murielle: *comment tu trouves la maison?*

Amir : *hmmm (hésite)...c'est bien encadré.*

Murielle : *mais tu dois savoir ici que c'est de la gestion participative. Ça veut dire que si t'as quelque chose à dire, à apporter, une plainte à formuler, t'as ton mot à dire, d'accord? Ici, on encourage tout le monde à participer à la vie commune de la Maison.*

Murielle ensuite interpelle Béatrice : *comment te sens-tu cette semaine?*

Béatrice: *bien...j'ai eu la télévision de Benoit [qui est mort]. Je trouve que ce n'est pas correct que les gens se présentent pas à la réunion des résidents.*

Murielle : *c'est vrai que c'est plate. Mais certaines personnes peuvent être trop fatiguées.*

Béatrice: *oui, mais elle [pointe du doigt une autre résidente qui assiste à rencontre) est fatiguée et elle vient pareil.*

Marie(résidente) : *peut-être qu'à chaque semaine c'est trop rapproché. On devrait en avoir une à chaque deux semaine.*

Lison, pendant ce temps-là, crie et se met à jurer. Murielle ensuite de dire : *oui Lison, on est là .* Lison enchaîne : *Je veux me promener!*

Murielle : *attend 5 minutes Lison. Comment ça va Lison cette semaine?* Lise ne répond pas, elle pousse un cri. Murielle : *ok Lison, merci. Marie, et toi, comment vas-tu?*

Marie : *Moi ça va pas très bien. J'ai une bactérie dans le sang et les gens qui fabriquent des médicaments pour la guérir ne les fabriquent plus. Rassurante, elle poursuit : c'est pas contagieux! Inquiétez-vous pas. Je me sens fatiguée...c'est comme si je meurs à petit feu et que personne voulait me soigner à l'hôpital et pendant ce temps-là mon VIH augmente.*

Murielle : *comment on peut t'aider Marie?*

Marie: *bien...m'aider à me détendre, parce que je suis très angoissée et ça empire mon cas.*

Murielle: *tout le monde dans la maison a une façon différente de vivre sa maladie. Chacun a ses expériences et ses trucs. Chaque cas est différent.*

Béatrice: *oui, mais moi j'ai connu quelqu'un comme Marie avec sa bactérie pis elle est morte!!*

Murielle: *oui, mais Béatrice, c'est différent. Tout le monde est différent Béatrice! Il n'y a pas qu'une façon de vivre sa maladie. Ok?*
[...]

4.4 Doser la proximité

Solliciter la parole des résidents, comme le montre cette rencontre des résidents, n'est pas sans créer de tensions et de difficultés pour les intervenants. Le dialogue, la conversation délibérative, les tête-à-tête rationnels ou la volonté tout court de parler ne sont pas toujours au rendez-vous. Les intervenants doivent souvent composer, ou plutôt « faire avec » une parole inaudible, décousue, incontrôlable, incohérente, instable, parfois délirante. Et l'effort parfois requis de la part des intervenants pour écouter chacun des résidents, que ce soit pour écouter ses plaintes, sa souffrance, ses demandes d'empathie, etc. est souvent demandant en termes

d'investissement personnel et de temps, tendant à empiéter soit sur ses propres limites comme professionnel aidant, soit sur ses tâches de soins (piques, distribution des médicaments, pansements, bain, etc). L'équipe des bénévoles de la Maison semblent à cet égard jouer un rôle important dans la mise en œuvre de ces lieux d'écoute. Étant « libérés » de la tâche des soins corporels, ils constituent en quelque sorte des « sous-traitant de l'écoute » qui peuvent se consacrer entièrement (et gratuitement) à la tâche de l'écoute et servir en quelque sorte de « tampon » entre les intervenants et les résidents, où la grande proximité entre ces derniers tend à créer des rapports sociaux qui se lèstent d'un trop plein d'émotions, d'investissement subjectif et de temps, etc. L'équipe de bénévoles est composée soit d'étudiants, soit de personnes retraitées provenant d'horizon professionnel divers, de membres de la famille d'anciens résidents décédés ou encore d'anciens résidents ayant séjourné eux-mêmes à la Maison par le passé. Dans chaque quart de travail (de jour, de soir, de nuit), les bénévoles (le nombre varie, allant d'un à trois ou quatre) « accompagnent » ainsi les intervenants dans leur tâche d'accompagnement, soit en offrant des services précis (couper les cheveux, faire des massages, offrir des cours de yoga, etc.), soit en accompagnant les résidents à leur rendez-vous médicaux ou au bureau de l'aide sociale, ou encore pour aller marcher, aller fumer avec eux dehors, faire des courses, mais toujours dans l'optique d'écouter, de parler aux résidents, de leur offrir un espace pour être soi-même, pour s'exprimer, pour se plaindre, pour se raconter, pour se valoriser, etc.⁴⁶.

⁴⁶ Il nous est d'ailleurs arrivé fréquemment de jouer, à titre de « bénévole », ce rôle de « sous-traitant » de l'écoute, en accompagnant les résidents à leur rendez-vous médicaux notamment. Nous avons d'ailleurs pris l'habitude d'accompagner deux de ces résidents jugés « difficile », l'un ayant tendance à se plaindre « trop » fréquemment de son traitement de la part des intervenants (il considérait qu'il n'était pas assez écouté, pris en compte, etc.) ou de sa relation avec les autres résidents de la Maison. L'autre ayant des troubles de démence, où sa parole était souvent répétitive ou incohérente. Nous avons ainsi pu remarquer à quel point le rôle des bénévoles était important dans « l'organisation de l'écoute », pour doser la proximité.

Outre l'équipe des bénévoles, une autre forme de tampon permettant ainsi de doser la proximité entre intervenants et usagers semble être l'usage de certaines « catégorisations » issues que la psychiatrie, la neurologie, la psychologie, etc. En effet, certaines catégorisations permettent aux intervenants de problématiser, à travers un certain appareil objectif de connaissances psy, ce qui est « difficile », ce qui confronte, ce qui résiste, demeure en décalage par rapport à la conception idéal d'autrui comme être autonome. L'une de ces catégories par exemple est la « démence liée au VIH », considérée généralement comme étant un problème neurologique associé, notamment, aux effets secondaires à long terme de la trithérapie, avec des symptômes similaires à la démence la plus connue, l'Alzheimer, tels que la perte graduelle de la mémoire à court terme, l'irritabilité, l'agressivité, l'anxiété, la dépression, la confusion, l'agitation accrue, le manque d'initiative, la désintégration progressive de la personnalité. Au-delà de « l'objectivité » ou de la « véracité » de ce trouble, la démence semble constituer un dispositif tampon qui permet, derrière la neutralité ou la distance objective de son aspect scientifique, d'inclure un ensemble de comportements problématiques qui mettent à l'épreuve cet idéal de l'individu autonome promu dans le rapport d'accompagnement, et qui force les intervenants malgré eux à faire de la prise en charge plutôt que de l'accompagnement, de la surveillance ou du maternage plutôt que de la capacitation ou de « l'empowerment » :

Avec la démence, j'ai trouvé l'adaptation bien difficile, je me suis demandé si j'étais vraiment faite pour ça. Je me suis questionnée à savoir si c'était la clientèle pour laquelle je voulais travailler. Au début, j'ai vraiment eu de la misère à dealer avec ces gens-là, à trouver une façon de les accompagner à travers leur confusion, leur désorientation... leur déni de leur situation aussi, parce qu'ils sont incapables de reconnaître leur situation, de reconnaître qu'ils ont besoin d'aide et qu'on soit là pour eux et tout... Je trouvais ça difficile d'avoir à imposer pour quelqu'un qui ne le voulait pas et qui n'arrivait pas à comprendre pourquoi j'étais là, pourquoi il était là... Ça, c'était difficile. À cette heure, ça va, mais ça a été vraiment l'adaptation.

Les cas de démence, je trouve ça très difficile. Ce n'est pas reposant, ni pour les résidents, ni pour les intervenants. C'est beaucoup de travail. Parfois, y a pas de méthode ou de travail efficaces pour dealer avec le cas comme tel, donc la démence je trouve ça difficile, les dommages neurologiques je trouve ça difficile.

...dans les cas de démence, t'es plus dans le maternage...

je pense que souvent on parle vite de démence liée au VIH pour les résidents. Je ne sais même pas s'il y a moyen de le diagnostiquer. Je ne sais pas si c'est réellement un diagnostic qui existe ou si c'est juste un paquet de symptômes ...mais des fois, si on parle d'un problème d'un résident, dans la façon qu'il s'est comporté, j'ai l'impression que l'étiquette de la démence tombe vite...pour dire que « oui, mais, nous en tant qu'intervenant on peut rien faire... »...En fait personne ne dit ça, c'est juste que j'ai cru ressentir ça et entendre ça dans les non-dits. Parce que, il me semble que sans que ça soit de la démence, il peut y avoir des comportements agressifs, un manque de respect envers des intervenants, des exigences ou des besoins qui sont démesurés, de l'impolitesse ou des choses comme ça...ça amène justement la discussion sur les limites : où mettre ses limites en tant qu'intervenants?

La démence semble ainsi constituer un dispositif tampon qui permet aux intervenants de ne pas trop tomber dans « l'affect »; dans la frustration, la « prise sur soi », l'épuisement, le découragement lorsque l'autre n'est tout simplement « pas là », peu réceptif, etc. peu reconnaissant, ou devient, au contraire, « trop-là », agressif, agité, impoli, etc. Les « déments », qui constituent le « noyau dur » des cas difficiles, viennent rappeler, idéal-typiquement, comment les rapports humains dans un contexte d'intervention comme celui de la Maison, peuvent parfois devenir un lieu de déstabilisations, de confrontations, d'atteintes morales, voire physiques et exiger des intervenants une réévaluation constante de leur propres limites.

Jauger ses limites

J'ai vécu quelque chose que je ne voulais pas vivre évidemment. Je me suis piqué et je me suis senti très coupable après....Marie (intervenante) m'a dit : Jérémie, peut-être qu'avec cette expérience, tu apprendras quelque

chose.... Bon, je pense que j'ai appris que je ne peux pas tout contrôler. Et que cet accident est le résultat de plusieurs choses à la fois. J'étais très occupé ce soir-là, comme les autres intervenants qui étaient sur le plancher. J'ai essayé de faire plusieurs tâches à la fois, mes deux mains étaient occupées et je devais penser à autre chose en même temps aussi [...] Je voudrais souligner que je sais qu'il n'y a pas de responsable pour ce qui est arrivé, je ne veux pas être dans la critique, mais seulement vous dire que je me suis par après senti très malade, déprimé, épuisé et je sentais que quelque chose me dérangeait et je n'arrivais pas à mettre le doigt dessus.....c'est comme si je sentais, excusez-moi l'exemple un peu trivial, que je devais aller à la selle pour me soulager, mais que j'étais constipé. Au fond, je me sentais très coupable...

Jérémie témoigne ici, lors d'une réunion d'équipe, d'un incident malheureux qui lui est arrivé quelques semaines plus tôt lors de son quart de travail : il s'est accidentellement piqué avec la seringue de Denis en essayant de lui injecter une dose d'insuline, plutôt que de le laisser faire lui-même. Il a alors dû faire un traitement préventif de trithérapie pour éviter d'être infecté par le virus VIH et s'est trouvé pendant plusieurs semaines très malade et affaibli moralement. Il se sentait coupable et responsable de ne pas avoir su « doser l'intervention », s'attribuant à lui-même le tort d'avoir négligé ses propres limites et sous-estimé la capacité du résident (Denis) à s'aider lui-même:

Je voudrais juste mentionner en terminant que Denis lui aussi a passé une nuit d'enfer ce soir-là et qu'il se sentait très coupable et responsable. Mais on l'a rassuré, et moi en premier, que ce n'était pas de sa faute. En fait, c'est moi qui me sentait coupable et responsable. Mais j'aimerais aussi dire que parfois, on devient trop paternaliste avec les résidents...c'est-à-dire qu'on prend trop la place de l'autre au point de faire des choses pour lui. Prenez l'exemple de Rodrigue (ancien résident), lui, il a appris rapidement lui-même à se piquer. Mais Denis, par exemple, il est assez autonome et on le fait quand même pour lui! Alors je pense qu'il va falloir donner plus d'autonomie aux résidents et trouver nos propres limites là-dedans.

Comme le souligne ce dernier extrait, doser l'intervention et la proximité signifie être capable de trouver ses propres limites pour éviter d'être « contaminé »,

par autrui ou de sombrer en quelque sorte dans une « overdose » de soi : trop se donner, trop se rapprocher, trop s'offrir, etc. Les intervenants sont souvent amenés à devoir réévaluer leur implication et leurs limites, à jauger et à évaluer leurs propres endurance, frontières, résistances comme intervenant. On a souvent tendance à prendre les choses trop personnellement, à se sentir coupable, responsable, à s'attribuer la faute :

Au début, je venais de commencer et j'étais pleine de bonne volonté, je voulais un peu sauver tout le monde et je ne respectais pas beaucoup mes limites, je ne les reconnaissais pas.

Il m'a quand même menacée de mort! Elle est où la limite par rapport à ce qu'on peut accepter?

J'aurais dû prendre ma limite avant et dire à ma collègue « ben remplace-moi parce que là j'en ai raz le-bol ». Donc, là j'ai appris que c'était vraiment important de mettre tes limites parce que t'es plus (-) aidant après de toute façon.

Je pense que, comme intervenants, il faut apprendre à mettre nos limites.

Je pense que la direction devrait revenir souvent sur le fait que : vous avez vos limites, vous savez où et comment les poser...

Être en mesure d'évaluer, de jauger, de poser ses limites, c'est aussi éviter de s'engager avec autrui sans tomber dans « l'amitié », la « trop grande » proximité, voire le dévoilement de sa vie privée, qui sont autant de risques encourus dans un milieu de vie comme celui de la Maison centrée sur l'écoute de la « personne » psychosociale, où on l'encourage à parler de soi, à se révéler, à faire part de ses émotions, etc. :

Est-ce qu'il faut parler de nos vies personnelles? Et jusqu'à quel point on peut rentrer dans la vie de l'autre? Moi je suis assez vigilante, j'essaie de ne pas trop me dévoiler. Ok, on n'est pas dans un hôpital, mais quand même...il faut rester vigilants.

L'importance du lien d'attachement avec les personnes, c'est aussi ce qui fait que c'est difficile de trouver les limites....quand est-ce que c'est trop? Pas assez? C'est difficile de trancher, et ça dépend de chaque personne.

Moi quand j'arrive ici, des résidents me font des calins, me donnent des becs, etc. et je me demande : elle est où la limite? Est-ce que c'est éthique de développer des liens d'amitié? Jusqu'où je peux me lier d'amitié avec un intervenant? Pis en étant plus amicale avec un, est-ce que je ne fais pas de la sélection, en en mettant d'autres de côté?

Avec certaines personnes, le lien amical peut les rendre trop dépendantes....

Travailler sur soi

Apprendre ou éprouver de la difficulté à s'imposer et à imposer à autrui des limites, à déterminer ce qui appartient à l'autre et ce qui relève de soi, à demander du support lorsqu'on considère avoir franchi sa propre limite, à « déborder » sur ses pairs lorsqu'on se sent soi-même insuffisant, à ne pas tomber dans l'amitié, la trop grande proximité tout en étant à l'écoute de l'autre, de ses émotions, de sa personnalité, etc. semblent constituer autant de symptômes communs aux intervenants qui traduisent ce paradoxe de fond : tout se passe comme si l'impératif de travailler avec autrui, avec la « personne », c'était courir en même temps le risque pour les intervenant d'hasarder leur propre personne, tant physiquement que moralement. L'exemple bien réel de « l'infection » ou la contamination physique comme en témoigne Jérémie (cité plus haut) vient souligner métaphoriquement ce risque. Pour se protéger contre un tel risque, les intervenants font souvent part de la nécessité de « travailler sur soi » pour être en mesure à la fois de se protéger eux-mêmes et de renforcer les frontières avec autrui: il faut être à l'écoute de soi, de son individualité, de ses propres besoins pour ne pas imposer le poids de sa propre consistance; de son propre bagage, de ses propres failles, et vice-versa. En d'autres termes, travailler *avec autrui* semble demander parallèlement un travail *sur soi* pour parvenir à jauger, connaître, tester, voire repousser ses propres barrières et celles d'autrui :

Il faut être prêt à travailler sur soi beaucoup, c'est en lien avec ce que je viens de dire... Tu ne peux pas imposer à quelqu'un qui t'es. On est là pour les accompagner eux, donc il faut être, pas effacés, mais être le plus réceptif possible dans le fond. Et si t'as des barrières, il faut que tu les connaisses et que tu sois prêt à travailler dessus parce que ça te limite dans ton accompagnement. Parce que sinon quelqu'un va venir jouer dans tes failles et tu vas te sentir ébranlé ou bien tu vas te fermer... c'est le contrat que tu fais quand tu viens ici

il ne faut pas oublier non plus qu'on est des individus dans tout ça, on a des sentiments, on a notre propre bagage. Moi, par exemple, je voyais dans un résident l'image de mon père. Alors je dois travailler sur ça, apprendre à me connaître et tester mes limites

Pour moi, accompagner quelqu'un, la première des choses c'est d'apprendre à se connaître. C'est connaître ses limites, et à partir de ça offrir son accompagnement pour passer la période ou l'épisode de maladie. Pour moi, je viens d'une famille étroite, cousue serrée, et avec mes amis aussi. Donc pour moi, cette expérience, c'est une habitude que j'ai avec les résidents : je leur offre mon accompagnement. Je me connais, je les connais, et je les accompagne là-dedans.

Si t'es pas suffisamment à l'écoute de tes propres besoins, si t'es complètement dans l'autre, t'es en train de te dire : il aura besoin de ceci, ce serait bien pour lui, on devrait faire ça. Mais au fond, on l'écoute plus (-), on n'est plus disponible à l'autre. Par contre si on est excentré, c'est un petit peu une optique dans laquelle on se trouve quand on fait de la méditation, je ne sais pas si t'as déjà senti ça ? Si t'écoutes vraiment quelqu'un, tu te retrouves dans un état de calme intérieur. Si t'as cet état à l'intérieur, vraiment tu peux être à l'écoute de ses besoins à lui, et pas ceux que tu crois qu'il a.

Ben moi je dirais que c'est [mon travail repose] sur ma connaissance de moi-même. Dans ma formation on nous disait vraiment de nous connaître et qu'on était notre meilleur outil de travail, que ce n'était pas des techniques et tout ça, qu'il fallait vraiment se connaître. Tu reçois là... et si tu connais comment tu réagis, t'es plus (+) capable d'interpréter et d'être objective, de savoir elles sont où tes failles... Moi je dirais que c'est ça : l'expérience et de nous connaître assez bien.

Ainsi, si l'accompagnement constitue pour le résident une mise à l'épreuve constante de soi, où il doit s'exposer en toute candeur aux intervenants, où il est encouragé à se dévoiler, à s'évaluer, à évoquer avec franchise et émotions sa confrontation à ses propres limites, il constitue aussi une mise à l'épreuve similaire pour les intervenants. Cela passe non seulement, comme on vient de le voir, par l'écoute de soi, de ses besoins, de ses failles, etc. comme intervenant, mais aussi par la nécessité de mettre en place un dispositif d'écoute « pour eux-mêmes »; un espace où ils peuvent parler de ce qu'ils vivent, de leur souffrance, de leurs difficultés comme intervenants. Depuis peu, les intervenants et la direction ont ressenti le besoin de faire venir « un coach », comme ils l'appellent, pour animer les réunions d'équipe. À l'instar du rapport entre intervenants et résidents, le coach, qui est un ancien intervenant de la Maison impliqué depuis son ouverture, n'est pas là pour diriger l'équipe ou lui imposer une ligne de conduite, mais pour accompagner les intervenants et les « aider à sortir un peu des résidents », c'est-à-dire à recentrer les réunions sur eux-mêmes, sur ce qu'ils vivent en tant qu'intervenants, et non plus uniquement sur les résidents. Chacun d'eux est encouragé à parler de ce qu'il vit, à se mesurer émotionnellement aux autres, à montrer, comparer sa fragilité, ses failles, ses angoisses, etc. « Aujourd'hui, vous ferez l'exercice de vous écouter et de vous accompagner dans le processus d'accompagnement. Il faut animer les réunions à partir de vos propres besoins et désirs », mentionne le coach lors d'une réunion qui fut consacrée à la « souffrance de l'équipe », c'est-à-dire aux « souffrances individuelles face au fait de bien accompagner ou non » et au fait d'être capable de « gérer sa propre souffrance ».

Sorte de spirale, voire d'homologie auto-évaluative entre résidents et intervenants, le travail avec autrui semble ainsi être une mise à l'épreuve de soi concrète, où les frontières entre soi et l'autre tendent à se confondre, se confronter, à se nourrir mutuellement, où non seulement les résidents ont besoin d'être accompagnés, mais les accompagnants aussi. D'ailleurs, la Maison en tant

qu'institution ne semble pas, elle non plus, être exempte de ce travail sur soi. Elle semble devoir de plus en plus réfléchir et jauger ses propres limites, notamment dans un contexte d'allongement de la vie et de diversification de sa « clientèle » (clientèle « multiproblématique »). D'une maison destinée à offrir des soins palliatifs à un « accompagnement social » polymorphe où les individus accompagnés présentent des problématiques multiples et souvent lourdes (itinérance, santé mentale, toxicomanie, problèmes de comportements, isolement social, précarité, etc.), la Maison semble souhaiter réaffirmer ou mieux jauger ses propres frontières vis-à-vis des autres ressources de la communauté, c'est-à-dire reconnaître ce qu'elle est prête et capable d'offrir en dehors des soins palliatifs sans empiéter sur ce qu'elle considère comme sa mission, et ce qu'elle peut déléguer, transférer ou soutenir « ailleurs » dans la communauté sans se décharger de certaines de ses responsabilités morales ou se faire reléguer, au contraire, celle des autres. Or, face à des individus qui vivent une atteinte globale de leur être, tant physiquement, socialement que psychologiquement, et dont la lourdeur du bagage (soi chargé) tend à mettre en porte-à-faux la plupart des missions des « autres » institutions de la communauté, la Maison tend à devenir de plus en plus malgré elle un lieu de prise en charge complète (hébergement, soins, écoute, communauté d'appartenance, etc.), ce qui demeure particulièrement visible quand vient le temps de « négocier » la sortie possible des résidents.

4.5 Mourir sans partir, et vis versa

Tout individu qui entre à la Maison doit en effet nécessairement, un jour, en sortir, quelle que soit l'issue finale. Lorsque Michel est entré à la Maison, ses deux intervenants principaux et le coordonnateur des soins se sont chargés de lui faire faire un tour de la maison afin de lui présenter les lieux et les règlements, après quoi ils ont organisé une première rencontre pour l'encourager à poser des questions, à parler de ses craintes et appréhensions.

-Michel: *c'est tellement une belle maison ici, les gens doivent jamais vouloir partir..*

-Christian: *ben...parfois ils n'ont pas le choix.*

- Michel : *Ah...c'est qu'il y a une limite de temps?*

-Christian : *Ben, ça dépend de leur état de santé...tu comprends? Y'en a qui partent...naturellement....qui s'en vont vers d'autres cieus comme on dit...pis ben ceux qui se rétablissent il faut leur faire comprendre qu'ils ne peuvent pas rester ici de façon permanente...donc, toi...il va falloir penser éventuellement à te relocaliser. Habituellement, quand t'as besoin d'un soutien constant, c'est en général parce que tu vas moins bien, mais quand tu te sens bien, habituellement ce n'est pas une priorité.*

Si son VIH était contrôlé à l'aide de la trithérapie, Michel, comme nous l'avons vu en introduction de ce texte, était aussi atteint d'un cancer avancé aux testicules pour lequel il suivait un traitement de chimiothérapie qui lui donnait la possibilité d'une rémission faible, mais non nulle. Malgré cet état qui, somme toute, semblait extrêmement précaire, Christian, comme en témoigne l'extrait ci-haut, lui déclare presque explicitement qu'il peut s'attendre à une certaine forme de rémission et penser, éventuellement, à une vie relativement autonome, sans « soutien constant », comme il le précise. Pourtant, Michel est décédé quelques semaines plus tard à l'hôpital, sans que personne ne s'y attende, à la suite d'une opération liée à son cancer, ce qui, pour l'équipe, constitue une certaine forme « d'échec » :

Nous à la Maison quand quelqu'un décède seul à l'hôpital ou à l'hôpital tout court, c'est toujours un échec pour nous...même si on sait qu'on ne peut pas tout contrôler, on le vit comme ça...

Des aménagements vivables

En effet, la mort de Michel va en quelque sorte à l'encontre de ce qui est idéalement souhaité à la Maison : non seulement a-t-elle eu lieu à l'hôpital, mais elle est survenue brusquement, sans préavis. Bien que la mort soit une fatalité ordinaire du travail d'accompagnement à la Maison, laquelle comporte une part assumée

d'incertitude («on sait qu'on ne peut pas tout contrôler»), les intervenants doivent tout de même «agir avec» elle et tenter, le mieux possible, d'aménager un environnement autour de chaque individu non pas tant contrôlé, qu'en quelque sorte protégé, «climatisé»; aménager, en somme, autour de l'individualité une sorte de «sphère intérieure» que l'on juge «vivable» compte tenu de cette fin ultime et inévitable que constitue la mort. Les intervenants n'hésitent pas à utiliser des thèmes «atmosphériques» pour décrire cette forme de protection de l'individualité (l'environnement, la légèreté, la douceur, le calme, le confort, la tranquillité, etc.), et qui peuvent faire de la mort un moment quasi-esthétique:

il faut un environnement bien protégé pour qu'ils meurent en toute tranquillité d'esprit et en douceur. On s'organise pour que ces personnes soient bien entourées, on a beaucoup de moyens. Entre autres, on a recours aux médecines douces, on utilise beaucoup d'approches alternatives pour que ce soit une atmosphère très tranquille. On peut utiliser l'aromathérapie pour tranquilliser et calmer les gens. On peut utiliser des crèmes et des huiles essentielles pour calmer les douleurs neurologiques. Bien sûr, il y a toujours l'aspect purement médical. Si ces personnes ont besoin de narcotiques ou de morphine, on l'utilise. Mais on utilise beaucoup les approches alternatives avec les personnes en fin de vie pour laisser couler les moments qu'il leur reste d'une façon douce et tranquille.

On n'est pas des sauveurs non plus. On n'est pas là pour être des sauveurs. Si quelqu'un arrive en fin de vie, notre but ce n'est pas de la remettre sur ses deux pieds, c'est de lui donner une belle mort. La mort, ça peut être beau et ça peut être bien fait. Si quelqu'un décède, et qu'il est confortable, qu'il est entouré des gens qu'il aime, qu'il a le chandail qu'il voulait avec la musique et les fleurs qu'il voulait, je pars et je suis satisfaite de ma journée.

La mort, les gens voient ça souvent de manière un peu trop lourde. La mort, c'est un beau passage de la vie. Et ici, c'est juste rendre cette mort légère, poétique. C'est comme la naissance, c'est quelque chose d'important. Et le vivre dans un environnement protégé comme ici, c'est une belle mort. Ouais.

Lorsque la famille est présente, c'est elle qui a la priorité de présence dans la chambre du résident pour l'accompagner dans ses derniers moments de vie. Or, à la

Maison, les individus n'ont souvent peu ou plus de liens avec leur famille. Dans ce cas, ce sont les intervenants et les bénévoles, notamment ceux qui ont développé un lien privilégié avec le résident, qui l'accompagnent dans la mort. Bien que la mort soit envisagée comme une occasion ultime de faire la preuve (et l'épreuve) de soi, il semble quasi insupportable pour les intervenants de laisser les résidents mourir seuls. De plus, la mort doit préférablement être vécue le moins brusquement et souffrant possible :

Lui, il est parti tout en douceur, avec ses deux sœurs. Elles sont restées avec lui pendant tout le moment, sa douleur était vraiment bien contrôlée.

Mario est décédé...tranquillement...pendant la nuit, ça s'est bien passé...

Je l'adorais, et ce résident, c'est le premier que j'ai connu ici. Et j'ai développé un lien privilégié avec lui parce que je travaillais la nuit ici. Et ce monsieur-là, ça s'est fait très très très lentement, tout en douceur.

De plus, les intervenants semblent considérer qu'un des pré-requis pour une « belle mort », c'est la reconnaissance de l'individu lui-même de sa propre finitude; de sa « perte de soi ». Ce processus de reconnaissance permettrait d'ouvrir la voix à un accompagnement idéal, où la sortie « finale » de la vie (sociale et biologique) se fait de manière pacifiée, où l'intervenant « est là », jusqu'au bout, jusqu'à l'ultime battement de son individualité:

on a fait du beau travail avec lui jusqu'à la fin. Surtout qu'au début, on s'en souvient, il était dans le déni, il était certain qu'il allait partir d'ici. Il était très difficile d'approche, très refermé sur lui-même et vers la fin il s'est ouvert un peu à nous.

C'était un homme qui était à la fin de sa vie et il m'a raconté toute sa vie, presque du début à la fin. C'était un très bel homme qui avait accompli beaucoup de belles choses au cours de sa vie. Un homme qui était content d'avoir bien vécu et qui méritait une belle mort. Enfin, je ne peux pas dire quelque chose comme ça, mais il était prêt et en paix et je crois que je l'ai accompagné là-dedans

Je pense à Lise...bon, elle s'est dégradée progressivement, elle n'arrêtait pas de tomber partout, elle avait un discours délirant, elle voulait sauter dans la cage d'escalier..bon, et après elle ne bougeait presque plus et c'est la première fois que j'assistais à la mort de quelqu'un ici. Donc on a le changement de quart de travail. Moi je travaillais la nuit et je remplaçais ceux du soir, et ils nous ont dit que ça n'allait pas trop. Je suis montée, aller écouter sa respiration...elle avait des réflexes (ndt : mime le bruit de la respiration) toutes les 20 secondes...en regardant dans le vide...et bien, moi ce que j'ai fait c'est que lui ai caressé la tête parce que je me suis dit qu'elle pouvait sentir ma présence quand même et je la caressais la tête en essayant de sentir ses points de tensions...voir où est-ce que je sentais une énergie et tout ça..et je voulais en quelque sorte lui transférer toute mon énergie positive...et c'est comme ça, je l'ai massé, sa tête dans mes mains, jusqu'à la fin..elle est décédée dans mes mains...et j'ai l'impression, mais ça je ne le saurai jamais, qu'elle est peut-être partie plus paisiblement comme ça, sans se débattre, et qu'elle a senti ma présence jusqu'à la fin..voilà

Lui il l'acceptait bien, la nuit je passais des moments avec lui, je lui lisais des livres. J'ai passé de très beaux moments avec lui jusqu'à la fin.

Mais si tout ce travail d'aménagement entourant le trépas peut certes créer un espace plus « vivable » pour les résidents, il n'est pas sans poser de difficultés et de dilemmes pour les intervenants qui ont encore affaire, à ce stade-ci, à des sujets vivants, ne serait-ce que mi-présents, mi-absents, mi-conscients. En effet, il semble qu'ils soient confrontés à trois grands dilemmes ou difficultés concrets dans cette tâche d'aménagement entourant l'individualité au trépas. 1) Premièrement, tenter de maintenir un équilibre entre la sédation et le confort, c'est-à-dire essayer de maintenir une forme de conscience chez l'individu sans que celui-ci en souffre de façon démesurée. En effet, selon les intervenants, la médecine tend à définir la sédation comme un procédé pharmacologique qui provoque la perte de conscience du patient souffrant de symptômes qui ne peuvent être soulagés par d'autres moyens thérapeutiques. La définition des soins palliatifs à la Maison, quant à elle, se trouverait à l'intersection mouvante entre ces deux pôles (entre sédation et confort), et se distinguerait du même coup (selon le discours des intervenants) du traitement réservé aux mourants en milieu hospitalier :

L'important c'est de balancer la sédation et le confort. À l'hôpital, il y a la « sédation terminale » qui fait dormir jusqu'à la fin. Il y a des discussions éthiques par rapport à ça, mais c'est du cas par cas. Ils dorment, mais on ne sait pas ce qui se passe dans leur tête ». Mais c'est sûr aussi qu'il faut accepter une part d'impuissance qu'on a en tant que soignant. C'est sûr qu'il faut rendre ça le plus vivable.

Aujourd'hui, « le curatif » et « le palliatif » se superposent. Des antirétroviraux peuvent être donnés aujourd'hui en soins palliatifs pour soutenir le confort des personnes, et les intervenants de la Maison prescrivent également aux résidents de la morphine pour soulager la douleur, tout en les maintenant dans un certain état dit de confort, soit de semi-conscience ou de semi-éveil (les résidents peuvent encore entendre, parfois parler, ou du moins, dire oui ou non, et quelques fois bouger les yeux ou certains membres) qui n'est pas celui de la sédation terminale (perte de conscience). Or, où se trouve la limite entre les deux? Est-il possible de délimiter un seuil technique ou raisonnable? Et si cette limite se trouvait plutôt dans le seuil de tolérance à la souffrance qu'on est prêt à franchir ou accepter comme intervenant confronté à la douleur de l'autre et à la volonté de maintenir un lien conscient avec l'autre?

On est souvent confronté à ce dilemme : est-ce que je veux le garder conscient ou le moins souffrant possible? À l'hôpital on les assomme avec les pilules, mais ici on est pris avec ces questions : est-ce qu'il faut faire le deuil de lui avant sa mort? Est-ce qu'on veut le garder lucide le plus longtemps possible pour pouvoir lui parler de temps en temps?

Lorsque la durée du « séjour palliatif » est courte, ce type « d'équilibre » entre sédation et confort semble plus facilement gérable. Or, plus elle s'allonge, plus les intervenants sont confrontés à ce type de dilemme, comme en témoigne concrètement le cas de Maurice. Ce qui était prévu comme un court séjour palliatif, soit une affaire de quelques semaines dans son cas, est devenu un des plus longs séjours à la Maison :

un an et quatorze jours. Pendant une grande part de cette année, sa douleur physique était très prononcée et les intervenants, surtout vers la fin, se sentaient coupables, responsables même de lui « infliger » de la douleur sous prétexte de le garder conscient et, en quelque sorte disponible, à l'accompagnement: « on a beau lui dire doucement à toutes les étapes, on te fera ceci, on te tourne maintenant, on te fait ça ensuite, etc. il crie, il pleure. On pourrait peut-être lui donner des médicaments pour ne pas qu'il prenne conscience? Mais ça implique... ».

Cette tension entre confort et sédation, qui touche indirectement au vieux problème philosophique de la relation entre le corps et l'esprit, la douleur physique et la souffrance morale, pose les dilemmes concrets qui viennent avec le fait de devoir « travailler avec » (gérer, soulager, accompagner, etc.) ces formes de vie amoindries au statut difficilement définissable, oscillant entre l'autonomie et la dépendance. Comme on vient de le voir, Maurice, durant sa longue agonie qui dura plus d'un an, ne pouvait plus se déplacer, il était alité et avait perdu l'usage de la parole. Comment alors désigner cette forme de vie qui semble s'étirer douloureusement en longueur et repousser au plus loin les limites de l'étape « fin de vie »? La limite entre soins « palliatifs » et soins de « longue durée » (cette appellation étant habituellement réservée aux « personnes âgées » (alors que Maurice n'avait que 49 ans), ou encore aux résidents en institution psychiatrique fermée) demeure, ici, extrêmement précaire, floue et ambiguë. Faute de mieux, on emploie le terme presque antinomique de « soins palliatifs de longue durée » et les qualificatifs pour décrire cette forme de vie limite reprennent les termes du registre corporel, plutôt psychosocial: « Maurice ça fait un an qu'il est ici, en soins palliatifs de longue durée. Il a des métastases osseuses. Il a de l'incontinence, des plaies, il est alité ».

Un deuxième type de dilemme qui fait partie du travail « d'aménagement vivable » entourant le trépas, soit 2) la tension entre l'acte de « faire vivre » et ce qu'on appelle couramment dans le milieu palliatif, l'« acharnement thérapeutique ». Bien

que les intervenants ne semblent pas s'en tenir à une définition arrêtée de l'acharnement thérapeutique, il semble le définir *in situ* comme l'acte de maintenir en vie une personne au-delà du seuil de ce qui peut être considéré comme une vie dite « naturelle ». Or, encore une fois, c'est cette limite précise qui demeure difficilement cernable, mesurable, identifiable et ce flou donne lieu à un certain questionnement, et pose des dilemmes aux les intervenants. Par exemple, se nourrir et s'hydrater constitue des gestes vitaux qui vont de soi dans le quotidien, mais pour quelqu'un qui est en phase terminale, ces gestes banals doivent non seulement (la plupart du temps) être posés par un tiers, en l'occurrence un intervenant, mais peuvent également devenir des gestes extra-ordinaires, ou même se transformer en une forme « d'acharnement » allant au-delà d'un certain seuil que l'on considère vital, comme le fait de prolonger la vie par une alimentation artificielle, liquide. Comme pour le premier dilemme (confort vs sédation), les intervenants sont souvent contraints d'évaluer dans quelle mesure les actes posés entourant la sortie ultime de la vie sont orchestrés pour le bénéfice du résident ou, en quelque sorte, pour eux-mêmes ou au nom de l'intervention :

La mort est quelque chose de naturel. Être hydraté artificiellement, c'est pas naturel. Il faut savoir s'arrêter dans l'acharnement du maintien en vie de la personne. Mais ça dépend de chaque personne.

Est-ce que c'est bien de donner un boost alimentaire à quelqu'un qui n'est plus capable de manger? Est-ce qu'on ne fait pas que prolonger la vie?

Est-ce qu'il faut encore donner à manger à Mario? Ça doit dépendre de chaque intervenant mais...je sais bien qu'on fonctionne comme ça ici, qu'on respecte le style d'intervention de chaque intervenant, en fonction de chaque résident, mais pour une question aussi importante que celle-là il faudrait se mettre d'accord. Si on lui donne à manger, on prolonge sa vie un point c'est tout. T'sé, il faut comprendre qu'il ne souffre pas s'il ne mange pas. Il n'a plus besoin de manger. Au fond, on lui donne à manger pour rester en contact avec lui et qu'il reste réveillé, mais on prolonge sa vie...

Quand peut-on décider d'arrêter d'agir et d'enclencher le processus qui conduit vers la mort? Quand choisir de ne plus « rien faire » sans que cela équivaille à précipiter la mort? Où se situe la limite entre une vie dite prolongée et ce qui peut être considéré, comme une « vraie vie »? Selon quels critères peut-on fixer ces seuils? Encore une fois, ce type d'évaluation fait partie de l'ordinaire du travail des intervenants, mais les difficultés soulevées par l'une ou l'autre des voies ouvertes sont considérables. Bien souvent, c'est aux résidents eux-mêmes qu'on réserve la tâche de décider, de faire cet ultime choix au nom du respect de leur autonomie :

Daniel est à l'hôpital, il a essayé pas mal de choses qui n'ont pas réussi. Donc, je veux savoir ce que vous en pensez : est-ce qu'on le ramène ici? Pour moi, c'est une zone trop grise encore. Je pense que c'est à Daniel de prendre une décision : c'est à lui de dire que c'est de l'acharnement thérapeutique, mais ce n'est pas à nous de prendre une décision pour lui. Malgré son état, il lui reste une part d'autonomie qui n'est pas à négliger.

Définir les paramètres d'un « choix » entourant la sortie de la vie fait également écho au troisième type de dilemmes qui accompagne le travail d'aménagement vivable de la mort, à savoir 3) la tension entre ce qui peut être considéré par certains comme un « suicide assisté », voire de « l'euthanasie » (aider à mourir, mettre à mort) et par d'autres comme de la « compassion » (laisser mourir). En effet, les intervenants sont régulièrement confrontés dans leur pratique à la volonté des résidents de provoquer d'une façon ou d'une autre leur mort, pour le dire simplement, de mourir « avant le temps ». On peut penser à James, par exemple, qui s'est avoué un jour vaincu et a « pris la décision de ne plus se battre parce qu'il juge que ça fait depuis 9 ans qu'il n'a plus de qualité de vie ». Ou encore à Pierre qui « a décidé d'arrêter sa chimio parce que ça l'épuise et il dit que ça le tue avant le temps ». À Julien, qui souhaite mettre un terme définitif à sa douleur « Ce n'est pas un séjour palliatif pour Julien, mais il est très, très déprimé, très centré sur sa douleur. Toutes ses journées sont centrées autour de ça et il pense qu'il pourrait décider de ne plus se

battre ». Ou, finalement, à tous ces autres résidents qui souhaitent interrompre la prise de leurs médicaments antirétroviraux après avoir vécu un nombre considérable de luttes épuisantes, de rémissions et de rechutes. Les intervenants doivent-ils respecter la souveraineté de ce type de choix? Ou doivent-ils, au contraire, aller à l'encontre à une décision personnelle du résident? Selon quels critères? Il semble que ni le critère humaniste de la « compassion », ni le « caractère sacré de la vie » tel que stipulé dans la loi ne permettent de résoudre entièrement ce type de dilemme. Même pour des résidents jugés inaptes selon la loi (Curateur publique), les intervenants ne semblent pas pouvoir opter aisément pour l'une de ces deux décisions possibles. Aménager une part de cette incertitude dans un espace vivable entourant la singularité équivaut souvent à discuter avec chaque résident de leur choix, tenter de comprendre avec eux les raisons qui motivent ces choix, et parfois tenter de proposer des voix alternatives à leur « traitement ». Ainsi, comme dans les autres types de dilemmes, les intervenants s'en remettent souvent au cas par cas :

Nous comme intervenant on va devoir respecter son choix d'arrêter sa médication, même si tout le monde a constaté qu'il va un peu mieux depuis son arrivée à la Maison. Mais je pense qu'il faut quand même continuer son programme d'exercice, car peut-être que dans un mois, il ira mieux et qu'il va changer d'avis, peut-être qu'il décidera de les prendre à nouveau....

Son état de santé est grave, mais elle refuse le traitement. Il faut l'accepter. Il faut suivre ce qu'elle décide. Mentalement ça va bien, mais médicalement pas bien. Donc, on est dans un dilemme. Il ne faut pas la déclarer inapte, et on ne peut pas la forcer.

Partir sans mourir

« Prendre parti » dans ces trois types de dilemmes n'est pas chose simple. Les débats actuels et le flou juridique qui les entourent en demeurent une preuve. Car il ne s'agit pas, ici, de choisir de mourir ou pas, de souffrir ou pas, d'agir ou pas. Souvent en-deçà des seuils de partage classiques entre vivre et mourir que sous-tendent les débats contemporains, les intervenants doivent avant tout aménager l'incertitude,

travailler avec les zones grises et interstitielles qui se tissent entre les finalités et les catégories existantes et qui viennent avec le fait d'intervenir au singulier (prenant en compte chaque personne, son individualité). Au « mourir sans partir » s'ajoute la problématique du « partir sans mourir » qui constitue en quelque sorte l'autre facette de cette même épreuve terminale de soi. En effet, avec l'arrivée de la trithérapie, la mort n'est plus la seule issue à la Maison. Bien qu'il n'existe pas de règles formelles à cet égard, le temps maximal convenu pour un séjour à la Maison est généralement d'un an. Cela dit, plusieurs des personnes qui y sont accueillies ne meurent pas dans ce laps de temps ou sont encore loin de la date butoir de la mort. Ces individus correspondent à la catégorie floue « transitoire » qui regroupe désormais une grande partie des individus qui entrent à la Maison. Ces individus ne peuvent espérer réintégrer « la vie active », du moins telle que classiquement définie par l'emploi, mais :

malgré tout, [ils] veulent une vie active, ils veulent au moins pouvoir s'occuper de soi, faire le ménage, les courses, avoir un bail, mais ils ont besoin d'un suivi et d'un support en même temps. Ce sont des personnes qui ne sont pas au seuil de la vie, qui survivent malgré le VIH, en grande partie à cause de la trithérapie, mais qui ne sont assez autonomes pour vivre seul. Elles doivent être accompagnées, mais peut-être pas tous les jours ou de façon moins importantes qu'à la Maison.

Préparer la « sortie » de ces individus en transition constitue un travail d'accompagnement à tous les plans (psychologique, santé, hygiène, alimentation, etc.), où « le succès », « la réussite » se mesurent, dans le meilleur des cas, à la capacité des résidents de retourner dans leur « milieu initial » :

J'ai eu des résidents qui étaient en mode transitoire, ils n'arrivaient pas à prendre leurs médicaments de façon régulière, ils étaient en perte d'autonomie, ils n'arrivaient pas à stabiliser leur maladie. Ils sont arrivés ici et ils étaient très minces, amaigris par la maladie. Donc on a tout organisé leur vie, leur confort, leur hygiène, leur alimentation. On a eu recours aussi à des psychologues, on était vraiment en contact avec leurs médecins. Et ont a

réussi à un moment à ce qu'ils retournent dans leur milieu initial, à faire en sorte qu'ils retrouvent leur appartement. Ca pour moi, c'est une réussite.

Les intervenants travaillent avec ces individus transitoires pour qu'ils puissent, éventuellement, continuer leur trajectoire individuelle, c'est-à-dire d'avoir la possibilité de vivre de façon autonome, en dehors de la Maison. À la « mort naturelle » s'ajouterait en quelque sorte une façon « naturelle » de vivre :

On leur permet, mentionne un intervenant, de pouvoir vivre naturellement comme on le fait tous, c'est-à-dire de faire un choix, le leur, c'est-à-dire de continuer le cheminement qu'eux veulent faire, mais en assumant tout ce que ça représente pour eux individuellement. Et donc qu'ils ne puissent plus avoir besoin de cette aide dont ils ont besoin lorsqu'ils sont à la Maison.

Toutefois, ces exemples d'une réussite quasi-totale, quasi-héroïque, ne représentent pas la majorité des « sorties ». Pour certaines d'entre elles, notamment pour les personnes qui sont arrivées à la Maison avec le statut de « sans domicile fixe », retourner dans le « milieu naturel » équivaut parfois à un certain « reclassement » ; ils doivent retourner un peu contre leur gré dans les ressources qui les ont jusque-là prises en charge, comme les refuges pour personnes itinérantes. Pour d'autres, au statut encore moins clair, et comme pour la catégorie « fin de vie » sujette à de nouvelles redéfinitions et dilemmes qui n'ont pas de solutions claires ou arrêtées, la Maison semble désormais aux prises avec une nouvelle catégorie flottante : les « chroniques ».

Cette catégorie implicite, à la frontière instable du sanitaire et du social, inclut tous ces individus qui n'entrent pas dans la catégorie « fin de vie », et qui ne peuvent espérer un « retour dans leur milieu initial » (ni nourrir l'espoir impossible d'une guérison ou un « retour à la santé »). Ces individus, en plus d'avoir le VIH/sida, sont, la plupart du temps, aux prises avec des problématiques récurrents d'alcoolisme, de toxicomanie et/ou de santé mentale et, souvent, n'ont pas d'autres réseaux

relationnels en dehors de la mission (familles, amis, collègues). Difficilement « classables » et, surtout, « plaçables », ces individus n'ont donc pas, du moins pour le moment, besoin de soins palliatifs, mais ils ne sont pas considérés assez autonomes pour vivre par eux-mêmes sans soutien permanent. De plus, les problématiques autres que le VIH/Sida qui les caractérisent la plupart du temps ne semblent pas être assez « dominantes » (par exemple, lorsque les personnes ne sont pas assez âgées pour être placées dans un Centre hospitalier de soins de longue durée), assez « lourdes » pour être prises en charge de façon permanente (par exemple, des problèmes assez « graves » de santé mentale qui nécessiteraient des soins psychiatriques) ou assez « urgentes » pour le circuit des centres de crises ou de « réhabilitation temporaire » (tels que les centres de désintoxication). Que faire alors avec ces individus qui se situent dans un « entre-deux »?

Pour répondre en partie à ces nouveaux « besoins », la Maison a créé des dispositifs d'hébergement externes et de suivi post-hébergement pour les personnes « désorganisées, qui ont moins d'autonomie et qui ont besoin d'un support pour vivre éventuellement de façon autonome dans la communauté », comme le mentionne un intervenant. Ces dispositifs externes, liés directement à la Maison, permettent ainsi d'accompagner ces individus difficilement « plaçables », qui se situent dans des entre-deux, au point limite des critères de détermination et des catégories existantes, dans un continuum incertain entre la vie et la mort, la santé et la maladie, l'autonomie et la dépendance, le sanitaire et le social. Ces existences qui, en quelque sorte « débordent » de la Maison, mais qui vont au-delà de sa capacité à les maintenir de façon permanente à l'interne et pour lesquels les intervenants sentent souvent leurs compétences insuffisantes (notamment en termes de travail social, psychologique, ou médical) et leurs ressources matérielles insuffisantes (la Maison ne compte que 17 chambres). La création de ces dispositifs externes démontre à quel point l'accompagnement dans un contexte d'action comme celui de la Maison constitue un support qui doit être maintenu à long terme et construit sous plusieurs formes pour

respecter les « degrés » d'autonomie de chacun. Comme le dit cette intervenante : « la diversification des types d'hébergement permet une graduation des formes d'accompagnement en fonction de l'autonomie des personnes ».

Or, encore une fois, ce n'est qu'une partie de ces sujets en transition qui auront la « chance » de demeurer dans ces hébergements, faute de place ou faute d'autonomie suffisante. En attendant, les intervenants sont aux prises avec des problèmes de « gestion » concrets de ces formes de vie qui débordent leur mission ou compétence actuelle, mais qui, en raison d'un humanisme inébranlable, ne peuvent, évidemment, les « laisser mourir ». Comme l'hôpital qui a été jadis aux prises, lors de l'éclatement de l'épidémie du Sida, avec un problème concret de gestion des corps mourants qui ne parvenait pas à guérir, la Maison se voit dans l'obligation aujourd'hui de trouver des « solutions d'attente » pour ces individus vivants « trop singuliers » qui ne parviennent pas à trouver de place sociale par les mécanismes classiques de l'intégration sociale (famille, emploi, étude, etc.), mais qui sont contraints néanmoins d'assumer, ne serait-ce que partiellement, leur autonomie. L'interrogation du « que faire avec ? » accompagne alors le « travail avec » autrui, cette forme d'intervention « post-intégrative » qui demeure sans cesse à (re)construire, à (ré)élaborer, à (re)négocier, à (re)situer, etc., entraînant la nécessité de trouver d'autres aménagements possibles pour traduire la diversité des besoins et aspirations qui accompagnent, littéralement, l'idéal de singularité.

CHAPITRE V

UN SYSTÈME « OÙ L'ERRANCE VIT »

« On peut tous s'en sortir »
(Conseiller au programme
l'Étape)

*« si on reste dans la multitude
comme en bas, on reste des pions
anonymes »*
(Participant au programme
l'Étape)

5.1. Sortir du « système »

Lundi matin, 1^{er} février, un homme entre dans la salle multiservices du 1^{er} étage. Bien mis, chemise, cravate, petit porte-document en cuir, comme s'il était convoqué pour une entrevue. Il s'assoit silencieusement à la table destinée à accueillir les hommes qui ont choisi de soumettre leur candidature au programme d'accompagnement. Il tend une feuille à Maurice, un des conseillers de jour du programme chargé de faire tous les matins l'accueil des candidats potentiels dans cette salle et qui la lit tout haut :

- *Je suis sourd et muet. Je viens de la Côte-d'Ivoire, je suis arrivé ici au mois de décembre. J'étais au YMCA⁴⁷ avant, ils m'ont dit de venir ici.*

⁴⁷Le YMCA, dont la mission d'origine, qui remonte à 1844 à Londres, était de venir en aide aux jeunes travailleurs pendant la révolution industrielle, constitue aujourd'hui au Canada un organisme de bienfaisance œuvrant à différents niveaux, allant de la santé (centres sportifs communautaire), à l'enfance (garderies, camps de vacances), à l'accueil des nouveaux réfugiés et nouveaux arrivants.

- *As-tu de la famille à Montréal?* demande Maurice, toujours par écrit. Et l'homme de lui répondre ensuite longuement, tremblotant, s'appliquant à écrire son histoire avec une écriture soignée qui semble datée d'une autre époque.
- *Je ne sais pas ce qu'il est en train d'écrire,* mentionne Maurice, *peut-être qu'il essaie de me raconter sa vie, mais ce que j'ai à lui dire n'est pas long! En fait, on ne pourra pas le prendre à cause de son handicap. Ce n'est pas assez sécuritaire pour lui. Est-ce qu'il n'y a pas un hébergement pour handicapé qui existe? Je vais proposer de lui garder ses effets personnels en attendant qu'il trouve une solution.*

Il est 7h15. Pendant que Maurice attend que d'autres candidats intéressés au programme d'accompagnement se présentent, les derniers hommes entrent pour récupérer leurs effets personnels dans cette salle qui, la nuit, sert aussi de vestiaire pour les effets personnels qui sont souvent les seuls objets qui appartiennent véritablement aux hommes dans cette économie souterraine où tout, ou presque tout, est prêté, administré, relégué, offert sous forme de dons. Ces hommes de passage au vestiaire, ce sont ceux qui, la veille et souvent l'avant-veille, ont dormi au refuge et sont forcés de quitter les lieux le matin, après le déjeuner, avant de pouvoir y revenir le soir même pour le repas du soir et le coucher. Ils ne s'inscriront ni aujourd'hui, ni peut-être jamais, au programme d'accompagnement. Ils sont les « gars de la ligne », nom générique pour distinguer aujourd'hui les hommes qui fréquentent uniquement le refuge, ce vestige vivant représentant plus de cent ans d'histoire, cent ans d'une modalité unique d'intervention qui, jusqu'à aujourd'hui, n'avait que rarement été remise en question tant dans sa forme que dans son contenu.

Vers 7h30, ce sont seulement deux autres candidats qui se présenteront aujourd'hui pour entendre Maurice expliquer les consignes du programme d'accompagnement « l'Étape »:

- *Bon...je ne sais pas ce qui se passe ce matin, probablement parce qu'on est le 1^{er}, mais habituellement c'est plein...Je vais commencer pareil... Bonjour, je m'appelle Maurice, je suis conseiller à l'Étape, un programme de 30 jours pour vous aider à vous stabiliser dans vos affaires, votre identité, vos papiers ces choses-là, vous aider à faire des démarches pour sortir d'ici [...]. On veut vous faire décrocher de la ligne un peu. Pour l'instant, il n'y a pas de place, mais on peut vous mettre sur la liste d'attente. Habituellement, après le 1^{er} du mois, il y a pas mal de places qui se libèrent*

- *Est-ce que j'aurai des tâches à faire à l'Étape?* demande un des deux candidats, un homme au début trentaine. *Parce que moi j'suis toxicomane, pis je peux pas travailler ici tous les jours, parce que je dois consommer. Après 15 jours j'y arriverai pas, c'est sûr...t'sé ça peut arriver que vers 1h je vais prendre une bière». Il regarde ensuite le dépliant et le lit à voix haute : « récupération psychologique ...ah, j'aime bien ça, ça! Moi je suis ici parce que je veux m'en sortir. J'm'en fous quelle mission qu'on m'offre : m'a prendre n'importe quoi. Pas le temps de niaiser avec ça. C'est ma santé et mon rétablissement qui dépendent de ça. Moi j'ai rechuté à cause de ça. Fait que j'peux pas attendre 24 heures...si j'ai rien, je vais chuter c'est sûr. J'ai besoin de quelque chose de positif qui m'occupe la tête, ça va m'aider. J'avais fait 15 jours à la Maison du Père, mais moi j'ai pas de grandes habiletés sociales, fait que, après 15 jours je suis plus capable pis je reprends de la dope, pis on me jette dehors...*

Si l'unique travail auquel ce candidat devra se consacrer est un « travail sur soi », il devra avant tout, comme pour tout candidat à l'accompagnement, obligatoirement passer une nuit au refuge, condition préalable pour pouvoir être admis dans le programme et véritable épreuve pour ceux qui tentent de sortir du système. « Sortir du système » : expression commune dans ce milieu caractérise la démarche, presque héroïque, des hommes qui tentent de « s'en sortir », c'est-à-dire qui parviennent à sortir d'un monde à part, auto-suffisant, duquel on court le risque de ne jamais sortir indemne, voire de sortir définitivement. En effet, le « système » constitue l'expression consacrée dans le milieu pour désigner l'itinérance comme un système où « l'errance vit », un espace d'assistance où progressivement, et souvent

durablement, on s'installe, on trouve sa demeure, on fait sa vie, malgré soi, en soi, autour de soi, jusqu'à faire corps avec le «système ».

Le système renvoie non seulement aux organismes, missions et autres ressources d'assistance qui viennent en aide aux hommes, mais aussi une aire vivante où l'on côtoie des pairs au quotidien (amis, amants, *shylock*, partenaires de jeu, etc.), où l'on a ses points de repères (culturels, moraux, urbains, etc.), sa routine, ses habitudes, ses itinéraires. C'est aussi un espace d'échanges divers en marge du système salarié : trocs, trafics, vente, achats (de médicaments, drogues, sexe, vélos, jeux, etc.), travail au noir, travaux compensatoires, jobs, etc. Le système dans cette optique, renvoie alors non seulement à un espace caractérisé par une diversité de services d'aide, mais aussi à un lieu d'inscription sociale «ordinaire ». Certes, cette socialité, pourrait-on croire, est tout sauf un espace de liberté, de divertissements, d'« épanouissement personnel ». Pour l'homme qui s'y retrouve, elle est souvent un lieu de vie extrême, un mode de survie exposée davantage à des formes de violence, d'intimidation, d'invective, voire aux abus des autorités municipales et policières, aux plaintes des marchands et des citoyens, tout comme aux intempéries, au bruit, à la pluie, la neige et au soleil, aux odeurs et pollutions et à toutes sortes d'infections et de maladies qui pullulent à proximité de ces niches urbaines où pauvreté et misère ont tendance à se mêler. Mais lorsqu'on évoque, à la Mission, l'effigie du « système », c'est moins pour désigner cette forme de vie rude et amère, que cet univers sans murs qui avale presque tous ceux qui y passent. Des expressions corollaires à celle de système telles que « roue », « trappe », « rester fixer », « être enfermé » viennent renforcer cette image presque kafkaïenne d'un monde auto-suffisant où se mêlent intimement, jusqu'à en confondre les limites, l'enfermement et l'ordinaire :

Le système, c'est ici, c'est la mission, mais c'est aussi tout ce qu'on a mis en place depuis des décennies, c'est tout un monde ; tu peux passer ta vie dedans sans gros problèmes, essaie d'y rentrer, tu verras comme c'est facile, pis après d'en sortir, comment c'est difficile.

Montréal, c'est la meilleure ville au monde pour l'itinérance, parce que tu peux manger 7 fois par jour gratuitement, dormir gratuitement, recevoir ton chèque. Mais le problème, c'est que tu rentres dans la roue pis tu t'en sors pas, t'es comme enfermé là-dedans [...].

Ce qui est difficile, c'est de sortir de l'habitude de la rue. Les gars savent qu'y peuvent tout avoir : la bouffe, leur chèque, un toit, leur dope, leurs femmes...fait que, c'est pas facile de briser cette habitude-là. C'est un système [...].

[...] c'est tellement facile de devenir un itinérant. Trois ans, trois mois pour quelqu'un qui devient un sans-abri, c'est comme une trappe, il devient fixé avec. [...] Et après ça, ils viennent à la Mission, manger gratuit, un lit gratuit, il a rien à ramasser. Comment après ça, nous, on peut structurer quelqu'un ? Comment on peut être responsable pour lui si lui-même, tout est fait pour lui ? La Mission fait un bon boulot, mais c'est très dur pour nous de lutter, de combattre avec tout ce qui est là pour eux autres dans le système [...].

Comme l'illustre ce dernier extrait, le système, dans cette optique, c'est avant tout une forme de problématisation de l'itinérance où le risque d'ancrage est l'une des caractéristiques constantes et l'une des difficultés tenaces des institutions qui en ont la charge, devenant un frein majeur à la « réintégration » souhaité, comme nous le verrons plus loin. Mais, en amont de cet ancrage systémique, comment entre-t-on à la Mission ? Pour quelles raisons ? Qui sont les individus qui y vivent, y survivent et parfois y meurent ?

Soi hypothéqué

Contrairement à la plupart des institutions qui desservent la « communauté », ici, à la Mission, les statistiques sur les « types de clientèle », plus précisément sur les différentes « problématiques » qui les caractérisent (santé mentale, toxicomanie, etc.), sont absentes. En fait, les seules statistiques disponibles sont celles qui demeurent encore tributaires de « l'ancienne » philosophie de la Mission, celle qui s'adresse, comme nous le verrons plus loin, à la masse d'hommes interchangeables et anonymes, et qu'à la gestion des corps. Dans cette optique, on trace le « portrait

global » de la Mission à l'aide d'une compilation du nombre de nuitées totales par année et de la moyenne des repas servis quotidiennement.

Portrait global de la Mission 2008-2009⁴⁸

Nombre de lits	466
Nombre total de nuitées des clients	128 855
Moyenne de clients par nuit	353
Nombre total de nouveaux clients	1 075+
Nombre total de repas servis	259 333
Moyenne de repas servis par jour	711
Nombre total de départs organisés	216

Depuis 2007, on compile le portrait global en fonction des deux modalités d'intervention maintenant en vigueur à la mission : le refuge et l'accompagnement. On peut voir, par exemple, que, pour l'année 2008-2009, 76 358 étaient le nombre de nuitées pour les «services d'urgences » (le refuge) et 42 048 pour les programmes d'accompagnement, ou encore que l'âge moyen pour les premiers était de 42 ans et de 43 ans pour les seconds. Mais, en dehors de ces statistiques objectives, deux registres explicatifs se chevauchent, voire s'alimentent mutuellement lorsque vient le temps de décrire la « clientèle » et les raisons justifiant leur entrée à la Mission.

Premièrement, on ne cesse de mentionner qu' « il n' y a personne qui vient ici qui n'a pas de problèmes ». Ce n'est pas n'importe qui, qui entre à la Mission et ce n'est pas avec n'importe quel problème. L'homme que les conseillers décrivent — description faite à partir des récits biographiques qu'ils récoltent, depuis peu, dans les

⁴⁸ MOB, Rapport annuel 2008-2009.

rencontres individuelles avec les participants des programmes d'accompagnement — est la plupart du temps réduit à une accumulation multiple de problématiques. L'absence de logement et la grande précarité économique (faible revenu, prestations d'aide sociale, etc.) constitue un problème important, mais à cela s'ajoute un faible, voire un réseau relationnel inexistant (famille, amis, conjoint, collègues, etc.) et un lot de vulnérabilités considérées problématiques et accumulées dans une trajectoire de vie dite « désorganisée »: problèmes de santé mentale, de santé physique, de toxicomanie, d'alcoolisme et problèmes de jeu sont fréquents, parfois présents chez une même personne et cela depuis longtemps. Le soi qui « débarque » à la Mission est lourdement hypothéqué :

Je ne connais pas les chiffres, mais je dirais qu'ici il y a disons 20 % de santé mentale, 40 % de toxicomanes, 20% de problèmes de jeu et des gens seuls qui ne veulent rien savoir de la mort (sic), mais ce n'est pas beaucoup, je dirais c'est 2%.

C'est souvent des problèmes de consommation et de gambling, souvent tout ensemble, et des problèmes de santé mentale. Souvent y en a qui ont les trois ensemble.

T'as la clientèle que ça fait trente ans qu'elle consomme, pris dans son pattern, de tous les mois : le chèque. C'est terrible. Le 29, il a un chèque, le 30 il ne dort pas, le 31, il part et puis il va, tu sais... T'as les personnes de santé mentale qui sont très hypothéquées, qui sortent de Louis-H.-Lafontaine, de Douglas ou même de Pinel qui sont vraiment... on va avoir affaire avec une clientèle qui est complètement désorganisée. Ça, c'est assez fréquent, je dirais que c'est quand même un gros pourcentage. Les toxicomanes :très très gros pourcentage. Problème de jeu pathologique aussi, tout ce qu'on pourrait croire! [...].

La figure idéale de l'individu souverain, autonome, réflexif, injonction lyrique des sociétés contemporaines, semble donc loin ici de la réalité de l'individu empirique qui met le pied à la Mission. Hypothéqués par un ensemble de vulnérabilités considérées problématiques, rares, pour cette raison, sont les hommes qui entrent à la Mission sans contacts préalables avec les diverses « mesures »

offertes par l'univers de l'intervention sociale, allant des thérapies, à l'hospitalisation, à l'emprisonnement. La plupart ont soit déjà fréquenté l'un des trois refuges à Montréal, mangé à une soupe populaire, été « dispatchés » par l'urgentologue d'un hôpital après une crise ou une overdose, orientés temporairement par un travailleur social du CLSC ou du service carcéral, redirigés par un intervenant de rue, un policier, un agent psychosocial-justice, etc. La plupart traînent avec eux un « lourd parcours » institutionnel, leur parcours de vie se dessinant pour une grande part par les rets de l'intervention sociale. Exceptionnels sont ceux qui « tombent » en ce sens à la Mission du jour au lendemain, sans avoir fait l'objet au préalable d'une forme ou d'une autre d'intervention, que celle-ci soit qualifiée de charitable, communautaire, préventive, répressive ou d'urgence, etc. D'ailleurs, la seconde cause qui est souvent mentionnée lorsque vient le temps d'expliquer le pourquoi et le comment de la venue des hommes à la Mission : le manque de places « ailleurs ». N'ayant pour la plupart trouvé de place ailleurs ou ayant atteint la limite de capacité d'une autre ressource en termes de temps ou de clientèle visée, les hommes qui mettent le pied à la mission y aboutissent, pour une majorité d'entre eux, « par défaut », parce qu'aucune autre structure de la « communauté » ou du réseau n'était en mesure de les accompagner plus longtemps, que ce soit pas manque de ressources (places disponibles, budget, personnel) ou par inadéquation à leurs besoins. Au soi « hypothéqué » s'ajoute ainsi le soi « implaçable ».

Le « dumping »

À la Mission, l'expression « *dumping* » est souvent utilisée par les intervenants pour qualifier cette façon d'entrer « par défaut »; faute de mieux, faute de place. En utilisant ce terme à la symbolique marquante, les intervenants se plaignent du fait que les autres institutions tendent de plus en plus à se décharger de certains de leurs « clients », ceux dont on ne veut pas et/ou pour lesquels ils ne savent plus quoi faire, où les placer, transférant en quelque sorte la responsabilité de gestion sur eux. Alors qu'elle s'était toujours considérée comme en dehors du Réseau public

et de la « communauté », la Mission semble y occuper aujourd'hui une place névralgique. Il semble qu'elle permette dans bon nombre de cas de pallier des situations qui tombent à mi-chemin entre les formes d'établissement de longue durée, réservées aux personnes considérées lourdement dépendantes (mentalement, physiquement, âgées) et les ressources de courte durée, telles que les centres communautaires de jour, les centre de crise, les centre de désintox, les urgences hospitalières, qui s'adressent avant tout aux personnes considérées « réintégrables », c'est-à-dire dont l'autonomie est perçue comme temporairement affectée et pouvant, moyennant une aide temporaire, être réintégrer « dans la société » (leur emploi, leur famille, etc.).

Les intervenants se plaignent notamment du fait que, jusqu'à récemment, il n'était pas rare de voir des hommes arriver « complètement désorientés des hôpitaux », sans savoir où ils étaient, comment ils y étaient arrivés, même sans savoir qui ils étaient. Selon ce que ces intervenants racontent, ils ont dû accueillir plus d'une fois certains hommes débarquant à la Mission en taxi en provenance directe de l'hôpital, parfois avec pour seul vêtement une jaquette d'hôpital ou, avec pour seule ,pièce d'identité, une petite cocarde accrochée au cou :

Il y en a plusieurs qui arrivent complètement désorienté de l'hôpital... j'en ai vu un, il sortait de l'hôpital, il était vraiment magané, il était encore gelé, c'est effrayant. Ils l'ont envoyé en taxi... il a fallu le traîner jusqu'à la cafétéria pour qu'il mange. Le lendemain matin, il ne savait même pas qu'il était arrivé ici. Il a dit : « Ah mon dieu, ils m'ont sorti de l'hôpital ». Il n'était même pas au courant.

Ce monsieur là ils l'ont « dumpé » ici après une opération, il était encore en jaquette, avec son nom accroché dans le cou...le pauvre monsieur il était complètement perdu.

Depuis récemment, des ententes plus formelles ont cependant été faites avec quelques partenaires issus du milieu hospitalier, dont l'hôpital Douglas, afin que la

Mission réserve un certain nombre de lits à leurs patients contraints de quitter l'hôpital, mais ne trouvant pas de place dans la « communauté » (hébergement en santé mentale par exemple). On leur transfère ainsi des hommes que l'on juge désormais aptes à vivre sans cure fermée, en attente d'une « meilleure » place ou tout au moins qu'une autre place se libère dans la dite communauté. La Mission a toutefois exigé (avec le consentement du client oblige) que l'hôpital ou toutes autres ressources du réseau, telles que les CLCS, lui envoie une fiche de liaison contenant les renseignements nécessaires pour qu'elle puisse se faire une idée de l'homme qui sera amené à participer au programme d'accompagnement. Sur ces fiches envoyées par fax, la plupart très sommaires, on trouve souvent des diagnostics et une courte description des comportements, tels que « un peu désorienté dans l'espace, mais calme, non violent. Collabore bien » ou une courte biographie, telle que « a fait neuf tentatives de suicide ». Mais, malgré ces nouvelles ententes et précautions, les intervenants ont souvent l'impression de faire le « sale boulot » des autres, alors qu'ils se sentent eux-mêmes insuffisamment équipés en termes de compétences, d'obligations (droits conférés à un statut professionnel pour pratiquer tel ou tel acte) et d'effectifs matériels pour accueillir ces personnes et les accompagner à long, ou même à moyen terme : « Les hôpitaux nous envoient des cas de santé mentale, ils nous bombardent avec des gens, mais on n'est pas équipés », « ils vident tous les hôpitaux et parce qu'ils savent plus où aller et alors ils viennent ici »,

il y a parfois un clash entre la philosophie Douglas et celle de l'OBM. T'sé à Douglas ils mentent parfois dans leur dossier. Ils disent que telle personne va bien pis qu'elle est apte à sortir de l'hôpital, mais la personne arrive ici pis elle va pas bien, elle fait des crises, pis toute. Pis eux autres après y peuvent pas les reprendre, fait que... on est pognés avec des gros problèmes de santé mentale pis on sait pas quoi faire. Ils se fâchent des fois après nous à Douglas parce que les gens prennent pas leur médicaments, mais le problème c'est que nous ici on n'a pas le droit de donner leur dose de médicaments. On ne peut rien faire.

La Mission se trouve ainsi dans la plupart des cas à devoir gérer des cas considérés lourds et face auxquels ils se sentent « pognés », pour reprendre l'expression d'un intervenant mentionnée ci-haut, allant jusqu'à soupçonner parfois qu'on allège le portrait des patients afin de pouvoir les « dumper » plus facilement. Face à cette réalité, les intervenants ont souvent tendance à vouloir réaffirmer leur identité institutionnelle, ou du moins à affirmer ce que la Mission « n'est pas »; elle n'est pas un hôpital : « ici, c'est pas un hôpital. On n'est pas ici pour offrir des soins. Nous, on ne peut pas l'accepter [le patient] juste pour des raisons médicales [...] ».

Survivants de la ligne

Depuis plus de cent ans, le refuge était considéré comme le modèle d'intervention privilégié pour traiter l'itinérance. Depuis l'implantation du dispositif d'accompagnement en 2007, deux façons d'intervenir ont vu le jour à l'intérieur de la Mission, marquant par le fait même une limite tant physique que symbolique entre ses « usagers ». D'un côté, ceux qui choisissent de ne pas participer aux programmes d'accompagnement, se contentant, en quelque sorte, de satisfaire uniquement leurs besoins corporels primaires : manger, dormir, se laver. De l'autre, ceux qui souhaitent aller au-delà de ces satisfactions corporelles pour entreprendre une démarche qui leur permettent de « s'en sortir ». Tandis que les seconds sont désignés comme « participants », les premiers sont ceux que l'on nomme à la Mission « les gars de la ligne ». Contrairement aux seconds, pour qui l'on cherche à saisir, au-delà du corps, le nom, l'histoire singulière, la biographie, etc., les gars de la ligne sont interpellés avant tout comme des corps anonymes, muets, désobjectivité, en fait comme une masse vivante, survivante, qu'on doit maintenir en vie (ne pas faire mourir), mais qu'il faut en revanche surveiller et contenir parce que potentiellement dangereuse Il suffit, d'ailleurs, d'observer ce qu'on appelle à la Mission « la gestion de la ligne » pour s'en convaincre.

À tous les soirs, entre 19h et 20h, une masse d'hommes s'alignent devant la Mission pour entrer dormir à l'étage du refuge, après le repas du soir. Comme préparés à une guerre routinière, les cinq ou six membres de l'équipe des intervenants, munis d'une caméra de surveillance et d'appareils émetteurs-récepteurs, sont placés stratégiquement aux différents points «sensibles» pour se préparer à « gérer la ligne », c'est-à-dire à rendre fluide le déplacement des hommes d'un point fixe à un autre à l'intérieur du pavillon, de vérifier les présences et les absences selon les numéros de lit, de découper stratégiquement l'espace afin de rompre toute communication, paroles ou enjambées inutiles, d'être capables de repérer en un coup d'œil où et comment se déplacent les hommes, de surveiller à chaque instant leurs conduites, de les sanctionner par la force, les fouilles ou l'isolement lorsqu'il le faut. Corps anonymes et muets, les gars de la ligne constituent en somme une masse d'hommes anonymes et interchangeable dont le rôle dans l'institution se limite à entrer et sortir, manger et dormir, aux heures et aux endroits qui leur sont réservés (cafétéria, dortoirs, douches communautaires). Ce rituel de gestion de la ligne donne en fait l'impression que tout, d'une minute à l'autre, peut «sauter»⁴⁹ et que l'on est en présence d'hommes potentiellement dangereux, comme assujettis à leurs instincts primaires, à une violence naturelle quasi animale, comme le résume la remarque de cet intervenant, vêtu de pantalons de type militaire, placé à la porte de sortie de la cafétéria pendant les heures de repas : « ici, ça peut exploser en deux secondes ».

Une expression qui semble parler d'elle-même est d'ailleurs utilisée pour désigner ces hommes qui, jour après jour, s'alignent devant la mission: les « survivants de la ligne ». Ces corps en ligne tous les soirs devant la porte d'entrée, ceux qui dorment, mangent, se lavent à la Mission, qu'ils soient fraîchement

⁴⁹ On nous a assigné un endroit précis pour observer ce processus de gestion de la ligne, soit à côté du poste de surveillance, en retrait de la circulation de la file, en raison, nous a-t-on dit, que «ça peut devenir dangereux par moment ». M'étant moi-même surprise à avoir peur, j'ai aussi eu l'impression que ma présence dérangeait les intervenants parce qu'elle nuisait, ne serait-ce que légèrement, au déroulement ordinaire de cette gestion de la ligne.

débarqués ou depuis plus longtemps ancrés, ne correspondent pas, habituellement, à des corps que l'on pourrait qualifier de vigoureux et en santé. Ils sont tenaillés par la faim, la soif, le froid, la fatigue, par des besoins «primaires» de survie. Ce sont des corps visiblement amochés, « poqués », des corps odorants, puant souvent l'urine, les sécrétions, le vêtement sale et usé. Ce sont des visages ridés, aux paupières boursoufflées, aux joues brûlées par le soleil ou gercées par le froid, aux dents manquantes, parfois noires, aux mains cornues et aux ongles jaunes. Si le soi est hypothéqué, le corps semble quant à lui usé à la corde, épuisé, meurtri dans sa chair. Jusqu'à récemment, le refuge fut perçu comme étant *la* méthode d'intervention privilégiée pour répondre aux besoins primaires en offrant des moyens matériels de base : lit, toit, nourriture, douche. Or, on considère qu'il est désormais insuffisant de répondre uniquement à ces « besoins primaires » du corps.

L'idée avant, c'était « venez, on vous donne un lit pour dormir, à manger, ... ça ne marche pas. On a changé le concept, on a changé la philosophie de l'aide. On a changé les services, on a changé tout [...] Avant, c'était : « Regarde, je veux dormir, je veux manger, je veux du linge ». Ce n'est plus comme ça, on n'est pas en 1868. On est en 2009, donc l'idée... on intervient, on essaye de voir, de comprendre, d'accompagner, d'aider et d'essayer de comprendre.

Le programme d'accompagnement viendrait répondre à une nouvelle demande sociale, à de nouvelles demandes qui s'ajouteraient aux besoins « objectif » de survie: avoir du support, de l'écoute, être reconnu, pris en compte pour pouvoir « s'en sortir ».

Quand ces gens-là arrivent, ils viennent chercher une forme de sécurité. Ils ont un toit sur la tête, ils n'ont pas à s'inquiéter de leur sécurité et de leur nourriture. Ça c'est réglé. Ils vont ensuite pouvoir avoir un lien d'espoir, parce que maintenant avec nos programmes d'accompagnement au moins il y a un endroit où on les accueille, on les valorise, on leur donne une opportunité.

Le premier besoin qu'ils viennent combler c'est le besoin primaire. Dormir, manger, se laver, ils viennent chercher ça. Par contre, y en a que, tu sais, que s'ils n' étaient pas ici ils seraient capables de combler ça. Mais ici [au programme d'accompagnement], ils viennent vraiment chercher une écoute, un support. C'est pour ça que pour eux, nous, comme programme d'accompagnement, on est vraiment la sortie possible.

Les profiteurs

Alors que les hommes qui fréquentaient le refuge constituaient la totalité des hommes de la Mission, aujourd'hui, un seul étage leur est désormais réservé. Ils constituent encore une majorité en nombre, mais ils sont désormais réduits à n'être qu'une « minorité visible », une sorte d'anomalie problématique. Ils portent sur eux le lourd stigmate de la « dépendance », voire de la « chronicité ». Il semble en effet qu'il existe aujourd'hui un mauvais usage répandu du refuge : plutôt que d'en faire un usage transitoire pour « réintégrer la société », les hommes en feraient un usage chronique, y reviennent par masse, jour après jour, d'année en année, y habitant à long terme, voire pour certains de façon permanente. On voit alors apparaître la figure du « profiteuse du système » : « Y'en a qui sont ici juste pour profiter du système. Ils veulent un toit pis toute mais ils ne veulent pas changer »

Ici à la Mission, je trouve qu'il y a beaucoup de personnes qui profitent du système. Il y en a plusieurs qui travaillent— là je parle du refuge, ils travaillent 40 heures par semaine mais ils sont tellement habitués de venir à la Mission et ça leur coûte pas une cenne pour vivre : ils ne payent pas de loyers, ils ne payent pas pour manger. Ces gars là on ne les voit pas pendant deux jours dans la semaine, le jeudi et le vendredi- parce que le jeudi ils reçoivent leur paye pis ils la dépensent le lendemain, pis après ils reviennent. Ça c'est une chose que je déteste et je l'ai dit à maintes reprises.

Souvent, on va dire aussi que c'est des gens qui profitent du système. C'est des gens qui profitent du système. Parce qu'ils disent : « y a pas mal de refuges qui existent, beaucoup d'endroits qui donnent de la bouffe. Pourquoi est-ce que je suis obligé de louer un appart alors qu'il y a un endroit où je peux me coucher tous les soirs. Il y a des endroits où je peux aller manger. Ensuite, j'ai un chèque tous les mois. Mon chèque, je peux

consommer avec, je peux consommer avec parce que j'ai un endroit où aller coucher. » Ce n'est pas évident avec ces gens-là.

Face à ce constat, la Mission a, en 2007, intégré au cœur de sa mission un dispositif concret d'accompagnement social « permettant de faire le pont entre les services essentiels d'abri et de nourriture d'une nuit vers une plus grande autonomie », mentionne un intervenant. Ce dispositif qui permettrait de rendre fluide et opératoire le passage de la dépendance, voire de la chronicité, à l'autonomie, comprend deux programmes, l'Étape et l'Escale qui s'adressent aux personnes qui manifestent volontairement le désir d'entreprendre une « démarche pour s'en sortir », aux personnes qui souhaitent « redresser leur situation », qui sont prêtes à « travailler fort sur elles-mêmes pour rester autonome », à « vivre de façon autonome », éventuellement dans « un véritable chez-soi » à l'extérieur de la Mission, comme le mentionnent les intervenants.

5.2 Investir la singularité

Avec l'implantation du dispositif d'accompagnement, un discours de partage émerge non seulement entre les usagers (gars de la ligne vs participants), mais aussi parmi le personnel de l'institution, ce qui se manifeste non seulement dans la division spatiale des lieux d'exercices, mais aussi dans la manière de figer les attitudes dans des catégories qui relèvent la plupart du temps du registre de la civilité et de l'incivilité. Autrefois désignées par une même appellation (« les intervenants ») et une même vocation, deux catégories distinctes voient le jour : les intervenants et les conseillers; le personnel qui s'occupe de la « masse » (les gars de la ligne) et celui qui travaille avec chaque individu (les participants); ceux d'en bas et ceux d'en haut; ceux qui surveillent et gèrent les corps et ceux qui prennent le temps d'écouter et de parler avec chaque individu; ceux qui font respecter l'ordre ou la sécurité et ceux qui respectent les hommes :

Ce qui m'a toujours frustré quand je travaillais dans la sécurité, c'est de pas pouvoir en faire assez pour les gars. Et je trouvais qu'on était complètement inutile en sécurité. À part de faire respecter le règlement ? Tu ne fais rien d'autre en sécurité. J'étais chef d'équipe aussi, et c'était le respect des règles de sécurité, point final. Il n'y avait pas d'humanité là-dedans. Nous, ce qu'on essaie de faire, c'est de respecter les gars, pas seulement de faire respecter l'ordre

La mission est la même : venir en aide, aider les itinérants à sortir de la rue. Mais eux, en bas, ils sont des intervenants de 1^e ligne. Nous on est conseillers dans un programme d'accompagnement. On écoute les hommes, ce qu'ils ont à nous raconter. En bas, on leur dit quoi faire et c'est tout. On est plus patient aussi qu'en bas. Eux, ils font de la surveillance avant tout. Ils font de l'accompagnement physique, c'est-à-dire qu'ils escortent les hommes à la cafétéria, dans les couloirs du refuge, et vers la sortie, mais pas de la même façon que nous, on fait de l'accompagnement psychologique et, social.

D'un côté, une intervention désormais perçue comme archaïque, presque inhumaine, s'adressant à des corps interchangeables, anonymes, muets, de l'autre, une intervention humaniste et moderne interpellant chaque homme dans sa singularité profonde et désancrée, désireux de « s'en sortir ». Ces deux figures de l'intervention et catégories d'hommes cohabitent désormais dans la Mission, se côtoient quotidiennement, s'éclairent mutuellement, se soutiennent de leurs limites réciproques, créant des effets de contrastes parfois violents. Les images évoquées pour décrire ce qui est désormais perçue comme une transformation radicale parlent d'elles-mêmes : « [...] Ç'a tellement changé ici depuis les dernières années. Maintenant on nous voit comme des gens qui peuvent aider! »

Ça a changé énormément [...] avant, c'était des gars tough. C'était des gros bras. Avant, fallait que tu marches droit. Il ne fallait pas qu'il y ait un gars qui fasse quelque chose de croche parce que tu peux être sûr qu'un intervenant allait lui faire payer, pis souvent par la force...on a changé notre vocation ici.

C'était complètement fou avant, il n'y avait aucune règle, personne ne respectait personne, c'était une jungle. C'était rough comme une prison. Les intervenants étaient en fait des surveillants. Ils étaient corrompus, ils se

bagarraient pour établir l'ordre. Les gens buvaient, fumaient en dedans. Au fond, la seule différence entre les hommes et les intervenants à l'époque c'était le pouvoir. Mais sinon, il n'y avait pas de différences [...] et peu à peu, on a changé de philosophie, avec des gars comme moi qui voulaient pas se battre, qui ont pensé qu'il fallait traiter ces hommes-là comme des personnes, comme des êtres humains, bon, qui ont leur histoire, mais qui ne sont pas nécessairement des criminels [...].

Quand j'ai commencé à travailler ici, personne ne voulait venir ici. À l'époque c'était une mission de dernier recours. C'était très tough ici. Pour être intervenant ici, il fallait que t'aies des gros bras, parce que les clients jouaient au bras pis les intervenants aussi. C'était très tough, très tough ici. Mais depuis les dernières années, ç'a changé : on ne travaille plus au bras et les intervenants peuvent être petits comme moi et il n'y a aucun problème parce qu'on ne joue plus aux bras.

S'approcher, écouter, parler

Pour la première fois dans l'histoire centenaire de la Mission, la « vie subjective », plutôt que strictement biologique (besoins physiques et matériels de survie : nourriture, toit, hygiène) est entrée de façon remarquable dans l'institution. Avec l'arrivée du dispositif d'accompagnement et de ses nouveaux acteurs, les conseillers en intervention, il faut désormais briser l'interchangeabilité commune des hommes de la « masse », s'intéresser à eux non plus comme de simple corps, avec des besoins primaires, mais comme ayant une vie subjective consistante, complexe, avec des besoins « personnels », une histoire singulière, une trajectoire personnelle, une biographique saisissable à l'extérieur des parois du système. Tout ce nouveau registre de la singularité constituerait une marque de « civilité » par rapport à la trivialité, voire à la simplicité volontaire des moyens du refuge, selon les intervenants :

Après cent ans, on commence à voir qu'il y a un virage vraiment nouveau nouveau, qu'on s'intéresse beaucoup à l'individu, à le connaître puis à dire : « T'as le goût de faire de quoi ? t'as le goût de t'en sortir ? Ben, on va t'accompagner là-dedans ». Au lieu de continuer le cycle perpétuel de rentrer

le soir, coucher, ressortir le matin. D'encourager ce vice-là, moi je trouve ça un peu malsain finalement.

Contrairement aux intervenants « d'en bas » dont la tâche principale est la surveillance des entrées et sorties, les conseillers doivent maintenant s'approcher de la personne, prendre en compte la singularité des hommes qui, jusque-là, semblait figée sur les parois de l'institution, telle une cire molle, au profit de l'anonymat de la « masse ». Il s'agit d'aller à la rencontre attentive de la personne au-delà de son statut somme toute unidimensionnel de « gars de la ligne », comme ce fut le cas avec cet homme :

Il était résident au refuge depuis 5-6 ans. Il avait le même lit tous les soirs au refuge. Il ne dérangeait personne, il était calme, il respectait les autres et les règlements. Nous autres on a voulu le sortir du refuge et le mettre ici à l'Étape, pour essayer de le mettre sur ses pieds, mais aussi pour commencer à connaître ses besoins, son histoire de vie un peu. Parce que personne ici ne le connaissait, même si on le voyait avant tous les soirs. On lui disait Allo! Bonsoir! c'est tout.

Alors qu'avant, « la distance » semblait être le mot d'ordre, les conseillers mettent aujourd'hui l'accent sur la proximité et sur l'approche non pas du corps, mais de la « personne » : la comprendre, être à l'affût de « sa réalité », de « ses besoins et de ses objectifs », autant de nouvelles stratégies qui placent au cœur du dispositif d'aide « la personne » au-delà des besoins biologiques de survie: « Si on essaye de s'approcher, de comprendre cette personne-là, de comprendre sa réalité, alors on peut commencer à l'aider »,

Lorsque t'es en bas à la sécurité, c'est plus de s'assurer qu'ils ont un lit, de la nourriture. Mais l'accompagnement c'est de faire un contact avec eux en tant que personne, avec d'autres besoins et objectifs qu'avoir un toit et de la nourriture

Une des premières mesures prises pour s'approcher de la dite personne fut non seulement de réaménager les lieux afin de créer une distance physique entre les usagers du refuge et les participants aux programmes d'accompagnement, mais aussi de permettre aux hommes qui participent aux programmes d'accompagnement de rester à l'abri dans le pavillon, pendant que les gars de la ligne, eux, doivent attendre dehors, dans la rue ou dans la file d'attente avant de rentrer à la Mission entre les heures des repas et du coucher. Parallèlement à cette libre circulation des hommes, on a instauré des bureaux individuels pour les conseillers en intervention sur les deux étages réservés aux programmes et qui, contrairement aux surveillants du refuge, ne sont pas entourés d'un périmètre de sécurité.

« Ce n'est pas un penthouse ici », peut-on souvent entendre de la bouche des intervenants. Car, en échange des nouvelles garanties entourant leur corps (liberté de circulation, sécurité physique), le participant doit s'assurer d'occuper l'espace de façon responsable et optimale : il ne doit pas habiter l'espace, faire comme chez soi, mais se réhabiliter pour trouver éventuellement son « véritable chez soi ». Les conseillers, quant à eux, doivent en revanche « être à l'écoute » des usagers: ils doivent garder leur porte « ouverte en tout temps », au cas où les hommes auraient « besoin de parler », être disponibles et à l'écoute « 7 jours sur 7 ». Alors qu'avant, les soirées au refuge étaient synonymes pour le personnel de surveillance, de signalements, d'encadrement d'incidents ou de conflits désamorçés soit par la force ou par l'expulsion, aujourd'hui, la nouvelle équipe de conseillers intervention sont autrement occupés, libérés de la tâche de surveiller : « En bas ils n'ont pas le temps de parler avec eux parce qu'ils voient jusqu'à 200 clients par soir. Ils n'ont pas le temps de parler avec les gars, tandis que nous on est ici pour parler avec les gars ». Cette équipe de conseillers, formée de quatre intervenants le jour et deux le soir, se consacre entièrement à la tâche d'écouter, de parler, de désamorcer s'il le faut une crise psychique potentielle, d'être attentif à la vulnérabilité des usagers, etc. : « Tu sais ici c'est très occupé quand même parce que les gens ici sont vulnérables et

anxieux, ils ont toujours besoin d'attention, ils veulent parler [...] Il faut avoir le sens de l'écoute. C'est d'avoir une écoute active. C'est être capable d'être à l'écoute de la personne. Tu écoutes, t'es une oreille. Des fois tu suggères ».

5.3 Malaise dans l'écoute

Chaque intervenant doit désormais s'occuper d'un « case load » de participants avec lesquels ils doivent instaurer un suivi individuel hebdomadaire. À chaque semaine, les intervenants doivent en effet rencontrer chacun des participants (chaque intervenant a au moins 20 personnes à rencontrer par semaine) pour voir où ils en sont, comment ils vont, s'ils ont atteint les objectifs fixés dans le plan d'accompagnement. Alors qu'on avait l'impression que, jusqu'ici, les « barbares », comme le veut l'expression, restaient à la porte du refuge, aujourd'hui, les conseillers doivent faire face, dans le cadre de cette nouvelle proximité avec le « matériau humain » centré sur l'écoute, à une « invasion de la parole » d'autrui. Les intervenants vont souvent souligner le fait qu'ils font face à des individus qui « parlent trop », qui veulent « trop parler », qui veulent se « déverser », qui nécessitent une attention parfois trop soutenue, etc. La nouvelle proximité créée entre intervenants et usagers tend à créer certains « malaises dans l'écoute », nécessitant souvent un « dosage » de la part des premiers pour ne pas se sentir trop envahis :

Il faut faire attention avec les sans-abri parce qu'ils ne parlent pas beaucoup durant la journée, alors quand ils ont une oreille... c'est pour ça que je parle de dosage aussi. Y en a on dirait que ça fait des mois qu'ils n'ont pas parlé et tout d'un coup ils se retrouvent dans un programme où quelqu'un les écoute alors ils se déversent....

Les gens qui viennent dans mon bureau sans rendez-vous je peux leur parler un peu, mais il faut que ça soit pertinent [...] On n'est pas leur copain non plus, ça il faut qu'ils le comprennent ».

Ils doivent nous parler pour pas qu'ils se sentent seuls; ils nous racontent ce qu'ils ont fait cette semaine. Mais en même temps...les gens qui viennent

dans mon bureau sans rendez-vous je peux leur parler un peu, mais il faut que ça soit pertinent ...

Suicidaire au départ, j'ai passé par tout avec lui. À un moment donné, je lui ai dit « achale-moi pas aujourd'hui ! Viens me parler demain ! » Il est revenu me voir le lendemain, il m'a dit « tu m'as fait comprendre à quel point j'étais envahissant. » Dosage ! Il faut ! Et quand tu sors d'ici, c'est pscht ! plus rien ! sinon, tu t'en sors pas !

Dans l'horizon de ce retournement institutionnel où la personne est placée au cœur du dispositif d'aide, une nouvelle tension émerge: « Ici, c'est TRÈS difficile de garder l'équilibre entre l'autorité et l'empathie ». En troquant la force pour l'écoute, le personnel entre désormais dans un rapport « relationnel » avec les usagers, rapport dans lequel se déploie désormais toute une nouvelle gamme de comportements dit « psychosociaux » avec lesquels ils doivent travailler, allant des refus, aux plaintes, aux affects, aux négociations, aux souffrances, etc. Or, bien qu'on ait mis en place, avec l'accompagnement, un nouveau dispositif d'écoute, les intervenants insistent souvent pour dire que celui-ci « n'est pas une maison de thérapie », et eux « ne sont pas des thérapeutes » :

C'est sur qu'ici, la proximité avec la thérapie est douteuse...mais en même temps, elle est où la limite? Quand est-ce que ça devient trop pour aider quelqu'un?

la personne qui vient... pour l'aider, moi je suis juste un conseiller, pour l'accompagner, pour donner les ressources, on ponctue là-dessus. Maintenant, la personne qui vient et qui a besoin de tout ça et qui a envie de parler...on peut l'écoute[...] Donc, je veux pas utiliser le mot thérapie, mais il y a une petite sorte d'influence, il faut que la personne se sente à l'aise, si elle veut parler, se confier, qu'elle se sente à l'aise psychologiquement, si elle veut parler de son passé, de ce qu'elle veut faire.

Si nous ne sommes pas tout à fait dans l'univers de la thérapie. Sur quoi repose la légitimité de leurs « conseils »? Car il semble que non seulement les conseillers eux-mêmes ne savent pas définir clairement leur statut, mais qu'ils

demeurent en fait largement tributaires des «autres » disciplines qui, sans pour autant leur fournir des théories, des savoirs, des outils, leur offrent plutôt l'occasion de dessiner en creux, « ce qu'ils ne sont pas » : thérapeutes, psychologues, travailleurs sociaux ou médecin :

On essaie de les aider...ça marche pas tout le temps, comme de raison, parce qu'on n'est pas des T.S, même si l'administration voudrait qu'on soit des TS...mais on n'est pas assez formés pour être des TS... Le TS lui, il peut suivre les personnes pendant des années pis nous on n'a pas la formation pour ça.

Il y en a plusieurs qui me demandent : c'est quoi les qualifications que t'as pour faire ça? Et moi je dis je n'en ai pas de diplôme! Et je ne suis pas une TS. Je conseille les gars et s'ils ont du trouble à l'intérieur ou à l'extérieur, ils ont seulement qu'à venir me voir. On n'est pas des TS, ni des psychologues, ni des médecins.

Si les conseillers ont parfois l'impression qu'ils ne sont « presque-rien » en termes de « statut professionnel » (par rapport à ces disciplines déjà bien reconnues et établies, délimitées par une définition de tâche, une organisation du travail précise, un ordre professionnel, etc.), ils ont en revanche souvent l'impression d'en faire, paradoxalement «trop», faute de personnel et en raison des besoins « multiples » de la clientèle, et cela parfois au point d'en ressentir un certain «ras-le-bol»:

On n'essaie pas de jouer ici au psychologue, au psychiatre, à la mère et au père. Mais souvent on est tout en un. C'est trop. C'est trop !

Nous autres on fait les médicaments, on fait ci et ça. S'il y a une crise, on fait ça, on fait beaucoup d'interventions. On fait beaucoup trop. On est des hommes à tout faire. Des conseillers à tout faire [...]

L'immigration nous envoie des réfugiés. On les prend et on les aide comme on peut [...]. On nous envoie des cas psychiatriques [...] On n'a pas d'infirmières, on n'a pas le personnel. On joue toutes sortes de rôles, de conseillers, des intervenants, de sécurité, de préposés à l'entretien, on joue toutes sortes de rôles.

«Je suis tanné, je ne suis plus capable...je vais me retirer dans un an...Avant, j'étais électro-technicien, je travaillais les 2 jobs à la fois,,,mais je suis tombé malade...il y a quelqu'un qui saignait ici à la Mission puis j'ai voulu l'aider, mais je me suis contaminé en même temps...il avait le Sida. J'ai fait la trithérapie préventive pis j'ai mal réagi...je suis tombé dans le coma pis ça m'a pris 3 ans à m'en remettre. Fati que je travaille ici à temps plein depuis ce temps-là...mais chu à boutte, j' suis plus capable. On en fait trop ici

N'ayant pas d'équipe de bénévoles (les seuls bénévoles travaillent au refuge, pour aider à servir les repas), les conseillers (ils sont 4 le jour et 2 la nuit) sont contraints de tout faire eux-mêmes : de courir après les loyers alors qu'ils ne se considèrent pas comme des administrateurs; de distribuer les médicaments⁵⁰ alors qu'ils n'ont pas le droit de décider de la dose ou de poser des diagnostics; de faire le ménage parce que les hommes ne se «ramassent pas»; de suivre toutes sortes de formations en intervention (intervention en toxicomanie, en suicide, en situation de crise, etc.), alors qu'ils ne sont pas reconnus comme des travailleurs sociaux en titre, etc. Si les conseillers, comme nous le verrons dans la prochaine section, tentent de stimuler les participants à s'investir personnellement dans leur propre « prise en charge », ils ont l'impression, comme en contrepartie, de devoir eux aussi s'engager et s'investir « personnellement » dans leur travail, et cela d'autant plus que, pour la majorité d'entre eux, leur « compétence » comme conseillers reposerait avant tout sur leur expérience personnelle comme « ex-client » du refuge.

En effet, la majorité des conseillers (tous, sauf un) ont commencé tout au bas de l'échelle, comme « client » du refuge ou comme gardien de sécurité avant qu'on instaure le dispositif d'accompagnement. Ils travaillent à la Mission depuis plus de dix ans, connaissent parfaitement les rouages, les ficelles, les combines du

⁵⁰ À tous les soirs, après le repas, un conseiller se charge de distribuer, à une heure précise, les médicaments des participants des programmes d'accompagnement. Les hommes doivent faire la ligne pour récupérer leur dose.

« système »; ils ont été eux-mêmes « survivants de la ligne », ils connaissent ainsi le langage et l'utilisent pour communiquer avec autrui. Leur compétence, leur savoir-faire, ou plutôt leur « savoir-être » reposeraient alors moins sur un savoir issu d'une discipline que sur leur connaissance subjective et personnelle, ce qui s'exprime souvent dans l'expression « travailler avec son *feeling* ». Leur valeur comme accompagnant, leur valeur professionnel, reposerait ainsi sur leur capacité d'instiller à la nouvelle « souplesse » du dispositif d'écoute une certaine consistance biographique, la leur, en travaillant avec leur propre bagage, leur propre « personne » et surtout, leur propre récit individuel qui peut servir d'exemple dans un système où la « sortie » possible est difficilement atteignable, comme en témoignent ces intervenants lors d'une rencontre avec un participant du programme :

J'ai commencé comme client au refuge, mais je n'ai pas aimé cette vie-là. J'ai commencé à faire du bénévolat puis après un an, je suis devenu intervenant à la sécurité puis après accompagnant. Fait qu'on peut tous s'en sortir, il suffit d'y mettre du sien!

J'étais un ancien toxicomane et je sais ce que c'est...ça prend du temps puis ça vient seulement de toi. Y'a personne qui est capable de te faire arrêter avant que toi tu puisses le vouloir toi-même. Ça m'a pris 10 ans.

5.3 Se maintenir soi-même

-Je veux te demander, c'est si t'es prêt

-Quoi? Prêt pourquoi?

-Pour le programme d'accompagnement. Es-tu prêt à nous suivre?

-Euh....ben il faudrait que tu m'expliques c'est quoi avant..

- Nous ici, on va essayer de t'aider pour que tu te mettes sur pied. Mais ça, ça va dépendre de...

- de mes capacités?

-oui, c'est ça, de ce que t'es capable de faire. Ton problème d'alcool, tu vas essayer de le régler?

- Ben je peux pas le régler d'un coup. Je peux pas arrêter de boire d'un coup...

- Bon, on va essayer. Mais si tu t'en vas boire encore une fois et que t'arrives

ivre ici, on ne pourra pas te garder dans le programme.

- J'veais essayer, mais moi faut que je retrouve le contrôle sur moi, c'est le contrôle mon problème...

Comme l'illustre cet extrait d'une conversation entre un conseiller et un nouveau candidat au programme d'accompagnement, un des objectifs visés est de permettre à la personne d'affirmer pour elle-même qu'elle détient une capacité de maîtrise de soi; qu'elle est un adulte doué d'autonomie et de capacités pour se « prendre en main ». Dans cette optique, l'une des premières stratégies déployées dans cette direction est de briser d'abord et avant tout sa dépendance au « système ». Alors que le refuge ne comporte pas de date limite officielle en termes de durée de séjour, le dispositif d'accompagnement se polarise quant à lui autour d'une même prescription: vaincre l'envie, la tentation du présent et de l'immobilisme. En effet, toute l'idée derrière l'accompagnement à la Mission est d'amener, d'accompagner, de conduire ce soi « chronique », « englué » dans le vécu cyclique du système à devenir un « soi transitoire » qui s'active vers la « sortie » en l'incitant à se bouger, se mobiliser, à s'agiter, s'activer plutôt que d'errer. Le dispositif d'accompagnement à la Mission tente d'instaurer le temps court, voire l'urgence pour l'individu dans un environnement où le long terme et la chronicité ont jusque-là été la pratique. Donner la priorité au court terme correspondrait davantage aux exigences de temporalité « de la société » : « Il faut qu'ils s'habituent, parce que la société ça va vite, ça change tout le temps, tout le monde va vite, pis on n'a pas le temps de niaiser ».

Contrairement au refuge où il s'agit avant tout de « maintenir en vie » c'est-à-dire de répondre d'urgence à des besoins vitaux menacés (nourriture, repos, hygiène), l'accompagnement se traduirait plutôt dans l'injonction prioritaire de « se maintenir soi-même », c'est-à-dire de faire en sorte qu'autrui puisse développer des capacités minimales pour, éventuellement, parvenir à être autonome sans avoir à dépendre de la Mission ou du « système ». Pour pouvoir « se maintenir » soi-même, les hommes

seront encouragés, lors de leur passage dans le programme l'Étape, à devenir en quelque sorte des entrepreneurs de soi, c'est-à-dire à se fixer des objectifs, à mettre en branle un projet d'avenir, à se doter d'outils pour s'en sortir. S'en sortir, cet idéal auquel chaque « candidat » doit tendre, n'est pas un miracle, comme on le mentionne, mais demande une dose de volonté personnelle, d'optimisme et, surtout, de « travail » :

La personne qui veut s'en sortir c'est pas un miracle, c'est un travail. Un candidat idéal, c'est un candidat qui a de la volonté, qui est optimiste, qui est capable de s'en sortir, un candidat qui est sensible à son cas, qui est capable de s'en sortir, qui veut s'en sortir.

La première étape que le candidat doit accomplir au programme l'Étape sera donc, comme pour tout travail d'entrepreneur, de se doter d'outils et de se donner des objectifs pour donner sens, direction, encadrement à son travail. Il sera amené à élaborer, dès sa première rencontre avec le conseiller, un plan d'action, une sorte de plan « d'activation » personnalisé qu'il sera tenu de suivre tout au long de son séjour, au risque d'être expulsé, surtout s'il ne démontre pas des efforts suffisants pour atteindre les objectifs fixés. « Autonomie », « évaluation », « atteintes d'objectifs » dessinent la nouvelle configuration de l'encadrement des hommes, censé être le produit d'une libre adhésion du participant qui repose sur sa volonté et sa motivation : « Quelqu'un qui veut s'en sortir, c'est quelqu'un qui élabore son plan ».

On donne un encadrement, on accompagne pour aider quelqu'un à accomplir quelque chose. Accompagner veut dire coacher quelqu'un pour réaliser, concrétiser quelque chose.

On les accompagne pour qu'ils arrivent à atteindre leurs objectifs. Souvent, ils ont des objectifs pour s'en sortir, mais ils ont besoin d'outils. Des fois ils savent comment, quelle stratégie utiliser pour atteindre leurs objectifs. Nous, on les coach, on les encadre pour qu'ils arrivent à leurs objectifs au lieu de leur dire ce qu'ils doivent faire pour y arriver.

À travers la mise en scène de ce plan d'activation, le participant sera amené à reconnaître la valeur de s'impliquer en tant qu'individu actif, conscient, éclairé et responsable. Il sera encouragé à mettre des mots sur ses problèmes, à exposer sa vulnérabilité aux intervenants, à se confronter lui-même à ses propres failles en exprimant ce sur quoi il espère « travailler ». Tout au long de son court séjour, lors de ses rencontres hebdomadaires avec son conseiller, il sera tenu de mettre au point et de justifier ses stratégies de gestion et de résolution de problèmes. Face à la part « d'entrepreneur de soi » interpellée en chaque homme, le rôle du personnel accompagnant, est celui d'un « coach », mentionne-t-on souvent : un coach qui « dresse », comme on le précise, mais qui ne force pas, un coach qui offre son écoute et son soutien, mais qui ne fait pas à la place de l'autre, un coach qui motive à faire des efforts, souligne les réussites et les échecs, encourage à se prendre main, mais qui ne prend pas par la main, etc. : « Avec un conseiller, ça leur permet d'entendre : « Lâche pas ! continue ! » C'est beaucoup d'approche motivationnelle qu'on utilise. Et ça les dresse, ça leur donne comme : « Ah ouais, c'est vrai ça, je suis capable ». « C'est beaucoup ça qu'ils viennent chercher. « On essaye de dire « Regarde, c'est bon ce que tu viens de faire, continue comme ça ». « Il faut que tu les soutiennes. Tu leur dis "Bravo!", "c'est bien comme ça", "ok, on fait ça" ».

Transférer la responsabilité

Les conseillers doivent être capables en ce sens de laisser une place centrale à l'autre dans sa prise en charge, son redressement, son amélioration, transférant la responsabilité de gestion et de résolution de ses problèmes au participant lui-même. Ils ne peuvent pas en ce sens faire grand-chose à part « coacher », encourager, aider à surmonter des obstacles en motivant, en offrant de l'écoute, en servant de « miroir normatif ». Comme le rappela la directrice des programmes d'accompagnement lors d'une rencontre d'équipe des conseillers : « Votre job c'est de les coacher oui, mais dans le sens d'une meilleure autonomie, d'une meilleure responsabilisation, pour qu'ils soient capables, je veux dire, de vivre en société [...] Les responsabiliser ça fait

partie de notre mission intégrante d'accompagnement ». Car, parvenir à « se maintenir » soi-même, c'est, éventuellement, parvenir à se maintenir dans la socialité contemporaine où l'autonomie est devenue l'élément central de la socialisation et la valeur suprême de l'individualisme de masse. Les métaphores de la « béquille » et de « l'insuline » utilisées abondamment dans le monde médical, notamment quand vient le temps de justifier une intervention pharmacologique, semblent également de mise dans cet univers afin d'illustrer cette nécessité de produire une économie d'aide centrée sur la responsabilisation: « C'est être responsable de soi-même. Par exemple, un gars qui a le diabète, va prendre son insuline lui-même. Alors c'est un peu le même principe ».

On est la béquille, et ça faut faire attention aussi parce que des fois ils s'appuient tellement sur nous autres, qu'on a l'impression qu'eux autres ne font plus de cheminement. Mais eux autres, ils viennent chercher ça, du support.

Mais contrairement à l'univers médical, l'ordonnance ici ne constitue pas une munition à la portée des conseillers qui viendrait, par exemple, encourager la personne à agir « sur sa situation ». La seule arme disponible est la confrontation d'autrui à sa propre singularité, celle qui est défaillante, insuffisante, hypothéquée. Ainsi répète-t-on souvent que, si on ne peut pas « forcer » l'autre à agir pour s'en sortir, on ne peut pas non plus l'aider s'il ne se s'efforce pas à travailler sur lui-même, à s'aider lui-même, à se reconnaître comme responsable de ses échecs comme de ses succès. Ce « transfert » de la responsabilité sur autrui constitue pour les intervenants une marque de respect et de reconnaissance : « Nous, on est les conseillers et on dit « écoute, vous, vous êtes les responsables de vous-mêmes ». « Je pense que les démarches qu'on fait ici, ça amène la personne à se reconnaître, à reconnaître que le problème vient probablement d'elle. Écoute, on a du respect pour tout le monde et l'objectif c'est : « Améliore ta situation toi-même ! ». « C'est un individu, il sait ce qu'il fait. Nous on peut seulement essayer de l'aider s'il veut s'aider lui-même ».

C'est sûr qu'il y a des degrés d'accompagnement plus ou moins grands. Mais le dernier mot, c'est la personne qui l'a, c'est son succès. Nous on a aidé à son succès, c'est sûr que c'est valorisant aussi. Mais c'est tout le temps la personne. Il ne faut pas prendre le mérite sur nous, parce que c'est tout le temps la personne.

Ainsi, parvenir à «se maintenir » soi-même, c'est parvenir à s'appuyer sur ses propres ressources personnelles (efforts, capacité, motivation) plutôt que sur celles offertes par le «système» et se reconnaître comme l'auteur responsable de sa vie, de ses succès comme de ses échecs. Plutôt que de s'en tenir à se « maintenir en vie » en compensant les insuffisances sociales par la charité et la prise en charge des besoins de survie, il s'agit désormais d'activer les ressources et les compétences sociales nécessaires en leur confiant de nouvelles responsabilités de gestion de leurs propres comportements « problématiques ».

Se tirer d'affaire

Or, malgré ce statut d'acteur responsable que l'on attribue à autrui, malgré la grande place qu'on lui accorde dans sa propre prise en charge, il semble qu'on ait parfois l'impression que certains hommes abusent de ce nouveau statut. Autant, comme on l'a vu, on pouvait critiquer la tendance du personnel à abuser de son pouvoir avant l'implantation du dispositif d'accompagnement, autant, maintenant, on a tendance à critiquer le penchant des participants à manipuler le personnel accompagnant pour parvenir à leurs propres fins. Si, en ce sens, le « système » tend à créer des « profiteurs », il semblerait que le dispositif d'accompagnement fabrique désormais des « manipulateurs ». En effet, les conseillers semblent parfois avoir l'impression que les hommes profitent de leur nouveau statut « d'entrepreneur de soi » pour se « tirer d'affaire », que ce soit pour tenter de prolonger leur séjour ou pour éviter de payer, en «racontant des histoires » tel qu'on le souligne plus bas, en pleurant ou en simulant certains affects pour chercher la pitié, la flatterie, exercer le chantage, etc.

C't'e gars là... faut qu'il fasse un minimum d'effort pour montrer qu'il veut changer sa situation, pis c'est pas le cas. C't'un manipulateur, c'est tout. Il a toujours des histoires à raconter. Il pleurniche. Mais un feeling me dit que son histoire n'est pas vraie...

Comme en contrepartie de la nouvelle approche centrée sur la « personne » plutôt que sur le corps, plusieurs conflits liés à la discipline (respect de l'ordre, des règlements, usage de force, etc.) tendent à se transformer désormais en conflits personnalisés ou relationnels, lesquels se jouent de plus en plus sur le terrain de l'« affectif », où l'on parle par exemple en termes « d'abus de confiance », de « conflits de personnalités », etc. :

Ce que je trouve difficile, c'est les gars à qui je donne des chances...je leur donnais des chances parce qu'ils allaient très bien, ils faisaient tout ce qu'ils avaient à faire, mais...ils disparaissaient ensuite sans payer de loyer...J'ai été déçu très souvent. Un de mes collègues m'a dit : «Alain, prend pas ça comme ça, prend le pas personnellement, tu sais que ça va arriver! ». Oui, je sais que ça va arriver, mais je ne peux pas m'empêcher de prendre ça personnel, comme un abus de confiance. Mais j'essaie de travailler là-dessus...

Ce type de conflits personnalisés et affectifs entre le personnel et les usagers, tend tout particulièrement à surgir autour des questions d'argent; lorsqu'un participant soit ne paye pas ou tarde à payer son « loyer », soit abandonne le programme sans payer, utilise son argent pour son intérêt personnel ou à des fins jugées inutiles et nuisibles (se doper, boire, rembourser ses dettes de jeu), soit encore tarde tout simplement à faire une demande à l'aide sociale, choisissant de s'en tenir à «quêter». Car si l'argent semble constituer une source constante de conflits qui se cristallisent dans des tensions relationnelles ou affectives, c'est notamment parce qu'il offre, même lorsqu'il provient de l'État (sous forme d'aide sociale), une source de marge de manœuvre et de négociation individuelle pour les participants en leur procurant le sentiment d'avoir une certaine indépendance personnelle à l'intérieur même d'une existence presque entièrement « dépendante » des autres personnes et

ressources pour survivre. Or, pour les conseillers, l'argent, au-delà des paroles et de l'écoute, constitue pour eux souvent le seul garant ou la seule prise solide qu'ils ont pour pouvoir réellement diriger les individus vers une démarche souvent fragile et provisoire «d'autonomie». Ils se voient en ce sens presque obligés de négocier certaines ententes de paiement avec les participants afin de ne pas les «perdre» complètement, même si cela augmente souvent le niveau de confrontations personnelles. Si les hommes vers la fin du mois sont assez «fidèles» à leur plan d'accompagnement, lorsqu'arrive le fameux «1^{er} du mois», jour où les participants reçoivent leur chèque d'aide sociale, les conseillers voient souvent s'effondrer d'un coup les efforts qu'ils ont déployés pour soutenir, coacher, accompagner les hommes vers la «sortie», ce qui, pour certains d'entre eux, constituent une source de tension personnelle et de frustration

Vers les premiers du mois, on les sens fébriles, agités, on sait qu'on va les perdre. Il y a des conseillers qui le prennent personnel, ils se fâchent quand leurs gars reviennent plus.

[lorsqu' on] est proche du 1^{er} du mois, alors habituellement je perds le contrôle de mes dossiers à ce moment-là. Et souvent on ne revoie plus de nos clients avec qui on travaille depuis 3 mois. C'est dommage, ils brisent le lien et après ça moi je ne peux plus leur faire confiance s'ils reviennent.

Je lui ai dit qu'il ne devrait pas avoir droit pour l'aide sociale, parce qu'il a la capacité de travailler. Il est devenu dépendant. Mais le B.S à la base c'est devenu une mesure d'urgence. Moi ça me fâche et je me suis fâché après lui.

Monsieur Chang depuis qu'il est là, il est manipulateur.[...]il a toujours quelque chose qui ne fait pas son affaire, comme un enfant. C'est mon mot contre le sien.

J'attends un de mes participants à 11h. Je lui laisse une chance...il a payé son loyer jusqu'au 17, mais là il veut rester jusqu'à la fin du mois. Il dit qu'il va me payer à la fin du mois, supposément parce qu'il y a eu un problème avec son assurance-emploi. Alors je vais voir, il va venir à mon bureau, pis je vais sans doute lui donner une chance, mais je vais lui dire : là je te donne une chance, mais si tu ne payes pas c'est moi qui va être dans la merde.

Ces formes de tensions personnalisées entourant l'argent se sont d'ailleurs traduites dans la recherche, notamment de la part de la Direction, d'une forme de prise en charge des hommes plus systématique, en instaurant une sorte de dispositif de tampon qui n'impliquerait plus la confrontation directe et personnelle (négociations, affects, face à face, etc.) entre les participants et les conseillers ; il s'agirait d'installer un guichet automatique à la Mission pour s'assurer que les hommes paient leur loyer. Or, les conseillers semblent considérer que, même si cette mesure technique faciliterait grandement leur tâche en leur évitant d'avoir à s'obstiner ou à négocier dans un face à face éprouvant et éreintant, elle comporte certains risques de dérive autoritaire qu'ils souhaitent, du moins pour le moment, éviter.

L'idée du guichet unique implanté à la Mission et qui servirait pour gérer l'argent, ce n'est pas une bonne idée selon moi. Dans le système communiste où tout le monde était pareil, tu devais te soumettre et ne rien dire. Ici, c'est sûr que les gens boivent leur chèque, ou ils le dépensent pour de la dope ou pour le jeu, mais au moins ils sont libres et ils peuvent faire ce qu'ils veulent avec leur argent. Ils ne leur restent que ça de leur liberté, on ne commencera pas à leur enlever ça aussi. La liberté, c'est avoir la possibilité de faire les choix que tu veux, peu importe les conséquences. Y'a des mécanismes qui sont là pour te punir si jamais tu fais quelque chose de pas correct, pis tout le monde est au courant, mais on ne se met pas à dicter à l'avance ce qui faut faire ou pas, comme à des machines. C'est ça la différence entre le communisme et le capitalisme.

C'est un peu contrôlant ! Elle est où la limite, alors? comment est-ce qu'on peut responsabiliser les gars si on les traite comme des enfants? Ce sont des questions qu'il va falloir se poser, parce que ce n'est pas parce que tu installes un nouveau système technique que les choses vont s'améliorer. Avec tout progrès, y' a des ratés. Je pense qu'on va avoir des problèmes avec ça....

5.4 S'en sortir sans sortir

Ainsi, le choix individuel semble constituer une valeur centrale en dépit des difficultés supplémentaires qu'elle entraîne pour les conseillers dans leur travail. Or,

bien que libre du « choix » de « s'en sortir » ou pas, l'individu qui « choisit » de s'inscrire au programme, d'adhérer librement au « contrat d'accompagnement » s'inscrit aussi dans un contexte organisationnel avec des impératifs budgétaires et son « manque de place ». Depuis l'implantation du dispositif d'accompagnement, il semble que les demandes pour s'en sortir ne cessent de croître : « Ça n'arrête pas les demandes, ça n'arrête pas de rentrer. On est super occupés ! ». Dans ce contexte, « l'accomplissement de soi », l'atteinte de l'autonomie semble en bonne partie tributaire de la disponibilité des places dans le programme, places somme toute limitées en raison d'un nombre croissant de demandes. D'ailleurs, à chaque début de réunion d'équipe, une forme de rituel de décompte des places s'est établi ; c'est l'occasion de commenter l'état du roulement, de prévoir le *booking* des lits et l'organisation des départs, d'évaluer les « crises » potentielles en termes de taux d'occupation ou d'inoccupation. Le « rouage », du dispositif d'accompagnement repose, comme on le mentionne ci-dessous, sur la capacité de maintenir la cadence entre occupation et « libération » des lits disponibles. « On essaie de rétablir le rouage en ce moment, il va falloir de l'huile un peu dans le moteur... À l'Escale, comment ça va cette semaine? ».

-ça va bien, j'ai 3 places de libres. Il faut «booker » des lits

-Là dans le dernier mois, moi j'ai vidé beaucoup de places, donc j'espère que vous n'allez pas me donner encore du monde. Ça n'arrête plus. Je gère 60 dossiers à la fois maintenant.

- est-ce qu'on prévoit des départs pour la fin du mois?

- Oui, plusieurs!

- parfait, ça roule bien!

- ce mois-ci j'en ai des paresseux qui ne font rien, alors je peux en prendre d'autres!

- on ne prévoit pas de crise alors?

- non, mais au mois d'août il y en a plusieurs qui vont être obligés de quitter

- on a eu chaud quelque fois dans les derniers mois parce qu'on pensait qu'ils allaient descendre au refuge tous en même temps, mais ça veut dire qu'ils ont décidé de faire autre chose que de rester ici. C'est bien! "Ça veut dire qu'on a du roulement!"

Si les intervenants sont contraints par la direction de maintenir un certain taux de roulement de leur « matériau humain », c'est-à-dire de leur « case load », qui n'a rien a priori à envier aux exigences de roulement du système hospitalier, il semble aussi que cette croissance des demandes pour s'en sortir s'accompagne d'exigences de plus en plus « compétitives » pour les usagers, faute de perdre leur place. Comme le dit un conseiller : « Les gens ne peuvent pas choisir de rien faire ici ou de venir se reposer parce que quelqu'un va avoir besoin de prendre sa place ». Car, bien que libre de « choisir » de s'aider ou pas, de dépenser son argent comme il l'entend, bref de « choisir » de s'en sortir ou pas, celui qui, au final, « choisit » de ne pas faire preuve de motivation et d'efforts pour changer sa situation, pour se prendre en main, pour s'en sortir, celui qui tourne « en rond » comme on le mentionne ci-dessous, court le risque d'être sorti du programme :

Depuis un moment, nous, on resserre la demande parce qu'il y a beaucoup de demandes pour le programme. On resserre un peu la visse, c'est-à-dire que ceux qui tournent un peu en rond, qui sont dans ce cercle vicieux, on ne les prend plus. C'est fini, on les réfère à l'extérieur, à d'autres programmes.

Si tous les candidats sont considérés comme ayant la possibilité de s'en sortir (dixit « on peut tous s'en sortir »), les démarches entreprises pour y parvenir, même dans le cadre du dispositif d'accompagnement, sont rarement linéaires. Même lorsque les efforts, la motivation, la volonté sont au rendez-vous, les trajectoires conduisant à la sortie constituent un chemin ponctué d'essais, de rechutes, de rémissions qui excèdent bien souvent la durée fixée par le programme l'Étape. Ces trajectoires de sortie se bâtissent avec des progrès souvent minuscules et éphémères, sont faites de continuités et de discontinuités, avec des avancées plus lentes que souhaitées et des allers-retours fréquents. En ce sens, l'idéal de l'intégration ou de la « guérison » ne semble pas, ici, constituer un horizon réaliste :

[...] il ne faut pas s'attendre à ce qu'on règle le problème de la personne ou de l'itinérance sur le droit chemin. [Où] on dirait : « Regarde, je te donne mon temps pendant un mois, au bout d'un mois tu vas être comme ça, tu vas t'insérer dans la société ». Non, je n'ai pas de bague magique. La bague magique, ça n'existe pas au niveau de l'itinérance.

[...] ce que le public doit comprendre, c'est qu'il faut prendre les sans-abri pas comme une maladie [...] Et s'il veut rester là, être sans-abri, il faut qu'on respecte ça. S'il veut en sortir, nous, comme d'autres organismes pouvons essayer de l'aider. Les sans-abri vont rester avec nous toute notre vie. Il y avait des sans-abri dans la Création ou dans l'évolution dépendant de ce que tu crois ... il y aura des sans-abri toute notre vie... Il faut que le monde devienne habitué à ça et se le mette dans la tête. Il ne faut pas prendre ça comme une maladie et l'accepter...

Ainsi, les conseillers ne sont pas dupes. S'ils considèrent que tous les hommes ont le «droit» de s'en sortir, qu'ils ont, en principe, le potentiel et les capacités de s'en sortir et devraient, en principe, avoir les mêmes perspectives de « succès » sans tenir compte de leur trajectoire préalable, voire de leur parcours dans le « système », ils savent *aussi* que les chances effectives de succès sont rares, voire presque nulles : « Habituellement le succès, c'est 10% max. Quand je parle de succès, ça veut dire que le gars ne revient plus ici ». « ça ne marche pas tout le temps. Y'a ben des hommes pour qui ça ne change pas. ». « Je dirais que c'est 1% des gars qui s'en sortent, c'est pour le 1% qu'on travaille ». Tel le mythe de Sisyphe, condamné à faire rouler une énorme pierre jusqu'en haut d'une montagne, encore et toujours, il semblerait que pour «s'en sortir», il faut d'abord et avant tout être capable de «sortir du système», tâche que les intervenants considèrent comme très difficile, voire quasi-impossible. Une des premières épreuves auxquelles sont confrontés les intervenants dans la relation d'accompagnement est d'agir contre ce « système ». Les intervenants considèrent d'ailleurs que ce sont surtout les « nouveaux itinérants » qui bénéficieraient de l'accompagnement, c'est-à-dire ceux qui n'ont jamais mis pied à la mission, car susceptibles « d'entrer dans le système »:

Notre programme d'accompagnement ici c'est pour sortir le monde de la rue, pas pour ceux que ça fait un an, deux ans qu'ils sont dans le système parce qu'ils sont tellement habitués qu'ils ne changeront jamais. Bon il y en a quelques-uns qui vont changer, un petit 2 ou 3%, mais à part ça ils ne vont pas changer. Donc l'accompagnement c'est idéalement pour les nouveaux sans-abri.

Des aménagements viables

Mais que faire alors avec tous ces individus qui ne parviennent pas à « s'en sortir » dans les temps prévus par le programme d'accompagnement (qui, dans le monde de l'itinérance, est considéré comme du court terme : de 3 à 12 mois) ? En fait, pour que le dispositif d'accompagnement fonctionne au minimum, il semble qu'il faille recourir à des paramètres d'inclusion et d'exclusion plus « viables », ce qui s'exprime à la Mission sous trois formes. Chaque intervenant a tendance à accorder dans l'informel des « chances » à leur participants « de faire leur preuve », à allonger le temps de séjour permis, à abaisser le seuil des objectifs à atteindre pour demeurer « réaliste », selon les capacités de chaque participant, etc. Or, cela comporte, en revanche, certains risques pour les conseillers, notamment celui d'être tenus responsables personnellement de « l'échec » de leur participant. C'est entre autres pour cette raison qu'on a décidé d'instaurer ce qu'on appelle les « évaluations cliniques », où les intervenants et la directrice se rencontrent à chaque deux semaines pour leur donner « l'occasion de ventiler » sur les difficultés qu'ils vivent comme intervenants, de réfléchir et de faire le point sur les gestes qu'ils ont posés, « dans une visée d'apaisement », comme le mentionne la directrice. Mais ces évaluations cliniques servent aussi à faire le « tri des participants », ceux pour qui les intervenants hésitent à leur accorder une extension, une deuxième ou troisième chance, etc. Sorte de tribunal où les « accusés » sont absents, les conseillers sont obligés de délibérer avec le reste de l'équipe concernant tout acte d'extension ou de fin de séjour de leur participants, comme l'illustrent ces cinq « délibérations » qui ont eues lieu lors d'une

même rencontre clinique et qui mettent en scène de manière paroxystique une individualité insuffisante, prise en défaut, incapable, etc.

1- Mon participant c'est un bon gars. Il essaie de trouver un appart, il fait des efforts. Moi je voudrais lui accorder une extension de séjour, et je demande votre avis. Parce que le problème avec lui, c'est que lorsqu'il sait qu'il a une date butoir, il se met à faire des crises. Alors je voudrais lui accorder une extension et ne pas lui dire de date...

-c'est quoi son degré d'autonomie?

-il peut vivre seul, mais il aimerait mieux être supervisé.

-mais pourquoi est-ce que son suivi en psychiatrie ne s'occupe pas de lui pour le loger? Pourquoi est-ce qu'on le laisse dans la communauté!

-Désirée l'a refusé au programme Pas parce qu'elle trouvait qu'il était trop anxieux et qu'il a dit qu'il mangerait au magasin à 1\$...pis elle, elle ne veut pas que les gens mangent des cannes

-moi j'aimerais beaucoup le voir ailleurs qu'ici...ce n'est pas sa place ici...mais en attendant, ok, on lui donne une extension. [...]

2- c'est un homme qui n'a pas d'aide sociale, il a le VIH et il est en probation. Il a essayé deux fois l'étape et une fois l'escal, pis maintenant il essaie de revenir....

- c'est quoi alors ses demandes cette fois-ci?!?

-Moi je pense qu'il peut faire la ligne ou on lui dit de trouver une maison pour VIH, je pense que ça existe à Montréal..il y en a une couple, me semble...

-Donc non, on n'a pas à le garder sur le programme parce il semble que c'est évident qu'il ne changera pas sa situation [...]

3- J'ai un participant, ça fait 3 fois qu'il fait le programme. C'est un homme arrogant. On a écrit dans son dossier : manipulateur. Il veut revenir avec nous

-comment ça se fait qu'il est retourné dans la rue?

- ben, c'est un profiteur du système. Il fait tout, tout croche. Gino l'a banni du vestiaire, parce qu'il était vraiment trop arrogant avec le staff. Il ne change pas son comportement.

- Pourquoi alors il fait appel à nos services?

- pour profiter. Pour profiter du fait que c'est gratuit, comme ça il va pouvoir mettre de l'argent de côté pis continuer à jouer. C't'un joueur. Ça fait depuis 1993 qu'il utilise nos services.

- Ok, lui c'tun chronique... il va jamais s'en sortir, donc non s'il ne nous montre pas des preuves

[...]

4- J'ai un participant qui est à la Mission depuis 5 ans. Il est toxicomane. J'ai essayé plusieurs fois de l'aider en lui disant d'aller en thérapie, pis il refuse. Je lui ai offert la fiducie, pis il refuse. Mais, parce que ça fait longtemps qu'il est avec nous, je ne peux pas le mettre dehors du jour au lendemain, alors je lui ai donné 2 mois d'avis.

- il est jeune, il a 35 ans, il est intelligent. Moi, je te dirais : pousse-le dehors et tu vas voir, il va survivre. Il a 35 ans, ça fait maintenant 5 ans que tu essaies de travailler avec lui, maintenant ÇA SUFFIT! [...]

Mises à part les diverses « extensions » accordées, après délibération, pour augmenter les chances des participants de « réussir » leur sortie, tout en permettant de maintenir un certain taux de roulement acceptable (entre les entrées et les sorties), il existe une deuxième forme « d'aménagement viable » pour ceux n'ayant pas encore atteint l'autonomie souhaitée à l'intérieur du programme : celle de poursuivre le travail d'accompagnement, travail qui s'adresse aux hommes ayant suffisamment démontré, lors de leur passage à l'Étape, de potentiels et motivations pour s'en sortir, mais n'ayant toujours pas « réussi » à atteindre le degré d'autonomie suffisant pour « rentrer dans la société » : « Lorsque quelqu'un n'est pas encore capable au niveau de son autonomie de rentrer en société, on lui suggère de rester à la Mission tout en continuant à travailler avec nous autres ». On a réaménagé à l'intérieur du pavillon Webster, ce qui, jusqu'à récemment, était nommé les « résidences », pour en faire un nouveau programme : « l'Escale ». Le programme L'Escale est la suite logique du programme L'Étape qui permet aux utilisateurs de poursuivre leur travail de transition vers une vie plus stable, pour une période supplémentaire d'environ trois mois. Les participants au programme L'Escale paient un loyer modique pour un lit dans un dortoir, ou une chambre semi-privée ou privée.

L'Escale a été aménagé sur l'étage de ce qui fut auparavant considéré comme les « résidences » des hommes qui, du moins implicitement, étaient classés comme des résidents « permanents », soit en raison d'une invalidité (handicaps), soit plus fréquemment en raison de leur âge avancé (personnes âgées). Ces hommes avaient ainsi, en échange d'un loyer, gagné le « privilège » de dormir dans des dortoirs différents du refuge, tout en demeurant à l'intérieur du pavillon sans se soucier d'une limite de temps. Depuis la conversion des résidences en programme

d'accompagnement l'Escale, ces hommes sont désormais obligés eux aussi de se préparer « à s'en sortir », malgré le fait que plusieurs d'entre eux aient, avec les années, trouvé demeure au pavillon. Ils étaient « chez eux ». Ainsi cet homme « qui est résident depuis 19 ans et qui doit quitter bientôt. On doit le mettre dehors. Il n'est pas content, mais on a peur aussi parce qu'il a un gros problème de jeu et sa santé mentale n'est pas parfaite », ou encore cet homme de 51 ans « qui était depuis 5-6 ans à la résidence. Lui, on ne peut pas vraiment le jeter dehors parce qu'il a des problèmes de santé mentale. C'est chez lui ici, pis on ne sait pas s'il va survivre en dehors ». Ou enfin ce monsieur, 77 ans « qui doit quitter les résidences, ça fait depuis 2003 qu'il est là...6 ans! [...]. Il y a toujours quelque chose qui ne fait pas son affaire, comme un enfant. On est allés visiter 3-4 logements, pis il ne veut rien savoir à chaque fois ». Que faire alors avec ces hommes qui ne souhaitent pas réellement partir et qui, pour une bonne part, surtout les « personnes âgées » ne peuvent espérer à court ou à long terme retrouver leur « autonomie »?

toutes ces personnes qu'on a maintenues ici pendant des années et que maintenant qu'ils sont âgées... mais le problème c'est que ce n'est pas la population légitime pour les CHSLD ou bien ils sont sur des listes d'attente...alors qu'est-ce qu'on fait avec eux? On peut pas le mettre dehors comme ça...parce qu'on est humain, on vit en société....[et la société] c'est pas ici en tous cas!

T'sé il faut miser sur l'autonomie pis toute des clients, mais ces clients là ils ne sont pas autonomes en partant [...] Alors en attendant, on les garde

Entre les rares formes de prise en charge à long terme disponibles dans la « communauté », la plupart d'entre elles étant en outre inaccessibles à la clientèle multiproblématique de la Mission, et les forme d'accompagnement d'urgence qui n'offrent qu'une solution de rechange temporaire, la Mission se trouve donc désormais à gérer une nouvelle catégorie d'hommes condamnés à sortir du programme pour laisser la place à d'autres, tout en étant « implaçables » ailleurs. Il semble en fait que les plus « chanceux » d'entre eux, c'est-à-dire ceux qui réussiront

à trouver une place ailleurs, sont ceux qui, paradoxalement, sont aux prises avec une forme de maladie ou de handicap suffisamment importante ou critique pour être hébergés ailleurs, parfois pour y séjourner temporairement en attendant de trouver une autre solution ou encore pour y mourir. Quant aux autres, ceux qui ne réussissent toujours pas, après l'Escale à atteindre l'autonomie suffisante pour « se maintenir » par eux-mêmes « dans la société », la Mission a mis en place des formes d'accompagnement dans des logements permanents supervisés, où les places sont toutefois limitées.

En plus de ces logements supervisés, on a décidé de mettre sur pied une autre forme d'accompagnement appelée « le Pont ». Encore au stade de projet pilote, le Pont s'adresse aux hommes ayant un degré d'autonomie suffisant pour vivre en appartement privé non supervisé, mais qui nécessitent une forme d'accompagnement plus légère. Une intervenante, d'ailleurs la seule femme intervenante au Webster, se charge de faire les entrevues de sélection avec les hommes ayant suivi le programme d'accompagnement l'Étape et/ou l'Escale, afin de mesurer le degré d'autonomie nécessaire des candidats. Une fois ceux-ci acceptés, la même intervenante se charge de se rendre une par mois dans le nouvel appartement du client pour faire un suivi « post-système », censé ainsi faire le pont, littéralement, entre la vie dans le système et une vie autonome : « Ça permet de garder un œil sur ces personnes et de faire que tout aille bien pour eux autres. S'il y a un problème on va aller les voir pour ne pas qu'ils reviennent à nous encore, user de nos services d'hébergement gratuits et essayer de rentrer dans le programme ».

Refaire la ligne

Le Pont constitue en quelque sorte le dernier rempart avant la troisième et dernière forme « d'aménagement viable » entourant la sortie. Cette troisième forme est la plupart du temps brandie comme une menace, voire infligée comme une « sentence » ou une certaine forme de jugement dernier pour ceux n'ayant pas

démontré suffisamment d'efforts pour être aidés au-delà de leur corps : « refaire la ligne ». C'est-à-dire retourner au refuge, à la case de départ, où ils redeviennent des corps anonymes : « Certains vont rester ici [au programme] sans rien faire, alors dans ce cas, ils vont devoir refaire la ligne malheureusement... ». Refaire la ligne, cette sentence « malheureuse », comme le mentionne ce conseiller, si elle demeure un aménagement « viable » pour maintenir un certain taux de roulement des participants (car on ne peut pas les maintenir dans le programme d'accompagnement au risque de bloquer la place à un autre « candidat potentiel »), elle n'est pas nécessairement « vivable » pour ceux qu'elle condamne à « errer à l'interne » dans une sorte de déclassement ou de retour à la case de départ, tel cet homme ayant été condamné à descendre au 2^e étage pour refaire la ligne et dormir au refuge:

J'ai un cas ce matin. Monsieur X. Ça fait 9 mois qu'on travaille avec lui. On a réussi à avoir sa pension de vieillesse après 8 mois, c'était très long. Mais entre-temps, il s'est mis à boire, alors on ne pouvait pas le garder ici. On l'a envoyé en bas au 2e. Donc normalement, moi, je n'interviens pas avec les gars du 2^e (ndt : refuge). Lui, en principe, ce n'était plus mon client. Mais, là ce matin il était en crise. Il disait qu'il voulait mourir. Alors je ne pouvais pas vraiment le laisser comme ça, même s'il fait plus partie du programme. Donc ça m'a pris une heure pour le convaincre qu'il ne devait pas se laisser aller comme ça. Je lui ai promis qu'on allait essayer de le réintégrer au programme et qu'on travaillerait sur sa consommation. Il s'est calmé, mais je doute vraiment qu'il réussisse...lui, c'est pas mal un cas perdu...mais le problème c'est qu'il est pire que ce qu'il était en rentrant.

Cet homme, comme bien d'autres, semble ainsi tomber dans une catégorie d'individus pour lesquels on ne sait plus quoi faire, mais qu'on ne peut pas laisser à eux-mêmes, au risque d'avoir à les « renvoyer à la ligne » et à les reprendre éventuellement de nouveau dans le programme d'accompagnement. Comme à la Maison (VIH/Sida), la Mission se trouve désormais contrainte de trouver des nouvelles solutions d'attentes, de nouveaux aménagements possibles pour des individus qui demandent à être traités et reconnus non plus uniquement comme des

corps, assujettis à leurs besoins physiques « primaires », mais comme des « individus », avec des besoins particuliers et subjectifs, mais sommés en contre partie de se mobiliser et « réussir » leur singularité nouvellement promue. Or, la plupart d'entre eux n'y parviennent pas, ou du moins à trouver leur place en dehors du « système », condamnés à errer de façon permanentent, voire « chronique », comme on le mentionne souvent dans le milieu, nécessitant un accompagnement constant, constamment à refaire, constamment à réaménager dans l'attente de l'horizon de cette « véritable sortie » : l'autonomie.

CHAPITRE VI

ENTRE CONSISTANCE ET COUVEUSE : LA VIE MOINDRE DANS TOUS SES ÉTATS

« Innanulable moindre. Dire ce meilleur
pire. Avec des mots qui réduisent dire le
moindre meilleur pire. À défaut du bien
pis que pire. L'imminimisable moindre
pire »

S. Beckett (Cap au pire)

A priori, nos deux lieux d'enquête constituent des univers distincts tant au plan historique, architectural qu'à celui des interventions sociales mobilisées. D'un côté, on fait face, au premier regard, à un modèle d'intervention charitable centenaire, un lieu de « dernier recours » destiné à accueillir la « population itinérante », et dont l'architecture imposante, dénuée d'esthétique ou d'esprit « communautaire », reflète une philosophie qui, à bien des égards, semble aujourd'hui à bien des égards révolue. De l'autre côté, on est devant un lieu d'hébergement s'adressant cette fois-ci à la « population VIH/Sida », lieu apparu un siècle plus tard presque jour pour jour dans la foulée du mouvement d'organisation communautaire, et modelé, tant philosophiquement qu'architecturalement, selon la forme d'une « cellule familiale » contemporaine. Dans l'espacement de la ville et l'inscription physique des lieux, dans la nature des dispositifs déployés, dans les identités des personnes ciblées et leurs problématiques spécifiques à traiter, tout ou presque contribue à percevoir ces lieux, à les décrire, à les dénombrer de façon séparée. Or, lorsqu'on touche le sol concret et quotidien de ces terrains habituellement tenus pour dissociés comme nous l'avons fait, l'on découvre plusieurs « ressemblances familiales », comme dirait Wittgenstein, c'est-à-dire des traits analogues qui, sans annuler les singularités de chaque cas, ouvre un nouvel espace analytique au milieu duquel s'estompe parfois les différences les plus évidentes et se donnent à voir des similarités a priori occultées.

Tel qu'expliqué dans notre chapitre méthodologique (chapitre III), ce que nous désignons comme la « vie moindre » constitue un fruit conceptuel mûri dans ce nouvel espace entrouvert par l'analyse transversale de données d'enquêtes présentées préalablement sous forme de description ethnographique. Le présent chapitre vise à construire dans leurs dimensions à la fois empiriques et théoriques ce que nous entendons par vie moindre.

De manière concise et préalablement à cette construction, la vie moindre peut d'emblée se définir comme : *un régime de vie spécifique où les contraintes à l'œuvre (obstacles, coercitions, résistances) réduisent au « moindre » l'action possible.*

Nous avons développé cette construction en deux grandes sections. En premier lieu, nous mettons davantage l'accent sur ce qui fait de la vie moindre un régime spécifique de vie où les possibilités d'action sont moindres. La vie moindre ne concerne pas n'importe « qui », n'est pas n'importe « quoi » et ne se situe pas n'importe « où ». Ce sont ces bornes du « qui, quoi, où » qui procurent à la vie moindre une consistance différentielle indéniable, que nous tenterons de dégager dans cette première section. Dans la seconde, il s'agira de reconnaître que, en dépit du fait que ces bornes font de la vie moindre un régime de vie spécifique, ce dernier tire également ses possibilités du commun, de l'ordinaire, soit d'une grammaire sociale inscrite au cœur de la socialité contemporaine et qui véhicule des impératifs, des nécessités, des injonctions communes à l'ensemble des membres des sociétés et cela y compris pour des régimes où les possibilités d'action sont moindres. Cette grammaire constitue, en d'autres termes, le socle ou, dit autrement, la résonance commune entre la vie moindre et la vie ordinaire et celle qui met nos deux cas de figure (itinérance et fin de vie) étudiés en résonance profonde.

Si l'usage du terme « moindre » peut surprendre au premier abord, il constitue néanmoins un qualificatif heuristique servant: 1) à désigner ce qui caractérise ce régime spécifique de vie, c'est-à-dire à cerner le différentiel de consistances qui confère à ce régime un caractère spécifique : celui de mettre à l'épreuve de manière radicale l'action possible, et 2) à désigner ce qui lie indissociablement la vie moindre à la vie sociale ordinaire, courante, moyenne, c'est-à-dire à ce (décorum) que l'ensemble des individus d'une société donnée doit, en dépit du différentiel de consistances qui les entourent, se « référer » pour exister (Otero, 2003) et, par là, s'ancrer dans la nature même de la vie sociale qui consiste à « rendre toujours et partout l'action possible » (Martuccelli, 2005). Or, comme nous le verrons, la saisie de la vie moindre ne procède pas en ligne droite, mais celle-ci se révèle en zigzag, au travers des tâtonnements et démentis, dans l'espace des « ni, ni », des intervalles, des entre-deux et bien souvent des métaphores, au milieu desquels se perd parfois la justesse des catégories ou des affirmations. Il n'empêche. Ce sont souvent dans ces oscillations composites, dans «ces pratiques incertaines et troublées, ces zones obscures et ces modes de vie en rupture qui défient les approches classiques» (Laé et Murad, 1995 : 10) qu'un état des forces apparaît et que l'on peut commencer à entrevoir la «consistance du social » (Martuccelli, 2005).

6.1 Dans la consistance de la vie moindre : de qui, de quoi et d'où parle-t-on ?

Après l'observation, l'analyse et la description du terrain, après avoir tenté de mettre en relief certaines particularités propres à chaque milieu d'enquête, un tout premier questionnement émerge de façon transversale : À *qui* s'adresse-t-on dans ces lieux d'accompagnement? De *qui* s'agit-il? *Qui* constitue ceux que l'on nomme tour à tour dans les deux institutions «clients », « usagers », « résidents », « participants»? Questionnement en apparence trivial ou évident, la réponse, elle, à l'échelle de l'analyse transversale n'est cependant pas sans poser d'embûches aux catégories par lesquelles on a l'habitude d'entrevoir ou de classer certains éléments de la réalité

sociale. Et cela, notamment, lorsque ces catégories renvoient d'une façon ou d'une autre aux « individus empiriques », à ceux qui, en chair et en os, forment les pourtours vivants de ces catégories. Tenter d'y répondre, c'est déjà broser la première surface de la vie moindre et commencer en son soubassement à entrevoir, à travers le caractère composite de cette surface, d'autres catégories d'appréhension, certes moins efficaces en termes de classification, et sans doute moins éthiques en termes de potentiel d'« *empowerment* », mais qui, néanmoins, existent bel et bien à l'échelle de la vie sociale.

Dans l'univers concret de la gestion des problèmes sociaux, ou dans ce que nous avons appelé plus tôt la communauté des vulnérables (chapitre II), où se déploie un ensemble de techniques, d'institutions, de politiques, de programmes sociaux, ayant l'objectif commun d'encadrer d'une façon ou d'une autre (répression, soins, réhabilitation, hébergement, accompagnement, etc.) les différentes figures de la vulnérabilité, le « qui » renvoie de manière générale aux cibles supposées incarner objectivement de telles figures : c'est-à-dire les traits, identités, marques spécifiques qui aident à classer, regrouper, séparer, dénombrer, bref à établir des frontières objectives soit en vue de mieux connaître certains phénomènes, comportements, groupes d'individus, soit en vue de mieux les aider, soutenir, prévenir, etc. Les frontières qui permettent un tel ciblage sont généralement définies en termes de « population spécifique », où la spécificité repose essentiellement sur une problématique précise, telle que l'itinérance, la toxicomanie, le VIH-Sida, etc. On trouve ainsi des refuges spécifiques pour « la population itinérante », des centres de réhabilitation pour les « personnes toxicomanes », des politiques sociales destinées à la « population VIH/Sida », des hébergements pour des « personnes aux prises avec un « problème de santé mentale », etc.

Or, en regard des données transversales de notre terrain, il semble, tout d'abord, que, dans les deux lieux d'enquête analysés, ce « qui » se définit non pas à

partir d'une problématique spécifique, mais plutôt à partir d'une imbrication *de problématiques multiples*. À la question : « qui » constitue la clientèle de l'accompagnement ? on répond des deux côtés par une énumération de problématiques variées : ce sont des personnes avec des problèmes de santé mentale (allant de la dépression à la schizophrénie et aux personnalités multiples), des problèmes de toxicomanie (alcool, drogues douces et dures), des problèmes de santé physique, neurologiques (VIH/Sida, vieillissement précoce, démence, mal nutrition, etc.), des troubles de comportements (agression, problèmes avec la justice, etc.), des problématiques d'hébergement, de pauvreté extrême, d'isolement social. Si être sans-abri et être atteint du virus VIH/sida sont considérés l'un et l'autre comme une problématique centrale dans la définition du « qui » des dispositifs d'accompagnement, ils sont toutefois difficilement perçus comme des problématiques prépondérantes par rapport aux autres, telles que la toxicomanie, la santé mentale, la santé physique, les troubles de comportements. Elles sont davantage envisagées comme des dimensions importantes parmi plusieurs autres à traiter.

Autrement dit, être itinérant et être atteint du VIH/sida représentent davantage des problématiques « manifestes » pour lesquelles les deux ressources ayant fait l'objet de notre enquête ont chacune ouvertes leurs portes par le passé, ou en raison desquelles, plus spécifiquement dans le cas de la Maison d'Hérelle, elles peuvent limiter aujourd'hui l'accessibilité (aux personnes qui ne sont pas atteintes du virus dans le cas de la Maison d'Hérelle). Cela dit, d'un côté comme de l'autre de notre terrain, ces deux problématiques spécifiques (VIH-Sida/itinérance) ne semblent plus être suffisantes aujourd'hui pour bien définir le « qui », c'est-à-dire les cibles autour desquelles s'organise l'intervention sociale et que l'on décrit la plupart du temps comme des « populations ».

Dans les deux cas, comme nous l'avons vu dans la description ethnographique, c'est le terme « clientèle multiproblématique » qui s'impose chez les

intervenants pour décrire ces cibles humaines. Les tentatives de définition, au cours des dernières années, du profil de la personne en situation d'itinérance témoignent, d'ailleurs, de façon exemplaire de cette figure « clientèle multiproblématique ». Dans le *Cadre de référence de l'itinérance au Québec* (2008) du ministère de la Santé et des services sociaux, élaboré par des chercheurs et des intervenants, on affirme, en effet, que (2008 : 11) :

Autant les chercheurs que les intervenants reconnaissent qu'aucune définition ne fait consensus. On observe, toutefois, une tendance dans plusieurs pays industrialisés à opter pour une définition large de l'itinérance qui tienne compte de ses multiples facettes. Il semble impossible d'adopter une vision unique de ce phénomène [...] La personne en situation d'itinérance est celle : [...] qui n'a pas d'adresse fixe, de logement stable, sécuritaire et salubre, à très faible revenu, avec une accessibilité discriminatoire à son égard de la part des services, avec des problèmes de santé physique, de santé mentale, de toxicomanie, de violence familiale ou de désorganisation sociale et dépourvue de groupe d'appartenance stable.

[...] « L'itinérance n'est pas un phénomène dont les éléments forment un ensemble rigide et homogène et elle ne se limite pas exclusivement au passage à la rue.

À la lumière des données de notre terrain, un constat empirique semble semer le doute sur cette définition de la « personne en situation d'itinérance », car tout indique que la clientèle de la Maison d'Hérelle, que l'on a tendance à catégoriser a priori comme « personnes atteintes du VIH/Sida », correspond en majeure partie, sinon totalement, à la définition d'un tel profil social. En effet, une grande majorité de la clientèle de cette ressource n'a pas d'adresse fixe ou de logement stable (au moment d'entrer à la Maison), n'a pas ou peu de revenu (comme à la Mission, pratiquement tous les résidents de la Maison ont pour revenu unique l'assistance sociale), fait face à une accessibilité discriminatoire aux services de santé, est aux prises avec des problèmes de santé mentale et de toxicomanie, est dépourvue de

groupe d'appartenance stable. Que tirer alors de ce constat empirique a priori banal, mais qui nous force néanmoins à regarder autrement une même situation ?

Des populations problématiques: des frontières naturelles?

Il semble qu'il faille d'emblée reconnaître que cette « clientèle multiproblématique » met à l'épreuve les frontières de ce qui est habituellement identifié comme une *population* : par exemple, les itinérants, les sidéens, les toxicomanes, les mourants, etc. À quoi réfère donc l'idée de population? Au niveau méthodologique, la notion de population sert généralement de point d'appui « mental » aux chercheurs pour inscrire des individus ou des comportements dans des frontières spécifiques (forme de regroupement circonscrit et spécifique), c'est-à-dire dans des « frontières mentales » (Warin, 2010) qui prennent souvent l'allure d'un « ensemble naturel », d'un « déjà-là », comme le mentionne Pirès (1997 : 123). Une population, dans cette optique, constitue une identité groupale correspondant généralement à des caractères ou à des traits structurants qui distinguent un groupe d'un autre en leur accordant une spécificité. Dans le champ traditionnel de recherche des « problèmes sociaux », une population, tel que mentionné, sera généralement définie à partir d'une problématique spécifique (toxicomanie, VIH/Sida, itinérance, santé mentale, entre autres). On considère, par exemple, que les itinérants constituent une population qui se définit par la problématique de l'itinérance, laquelle est généralement perçue comme prépondérante par rapport à d'autres problématiques qui peuvent s'y greffer soit à titre de symptômes, soit à titre de facteurs aggravants (tels que la toxicomanie, la santé mentale, le VIH/Sida, l'isolement, le handicap, etc.).

Mais, au-delà de ces a priori méthodologiques ou de ces frontières mentales, cette approche populationnelle dans le champ des problèmes sociaux implique également l'introduction de frontières sociales et politiques concrètes, et souvent profondes et durables, entre des individus concrets, créant ainsi des divisions qui prennent également l'allure d'un ensemble naturel, d'un déjà-là. Ces frontières

sociales et politiques se matérialisent et sont entretenues par un vaste réseau d'interventions (sociales, médicales, psychologiques, éducatives, etc.), d'organisations (refuge, maisons d'hébergement, centre de désintoxication, etc.), de programmes sociaux (politiques de prévention, d'aide, etc.) et de recherches (centres et unités de recherche universitaires ou affiliés, etc.) divers. Comme nous l'avons abordé dans le chapitre II, on peut dire que cette approche populationnelle des problèmes sociaux a connue son essor dans la majorité des sociétés occidentales vers la fin des années 1970, à l'ombre des systèmes de couverture de masse (régimes de protection sociale), au moment où l'État traversait une crise fiscale importante lui imposant de prioriser ses choix en matières de dépenses publiques. Dans ce contexte, le ciblage de populations spécifiques (ou de groupes-cibles) et de territoires spécifiques, réalisé à partir d'indicateurs spécifiques (produits par les sciences sociales), a pris une importance centrale et est devenu, depuis les trente dernières années, la norme dans la plupart des pays occidentaux (Warin, 2010).

Depuis les trente dernières années, en effet, on peut dire que cette vaste « fabrique de populations problématiques » (à laquelle participe tant les chercheurs que les organismes communautaires, ressources publiques, politiques et programmes sociaux), tout en mettant en œuvre divers dispositifs, outils, politiques, intervention positives avec l'objectif d'aider, de soutenir, protéger, comprendre, reconnaître, etc., contribue également à renforcer des divisions, frontières profondes et souvent durables entre les personnes qui incarnent de manière concrète de telles populations (Otero, 2003; 2011a). Cette fabrique jour après jour, « rend à nouveau visible la frontière entre normalité et pathologie, santé et maladie, le désirable et le repoussant, l'accepté et le rejeté, le comme il faut et le comme il faut pas, l'intérieur et l'extérieur de l'univers humain » (Bauman, 2010 : 57). Son mode existentiel réside précisément dans l'activité constante de séparation. Les frontières sociales et politiques des populations problématiques nécessitent, en effet, une activité de vigilance et de diligence constante, parce qu'elles sont tout sauf des frontières naturelles, comme le

remarque Bauman : « ni chaîne de montagnes s'élevant au ciel, ni mers insondables, ni gorges infranchissables, ne séparent l'intérieur de l'extérieur [de l'univers humain]...tout au contraire, c'est la frontière qui [fait] littéralement apparaître la différence » (2010 : 58).

Or, sans récuser en soi l'existence de problématiques qui, pour ceux qu'elles désignent, ne sont pas que des constructions mentales, mais sont souvent vécues comme des épreuves fort réelles, douloureuses et contraignantes, c'est la naturalité ou le déjà-là des frontières populationnelles que la vie moindré tend d'elle-même à remettre en question. L'analyse croisée des données qualitatives de notre enquête montre, en effet, que, plutôt qu'à une population problématique dont les contours sont généralement délimités par une problématique, ou du moins par une problématique prépondérante (toxicomanie, itinérance, VIH/sida, etc.), on fait plutôt face dans la vie moindré à un ensemble labile et hétérogène de ce que Otero (2010 :2), nomme les « dimensions problématisées⁵¹ », qui touchent autant celles : « des différences (au niveau du genre, de la sexualité, du groupe d'âge, des caractéristiques ethnoculturelles, de la couleur de la peau, des esthétiques vestimentaires, etc.), des défavorisations (pauvreté, non-emploi, sans-abrisme ou précarité résidentielle, assistance sociale, etc.), des handicaps (problèmes de santé physique et mentale, motrice, visuelle, auditive, etc.) que des comportements (violence, agressivité, dépendances à l'alcool, aux substances psychoactives, aux jeux, à la pornographie, à la prostitution, à l'errance, à la promiscuité, à la malpropreté, à l'hyper-sexualisation, à l'incarcération, à la fraude, au trafic, etc.) ».

⁵¹ Le terme « problématisées » met l'accent justement sur le caractère non naturel, contingent des frontières populationnelles, c'est-à-dire qui nécessitent d'être replacées dans leur substrat socio-historique (pourquoi telle ou telle dimension pose problème dans une société et à une époque données). L'accent mis sur les « dimensions » permet aussi de partir des épreuves et des trajectoires individuelles (plutôt que des groupes ou des populations) pour comprendre plus largement ce qui forge les consistances sociales différentielles des singularités individuelles.

Penser le « qui » de la vie moindre en termes de dimensions problématisées plutôt qu'en termes de populations problématiques semble, en effet, plus adéquat pour décrire la réalité rencontrée sur le terrain, dans la mesure où ce n'est pas une problématique prépondérante, mais bien un ensemble pluriel de dimensions problématisées qui définit ce « qui » de la vie moindre. Les personnes qui incarnent concrètement les cibles de la vie moindre semblent aux prises avec au moins une, sinon la totalité de ces dimensions. Elles vivent souvent avec autant de problématiques liées aux différences que de défavorisations, handicaps, comportements (mais dont la combinaison demeure variable dépendant de chaque personne, parcours personnel, trajectoire d'aide). Au point où, parfois, il devient difficile de cibler pour les intervenants et pour ceux en chair et en os qui les portent quelle dimension est plus importante, prioritaire, problématique, etc. En effet, si spécificité du « qui » il y a dans la vie moindre, elle réside sans doute dans le caractère multiple et croisé des dimensions problématiques. D'où l'expression « clientèle multiproblématique » qui circule abondamment dans les deux organisations objets de notre enquête pour tenter de rendre compte, précisément, de la spécificité de leur clientèle.

Or, curieusement, il semble que l'avènement de cette clientèle multiproblématique soit relativement récent pour ces organisations. On manifeste clairement, dans les deux cas, le sentiment (mais sans nostalgie) de faire face à une transformation concrète de la clientèle ou, en tous les cas, que cette clientèle multiproblématique se distingue de celle d'une certaine époque antérieure qui semblait moins « complexe », plus facilement délimitable et définissable. Mais ce sentiment de nouveauté quant à la complexité de la clientèle est sans doute moins propre aux intervenants qui travaillent sur le terrain de la vie moindre, ou encore, ne peut-il s'expliquer uniquement que par une aggravation réelle des problèmes rencontrés par rapport à hier. Il fait sans doute davantage écho à une mutation contemporaine des dispositifs de perception « ordinaire » de la réalité sociale.

Tout se passe, en effet, comme si, jusqu'à récemment encore, à un individu ou à un individu problématique, correspondait un système d'identification possible ou à tout le moins dominant : on était ciblé comme malade, homosexuel, itinérant, etc. Ce dispositif de perception, qui fait écho, en quelque sorte, au décorum social total, correspondait d'ailleurs, comme le souligne Martuccelli (2010), à l'une des forces majeures de la sociologie, soit « sa capacité à articuler organiquement un nombre important de situations et de conduites sociales, pour diverses qu'elles soient, à l'aide d'un modèle quasiment unique » (Martuccelli, 2010 : 16). Pour l'auteur, si la notion de « personnage social » exprime le mieux ce dispositif, on peut certainement avancer l'idée que celle de « population » répond à la même grammaire de l'individu qui, aujourd'hui, dans le décorum singulariste, tend à être remise en question. Selon cette grammaire, chaque individu, c'est-à-dire chaque population, était conçue comme occupant une position spécifique, c'est-à-dire un système intégré de rapports sociaux « qui faisait de lui un exemplaire typique et unique des différentes couches sociales » (Martuccelli, 2010 : 16). Or, ce dispositif perceptif se montre aujourd'hui insuffisant sous plusieurs points de vue. En fait, comme l'exprime le même auteur, tout se passe aujourd'hui comme si « les acteurs se conçoivent et agissent comme s'ils étaient 'plus' ou 'autres' que ce que leur dicte leur position sociale » (Martuccelli, 2010 : 17). Les déterminismes ou les facteurs explicatifs sont considérés trop complexes pour être réduits à des corrélations simples. D'où, entre autres, le sentiment de plus en plus répandu aujourd'hui que l'on fait face un peu partout à des phénomènes « multiples », que ce soit par l'expression courante des « identités multiples », de la « sociabilité multiple », de la montée des « personnalités multiples » ou, dans le cas qui nous concerne, d'une clientèle « multiproblématique ».

Dans cette optique, cette nouvelle clientèle multiproblématique semble révéler, en fait, moins une aggravation problématique d'une réalité par rapport à hier, qu'elle constitue l'une des expressions d'une sensibilité croissante envers la « singularisation de notre sociabilité » (Martuccelli, 2010 : 23). D'ailleurs, il semble

que cette clientèle multiproblématique ait émergé dans les deux organisations étudiées à partir du moment où elles ont privilégié une approche d'intervention individualisée. À la Mission, la reconnaissance de cette multiplicité des dimensions à traiter semble s'être imposée comme une évidence depuis l'intégration concrète du dispositif d'accompagnement, c'est-à-dire depuis que les intervenants, plutôt que d'accorder priorité à l'anonymat et la gestion des corps de « la ligne », se sont donnés pour tâche de rencontrer (approcher, reconnaître, classer, écouter, etc.) les individus singuliers. Dans le cas de la Maison, cette clientèle multiproblématique, qui accompagne le changement de statut du VIH/Sida—passant d'une maladie mortelle de masse (épidémie) à une maladie individuelle chronique— est considérée comme distincte « de la clientèle gay qui était vraiment solidaire du VIH » pour reprendre un des propos des intervenants cités dans le chapitre IV.

Des dispositifs de décharge : une culture de l'entre-deux

Cette transformation des dispositifs perceptifs qui met en porte-à-faux, dans notre terrain, l'approche populationnelle se répercute également dans la manière dont les organisations qui chapeautent une telle clientèle multiproblématique sont amenées à concevoir leur propre identité qui, elle aussi, semble davantage labile et hétérogène qu'hier, en tous les cas moins délimitable que jadis. Avec l'avènement de cette figure multiproblématique, les deux organisations semblent devoir questionner davantage leur identité d'origine qui était largement solidaire des frontières mentales et sociales populationnelles, c'est-à-dire conçue en grande partie pour répondre à *un* besoin, à *une* problématique, à *une* population spécifique. Les organisations qui siègent en terrain de vie moindre ne semblent plus aujourd'hui pouvoir faire reposer leur identité sur de telles frontières.

La vie moindre soulève donc également la question du «qui» des organisations qui la gère, et cela en bonne partie en raison de ce changement concret dans la figure de la clientèle, qui a désormais des besoins multiples et qui requiert, de

ce fait, des formes de services multiples (hébergement, thérapie, soins, etc.). Doivent-elles se transformer en organisation multiservices (en créant, par exemple, des services de psychothérapies, en engageant des travailleurs sociaux, en créant des formes nouvelles d'hébergement nouveaux à l'intérieur de sa structure), afin de couvrir la pluralité des besoins de cette clientèle multiproblématique, ou doivent-elles plutôt resserrer leur mission autour d'une problématique ou d'un besoin (par exemple l'hébergement), et dès lors s'ouvrir aux autres organisations dans une logique conjonctive de collaboration et de partage des responsabilités?

En terrain de vie moindre, ce qui complique la donne, c'est que cette clientèle multiproblématique, qui renvoie à des individus concrets lourdement chargés et hypothéqués d'un bagage de dimensions multiples (défavorisations, différences, comportements, handicaps), loin souvent d'encourager les organisations qui en ont la charge à conquérir de nouvelles places au cœur de collaborations transversales, tend souvent, au contraire, à faire d'elles des dispositifs de «décharge», plutôt que «d'échange», car le «qui» de la vie moindre a trop de problèmes, trop de besoins, semble toujours en trop, en surplus pour les différentes organisations. Surplus qui se manifeste pour ces dernières non pas tant par le nombre, mais par une charge qui met à l'épreuve leur fonction ou leur utilité: on sait rarement quoi faire avec, où la placer, on se sent pris avec cette clientèle ou alors on ne peut que la reléguer et la transférer ailleurs.

Dans la vie moindre, émerge donc la figure du soi «implaçable». Personne n'entre par choix dans ces lieux qui gèrent la vie moindre. Tout le monde semble s'y retrouver en dernier recours, parce qu'aucune autre place n'est faite pour soi, disponible, adaptée à ses besoins. Ce soi implaçable semble, en effet, aux prises avec une multitude de besoins qui tombent presque toujours dans l'interstice des missions, expertises, critères d'admissibilité des organisations. Les cibles qui incarnent la vie moindre semblent devoir exister en moins grand nombre, voire parfois ne pas exister

du tout. Pour la Mission, cette idée de décharge se trouve dans l'expression parlante du «*dumping* ». Les intervenants se plaignent, en effet, que les autres organisations du réseau, notamment l'hôpital, tendent à se décharger de leurs responsabilités en leur refilant le «*sale boulot* », leurs restes, leurs indésirables, leurs cas considérés trop lourds, chroniques, incurables, ceux qu'on ne peut pas garder à plus long terme. Dans le champ de l'économie, l'expression récente de «*dumping social*» est souvent employée péjorativement pour dénoncer la stratégie des entreprises qui, dans un contexte de globalisation, ont tendance à vendre les travailleurs à perte afin d'éliminer les concurrents et de conquérir des parts de marché, ce qui aurait entre autres comme conséquence d'augmenter la concurrence entre les travailleurs d'un même secteur. Transposé dans le milieu du travail social, il semble qu'on assiste aujourd'hui à une certaine concurrence des places entre les personnes d'un même secteur (communauté des vulnérables), et ce notamment dans un contexte à la fois de rareté des ressources de prise en charge à moyen ou à long terme et de mise en valeur croissante d'une mobilité des parcours d'aide sous la forme d'une multiplication des dispositifs d'accompagnement.

Pour la Maison, cette idée du «*dumping social* » trouve son illustration dans la croissance des demandes d'admission en provenant de ressources du domaine social (plutôt que de la santé) avec lesquelles, hier, lorsque le VIH-Sida était une maladie mortelle plutôt que chronique, elle n'avait pas ou peu à transiger. Elle a parfois l'impression que les autres organisations, comme les refuges ou les hôpitaux psychiatriques, tendent à lui envoyer désormais les «*cas sociaux lourds* » ou «*chroniques* » avec, comme seul prétexte, que les personnes ainsi désignées sont atteintes de la maladie, mais sans nécessairement être dans une phase de crise ou en fin de vie. Il arrive, d'ailleurs, de plus en plus à la Maison, comme nous l'avons mentionné dans le chapitre IV, de refuser des demandes de transfert de ces autres institutions, parce que les individus ne sont tout simplement pas atteints du VIH-Sida, ce qui démontre qu'elle occupe malgré elle une place de plus en plus névralgique, à

l'instar de la Mission, dans la « communauté des vulnérables », comblant ainsi les intervalles, les failles, le ventre mou du système de santé et des services sociaux en place. Dans les deux cas, ce statut (non officiel) de décharge amène les organisations qui ont à charge la vie moindre souvent à devoir justifier leur identité face à des interlocuteurs institutionnels issus de ce système de masse (notamment l'Hôpital et les CLSC, etc.) pour lesquels cette identité ne s'inscrit pas sous le sceau de l'évidence. Elles doivent souvent réaffirmer leur identité par la négative, soit dire ce qu'elles ne sont pas, car cette clientèle multiproblématique les poussent malgré elle à devenir un peu tout ce que les autres organisations ne sont pas, ne veulent pas ou ne peuvent pas être. Dans les deux cas, elles insistent souvent sur le fait qu'elles ne sont pas un hôpital, qu'elles ne sont pas un centre de thérapie ou de désintoxication, etc.

En somme, le « qui » de la vie moindre, qui s'incarne dans la figure hybride de la « clientèle multiproblématique », et qui prend place aujourd'hui au carrefour d'un ensemble pluriel de dimensions problématisées, témoigne d'une foule de situations ou d'espaces autour desquels se développent ce qu'on pourrait appeler une « culture de l'entre-deux ». Cette culture, qui n'est pas tant une sous-culture ou une « culture de l'aléatoire » (Castel, 2009), met plutôt en scène de manière de plus en plus visible et durable des espaces ou des situations *d'entre-deux* qui récusent avant tout le caractère naturel ou déjà-là des frontières populationnelles : des situations ou des individus qui tombent dans les interstices des systèmes du réseau (systèmes ayant développé une expertise spécifique concernant une population ou une problématique spécifique), entre les frontières du sanitaire et du social, à mi-chemin entre le palliatif et le curatif, l'urgence et le long terme, etc. Cette culture de l'entre-deux, si elle apparaît de manière paroxystique en terrain de vie moindre, semble néanmoins faire écho, encore une fois, à la singularisation croissante de nos dispositifs perceptifs de la réalité sociale, où ce type d'espaces ou de situations interstitielles apparaît de plus en plus visible et durable au fur et à mesure que s'affaisse la pertinence significative d'un décorum social total, c'est-à-dire que s'estompe la signification d'une totalité

sociétale (Martuccelli, 2005) qui tend à subordonner les singularités (dimensions) à un système intégré d'identifications possibles (populations)⁵².

6.1.1 Lorsque presque rien ne va et que presque rien ne peut : un matériau humain grandement résistant

Si l'avènement visible de la clientèle multiproblématique, (cette cible humaine qui définit ainsi les contours du « qui » de la vie moindre, fait bel et bien écho à une transformation de nos dispositifs de perception qui témoigne d'un processus sociétal inédit d'individuation, il ne pourrait néanmoins se réduire à n'être qu'un fruit de la représentation. L'ensemble pluriel des dimensions problématisées (défavorisations, comportements, handicaps, différences) qui problématise le « qui » de la vie moindre ne sont pas en d'autres termes des abstractions intellectuelles, mais s'ancrent concrètement dans un « matériau humain », pour reprendre l'expression de Goffman (1968 : 121-130), c'est-à-dire un matériau qui contribue à faire de l'intervention sociale « un travail sur l'homme » : un travail sur être vivant et non un travail sur un objet inanimé.

Pour Goffman (1968 : 122), les « pièges de la compassion », les « principes moraux » et les « droits civils » constituaient des obstacles, des contraintes, des résistances auxquels tout travail ayant pour matériau l'humain devait, dans des régimes démocratiques égalitaristes, se confronter (que ce soit pour les respecter, les contourner, s'y mouler, s'y adapter, etc.), et cela de manière encore plus prononcée et dramatique dans une institution totale dont le fonctionnement du programme institutionnel repose sur des techniques de mortification/dépersonnalisation de

⁵² D'ailleurs, mentionne Martuccelli, l'horizon de l'action de *l'individu* est toujours interstitiel : « il transgresse parfois les supposées frontières sociales, il profite de consistance élastiques de contextes, il est animé par une logique mélangeant des doses diverses, des soucis de promotion, de stabilisation et de protection. Il dessine surtout une géographie à la fois sous-terrainne en partie invisible et surtout différente de la vie sociale (2006 : 411).

l'individualité (gestion de masse, discipline, dépouillement matériel et affectif, etc.). Ces techniques de mortification/dépersonnalisation consistent à déprogrammer, à débrancher le moi de ses appareils affectifs et personnels antérieurs, ceux ayant contribué à fabriquer l'individu déviant avant son entrée dans l'institution totale.

Or, on peut dire que pour le « travail avec » (Astier, 2007) la vie moindre, qui repose, dans le contexte actuel des régimes démocratiques, sur des techniques d'activation (comme nous le développerons dans la seconde section de ce chapitre), ce sont davantage les limites physiques, psychiques et sociales du matériau humain qui constituent les principaux obstacles, les contraintes, les résistances auxquels le personnel intervenant doit se confronter (que ce soit pour les respecter, les contourner, s'y mouler, s'y adapter, etc.). La figure idéale de l'individu autonome, responsable, flexible, capable de se prendre en charge lui-même, érigé comme horizon idéal des programmes institutionnels contemporains, semble très loin ici de la réalité du terrain de la vie moindre limitée par un ensemble important de coercitions (obstacles, contraintes, résistances) à la fois physiques, psychiques et sociales. En terrain de vie moindre, le matériau humain semble présenter, en effet, cette spécificité indéniable: rien ou plutôt, *presque rien ne va plus*. On fait face à un matériau humain :

1) limité par un ensemble de maux et de symptômes physiques, d'altérations graves des fonctions vitales primaires (manger, respirer, dormir, etc.), de carences sévères quant aux soins hygiéniques de base (se laver, se vêtir, s'hydrater, etc.), de risques épidémiologiques élevés (mortalité, morbidité, épidémie), de mobilité physique souvent réduite (déplacements limités ou impossibles, handicaps physiques divers, etc.). Les corps qui entrent dans les programmes d'accompagnement des deux

organisations observées sont souvent en mode de survie; amochés, abîmés, affaiblis, amoindries, tenus souvent en haleine au seuil de la maladie grave ou de la mort⁵³.

2) limité par un ensemble de troubles psychiques diagnostiqués (dépression, psychose, schizophrénie, troubles de personnalité limite) ou, la plupart du temps, par des symptômes plus flous, moins reconnus ou non diagnostiqués (désorientation, confusion, agitations, apathie, troubles affectifs, démence), par des troubles liés à l'intoxication (alcool, psychotropes, médicaments, drogues), par des risques de dangerosité mentale (tentatives de suicide, crises psychiques, agressions), par des carences ou difficultés de base en termes d'interaction sociale (parler, s'exprimer, dialoguer, etc.). Les « esprits » qui entrent dans ces deux lieux sont pour la plupart en mode de survie : traumatisés ou en état de choc, souffrants, désorientés, confus, en deuil, sans doute dépouillés de l'estime de soi ou de la confiance en soi nécessaire au maintien de la survie sociale, pour parler comme Honneth (2000).

3) limité par une déliquescence des liens sociaux dans différentes dimensions de la vie. Les liens sont rompus depuis longtemps, sinon définitivement, avec le monde du travail, mais aussi toutes relations sociales significatives, comme la famille, la vie amoureuse et amicale, l'école, les loisirs, du moins avec celles que l'on a créées en dehors de la « communauté des vulnérables ». Les hommes et les femmes empiriques qui circulent dans les deux lieux de notre enquête ont, en effet, pour une grande majorité d'entre eux depuis longtemps rompu toute forme de lien avec de tels sphères, que ce soit matériellement ou symboliquement, ou avec des personnes, des

⁵³ Un article faisant le sommaire de différentes études menées dans différents pays (États-Unis, Canada, Australie, Suède) sur le taux et le risque de mortalité chez les personnes sans-abri, montre non seulement qu'il existe des zones géographiques où le taux de mortalité prématurée est plus élevé (« death zones »), c'est-à-dire les zones où la pauvreté est prégnante, les quartiers où se trouvent habituellement le nombre de soupes populaires et de refuges pour sans-abri, mais aussi que les personnes sans abri ont 3 à 4 fois plus de chances de mourir que la population générale. Voir O'Connell, J. 2005. « Premature Mortality in Homeless Populations : A Review of the Literature ». Rapport. *National council for the homeless council*. Décembre 2005, p. 1-19

activités et des ressources diverses (salaire, collègues, protections et assurances, soutien moral, amitié, hébergement, reconnaissance statutaire, responsabilités, etc.). Si certains d'entre eux (mais très rarement) ont encore des liens avec leur famille, ceux-ci sont souvent conflictuels, tendus ou encore, notamment dans le cas de la clientèle de la Maison, poussés à bout par l'épuisement (l'épuisement des « aidants naturels »). Les liens sociaux qui « entrent » ainsi dans ces deux lieux sont, pour ainsi dire, également en mode de survie; pour la majeure partie épuisés, rongés, conflictuels.

En somme, presque rien ne va plus du matériau humain. Il est tombé en panne, ou en proie à un ensemble de dysfonctionnements, de dérèglements, de déficits, d'épuisements, d'échecs en tous genre. Si l'on fait face dans la vie moindre à un « qui » en *surplus*, comme nous l'avons vu précédemment, on fait face également à un « quoi » (un matériau humain) en mode *survie*. Les causes de ce mode survie peuvent être variables, dépendant sans doute des trajectoires individuelles et de certaines conjonctures économiques et politiques, mais pour ceux qui en font les frais comme pour ceux qui travaillent avec, les effets sont à peu près les mêmes : rien ne va plus ou presque. Comme le mentionne un peu ironiquement Bauman à propos de ce qu'il nomme la population en surplus, on peut dire que confrontées à la tâche affligeante qui consiste à gagner les moyens de survie : « ces personnes n'ont aucune raison de considérer et de savourer les subtiles distinctions entre la souffrance causée à dessein et la misère par défaut » (2010 : 80). Pour les personnes qui incarnent physiquement, socialement, psychiquement le matériau humain de la vie moindre et pour ceux qui l'accompagnent quotidiennement, il semble hautement improbable de différencier les déterminations qui l'affectent, ou du moins de les subsumer sous un modèle explicatif global (par exemple, les transformations du salariat classique).

Si l'une des interrogations présentes au cœur de la vie moindre est de savoir « qui » constitue exactement la clientèle ou « qui » (identité institutionnelle) sont les

organisations qui en ont la charge ou plutôt la décharge, il semble également que les critères du « pourquoi » demeurent incertains dans la vie moindre, car cette dernière attire l'attention sur l'enchevêtrement des conditions biologiques, psychiques et sociales que les acteurs qui les incarnent ou qui travaillent avec ne peuvent pas nécessairement différencier. Une autre spécificité du matériau humain (ou du « quoi ») de la vie moindre réside effectivement dans le fait que tant le corps, l'esprit que le social semblent inextricablement affectés. Autant les différentes « dimensions problématisées » (Otero, 2010) liées aux handicaps, défavorisations, différences, comportements, comme nous l'avons vu, sont sollicitées de manière analogue dans la vie moindre, au point où l'on fait face à un brouillage des frontières « naturelles » servant à désigner la clientèle en termes de population, autant les divisions « naturelles » de l'anthropologie (le corps, l'esprit, le social) servant à désigner l'humain semblent elles aussi se dissoudre dans un imbroglio d'affections qui peuvent difficilement être isolées l'une de l'autre.

En d'autres termes, dans la vie moindre, le corps semble affecté par le social, le social par le corps, le corps par l'esprit, l'esprit par le social, etc. dans une sorte de spirale sans début ni fin, où autant la maladie physique que la maladie mentale, par exemple, ont des effets sur la possibilité de travailler, l'invalidité sur les liens familiaux, amicaux ou amoureux, l'absence de logement sur la stabilité ou le développement de la maladie, l'isolement relationnel ou la perte d'estime de soi sur les addictions, etc. Derrière cette spirale ou ces affections plurielles entre le corps, l'esprit, le social, se profile l'idée que l'on fait face à une sorte de « fond causal permanent », comme disait Foucault à propos de la notion d'« état » élaborée dans la nouvelle psychiatrie⁵⁴ (1975) : une sorte de réceptacle ouvert à un ensemble multiple et enchevêtré de déterminations irréductibles à un modèle représentatif ou à un

⁵⁴ La notion d'état a été forgée dans la nouvelle psychiatrie pour le distinguer des «*°*délires », ce qui permit selon lui de fixer une certaine continuité dans ce qui apparaissait comme un brouhaha confus d'affections. Voir Foucault (1975), *Les anormaux*, notamment p. 290-300

système explicatif, c'est-à-dire capable, par une grande synthèse abstraite, de rendre compte de l'ensemble des processus causals et vécus des malheurs.

Or, si le « pourquoi » demeure incertain dans la vie moindre, il semble, en revanche, que l'on soit face à une quasi-certitude empirique quant à leurs effets^o: presque rien ne peut plus. Il y a « quelque chose » dans la vie moindre qui semble bloquée, freinée, paralysée au point de donner à penser que les jeux sont faits. Comme si l'élasticité de sa consistance se maintenait dans un point de résistance paroxystique, tenue en haleine avant la rupture définitive. Bien plus qu'une vulnérabilité passagère, la vie moindre se situe à une toute autre échelle, la plupart du temps sans commune mesure avec une épreuve de vie transitoire, un malheur existentiel, une place provisoire à occuper sur le continuum de la singularité, comme nous l'avons vu au chapitre II. La consistance sociale de la vie moindre semble avoir une pesanteur ontologique qui, a priori, semble incontournable, voire indépassable.

Dans les deux lieux observés, un ensemble de métaphores circulent pour illustrer cette pesanteur, en particulier celles de « cas lourds », de « bagages chargés », de « personnes hypothéquées », qui renvoient toutes, d'une façon ou d'une autre, à des individualités trop lourdes, trop pesantes, trop chargées pour former ce que de Singly nomme le « soi nu » (2005), c'est-à-dire dévêtu de ses attaches et ancrages statutaires (ses vêtements sociaux) permettant d'endosser de manière légère sa singularité. Ces métaphores sur la pesanteur⁵⁵ surgissent, comme nous l'avons vu

⁵⁵ Sur les métaphores du lourd et du léger en politique, voir Sloterdijk (2001). Pour l'auteur, on assiste à une croissance de la tension entre le lourd et le léger aujourd'hui dans les sociétés d'individualisme de masse, qui équivaut en quelque sorte à l'axiome implicite de la querelle ayant sévit jusqu'ici entre la gauche et la droite. La « pensée de gauche désignait la volonté de soulager l'existence, de supprimer les poids indignes [...] ce qui est lourd est inhumain [...] être moderne et être de gauche, cela signifiait seulement, dans un premier temps, vivre dans un projet visant au soulagement et participer aux conquêtes qui rendraient la vie plus légère au plus grand nombre possible » (2001 : 167). Or, cette action de la gauche fut toujours accompagnée d'une réaction de la droite « qui tirait sa subsistance du fait que l'on rejetait la nouvelle légèreté et que l'on réfléchissait aux limites du soulagement. La droite, jusqu'à hier, c'était le parti de la pesanteur. À droite, on croit à l'indépassable, à l'incontournable [...]

dans nos descriptions ethnographiques : que ce soit dans des fiches de liaison qui énumèrent, pour chacune des personnes qui entre comme candidat ou comme participant potentiel aux programmes d'accompagnement, la liste de ses problématiques tant somatiques que psychosociales, ce qui donne un indice aux intervenants de la lourdeur du cas et de l'ampleur du défi qui les attendent; ou encore lors d'une rencontre entre un accompagnant et un accompagné, où ce dernier sera encouragé à parler de ses problèmes et à exposer lui-même la gravité de son cas et sur quel problème il espère « travailler »; ou sinon dans les plaintes des autres institutions qui peinent ou faillent à répondre aux demandes et besoins multiples de la personne, que ce soit faute de place, faute de temps, faute de ressources, faute d'adéquation à leur propre mission.

Les personnes qui entrent en chair et en os dans ces lieux d'accompagnement vivent non seulement depuis longtemps, parfois depuis très longtemps, dans des conditions de vie très précaires, sinon extrêmes (tant au niveau de la santé physique ou mentale que des conditions économique, résidentielle, relationnelle, etc.), comme nous l'avons vu, mais vivent également, et souvent depuis aussi longtemps, dans ce qu'on appelle de manière informelle dans le milieu, un « lourd parcours d'insertion ». Rares, voire extrêmement rares, sont ceux et celles qui « tombent » dans la vie moindre du jour au lendemain sans être passé par au préalable par le monde social de l'intervention (médicale, psy, sociale). Le « quoi » de la vie moindre se rencontre la plupart du temps au détour d'un long parcours d'assistance, d'aide, d'accompagnement, de thérapies de toutes sortes. Comme une série « de chutes

avec un concept de la réalité plus dur, plus coriace, mais aussi plus sombre. Le monde est lourd, et plus lourd que ne pensait le jour (2001 : 167) Aujourd'hui, remarque l'auteur, cet axiome s'est inversée dans la *carte politique de la pesanteur*, où la gauche, selon lui, a tendance à prendre parti pour le camp de la « lourdeur », ce qu'on peut observer notamment dans le débat concernant les biotechnologique, où l'on brandit la nécessité de mettre partout des « limites », des freins, etc. prenant parti de la pesanteur.

horizontales», pour reprendre l'expression de Cocteau⁵⁶. Les personnes qui incarnent la vie moindre ne sont pas, pour ainsi dire, de « nouveaux entrants » pour reprendre l'expression de Goffman (1968). Ils y entrent avec ce que nous pourrions appeler une « biographie dispositive », c'est-à-dire un long parcours d'aide composé de va-et-vient dans l'univers de l'intervention.

Si comme l'affirment certains auteurs, on assiste à l'émergence d'une « société biographique » (Astier et Duvoux, 2006) c'est-à-dire d'une société où l'individualisation des sociétés serait indissociable de la mise en place d'un nouveau modèle institutionnel contraignant les individus à développer leur propre récit biographique en dépit des positions sociales inégalitaires, on fait face, dans la vie moindre, à un ensemble de « récits du malheur » (Laé et Murard, 1995) institutionnalisés, c'est-à-dire qui sont ponctués d'une lourde et longue biographie institutionnelle. Dans cette trajectoire, vécue parfois en milieu fermé, mais la plupart du temps en milieu ouvert, la linéarité du parcours n'est pas au rendez-vous. Elle est entrecoupée d'entrées et de sorties dans des programmes ou organismes d'aide de toutes sortes, où l'on est ballotté, transféré, redirigé d'un dispositif d'aide à un autre (médical, psychologique, social, etc.), repoussant toujours un peu plus loin l'horizon de l'insertion ou traînant toujours un peu plus avec soi la charge d'un ensemble d'obstacles qui, au fil du temps, semble s'accroître et s'alourdir, au point parfois d'être considérée insurmontables.

Sur le terrain de la vie moindre, c'est sans doute l'usage de l'épithète « chronique », que l'on trouve dans les deux lieux de notre enquête, qui exprime de manière idéal-typique cette pesanteur sociale ontologique. Du côté de la Maison, ce terme renvoie à des considérations à la fois formelles et informelles. Formellement, l'étiquette chronique renvoie à l'état actuel d'une maladie autrefois mortelle, le

⁵⁶ Vivre est une chute horizontale (Cocteau).

VIH/Sida. De maladie considérée comme épidémique, inéluctablement mortelle et fortement stigmatisée, le VIH/sida a, à partir des années 1990, atteint le statut médical de maladie chronique (c'est-à-dire d'une maladie qui peut perdurer nombreuses années, souvent plus de dix ans), et on peut dire que son statut social n'est plus systématiquement lié à la « population homosexuelle » (comme ce fut le cas lors de son éclosion épidémique). Plusieurs des intervenants de la Maison vont jusqu'à considérer que la perte du statut mortel, combinée à une baisse de la stigmatisation liée à l'homosexualité dans la société, tend non seulement à diminuer la ferveur du public quant à la cause du Sida, mais également à banaliser de profondes stigmatisations qui lui sont autrement associées : celles qui sont liées notamment à des défavorisations⁵⁷ importantes. Or, dans l'enceinte de la Maison, ce sont bien ces autres dimensions problématisées aujourd'hui comme moins populaires ou urgentes, que l'étiquette informelle « chronique » recouvre. Cette étiquette informelle renvoie à d'autres considérations (que le changement dû au statut médical de la maladie VIH/Sida) et ce sont de telles considérations qui font précisément écho au deuxième lieu d'enquête (la Mission).

Dans ces deux terrains, en effet, comme nous l'avons vu, on peut parfois, souvent même, entendre cette petite phrase qui, loin du bruit des grandes catégories politiques ou scientifiques, demeure néanmoins porteuse de sens quant à la réalité sociale qu'elle désigne : « c'est un chronique ». Les chroniques sont ceux qui sont difficilement capables de vivre à long terme, voire à court terme, en dehors de l'institution ou de toute autre ressource d'aide et d'hébergement, car ils nécessitent des formes d'accompagnement constant, soit médical, psychologique ou social, ou

⁵⁷ Un exemple qui illustre d'ailleurs cet état de fait est la décision récente (janvier 2010) de l'organisme Centraide, qui finançait jusqu'ici la majeure partie des dépenses de la Maison, de retirer sa subvention de 162 000 \$, retrait justifié « par une nouvelle stratégie axée sur la pauvreté et l'exclusion sociale ». Cinq autres organismes liés à la santé ont aussi fait les frais du repositionnement de l'organisme, sous prétexte que la « santé » ne cadre pas dans cette nouvelle stratégie de lutte contre la pauvreté.

souvent les trois à la fois et souvent même à vie. Les « chroniques » font de l'institution leur « chez soi », ou tendent à y revenir sans cesse. Les « chroniques » sont ceux qui ne trouvent pas de place ailleurs capables de les accueillir à court, moyen ou long terme. Et dans les deux organisations étudiées, les « chroniques » semblent représenter de plus en plus la majorité de la clientèle, même si cette désignation n'émerge comme telle que dans l'informel. Elle se glisse, en effet, dans les interstices des objectifs, statuts et catégories formels (entre le statut fin de vie et le statut transitoire à la Maison ; entre les participants et les « gars de la ligne » dans la Mission). On peut l'entendre circuler dans les conversations informelles ou les réunions à huis clos entre intervenants. Elle est rarement écrite sur papier ou prononcée de vive voix aux personnes qu'elle concerne. Or, si cette étiquette émerge dans l'informel, avec elle se profile néanmoins l'aveu fortement significatif que l'on fait face à des obstacles, des contraintes ou des résistances durables, voire permanentes qui ne peuvent ou très difficilement être supprimés, surmontés, transformés, corrigés. Si rien du matériau humain dans la vie moindre ne va plus ou presque, l'étiquette chronique renvoie à quelque chose « qui ne peut pas », ou « ne peut plus », qui reste en dehors de toute possibilité d'action.

Le poids politique de la chronicité : petite archéologie de l'homme empirique

Si l'on remonte au 19^e siècle, la chronicité tombait principalement dans le registre de ce qui était classé comme « biologiquement déterminé » (Bauman, 2004). Lorsqu'un cas était classé comme tel, cela signifiait qu'il devait rester peut-être pas à jamais, mais certainement pendant longtemps « au-delà des pouvoirs de corrections humains » (Bauman, 2004 : 145). L'expression « déterminés biologiquement » renvoyait aux cas jugés comme ne pouvant ni être guéris par la médecine (machines biologiques), ni réformés par l'éducation ou la justice (machines sociales), imperméables, en quelque sorte, aux réformes menées au nom de l'humanisme. Ils représentaient, à l'image du monstre en biologie, l'ultime limite avant la mort, cet archétype des limites du potentiel humain. C'est sans doute la « dégénérescence » qui

représente de manière idéal-typique la figure de la chronicité au 19^e siècle. Cette étiquette, apparue pour la première fois dans la psychiatrie de Morel (Coffin, 2007), mais dont l'idée était en réalité difficilement réductible à une discipline ou à une théorie, constituait un ensemble labile et hétérogène de problèmes, allant de l'alcoolisme à la classe ouvrière, troublant les frontières de l'identité discernable entre le corps, l'esprit, le social, et dont l'absence de limites ou le manque de précision quant à sa définition était interprété comme une incertitude de masse⁵⁸.

Ce qu'on appelait la « panique de la dégénérescence » exprimait une série de menaces vagues, de peurs, d'incertitudes à une époque où la vie sociale moderne s'imposait comme chamboulement des normes et des mœurs en vigueur. La dégénérescence était vue comme une faillite du processus de civilisation et du progrès; un échec des programmes humanistes (politiques, législatifs, caritatifs)⁵⁹. Le corollaire de la dégénérescence était en ce sens l'incurabilité sociale. Mais à partir du moment où on brandissait cette hypothèse de dégénérescence, on signifiait qu'on classait, d'une certaine façon, le problème comme étant biologiquement déterminé, c'est-à-dire au-delà de toute action possible, puisque la cause était désignée comme étant hors du social, dans la biologique ou l'hérédité (Coffin, 2007). L'évocation des déterminations biologiques pour expliquer ces points aveugles ou ces « souillures » (Douglas, 2005) visibles de l'ordre social a perdu aujourd'hui une grande part de sa

⁵⁸ La dégénérescence ne fut jamais réduite à un axiome arrêté ou à une théorie [...], ne s'appliqua jamais à un référent stable et unique; au lieu de cela, un fantastique kaléidoscope d'affaires et d'objets [...] du crétinisme, à l'alcoolisme et à la syphilis, de la paysannerie à la classe ouvrière urbaine [...] La dégénérescence connotait l'invisibilité et l'omniprésence [...] c'était un processus qui usurpait toutes les frontières de l'identité discernable [...] (Pick, cité dans Bauman, 2010 : 148).

⁵⁹ Comme en témoignait en particulier l'idée de la « dégénérescent urbaine » qui ciblait les individus les plus démunis de l'ordre social (« la question sociale ») : « Les commentateurs issus des classes moyennes qui s'intéressèrent à « la question sociale » à partir de 1870 considéraient avec effroi les travailleurs journaliers et les habitants des quartiers pauvres des grandes villes; ils remarquèrent avec un mélange de déception et d'appréhension, que ces gens-là n'avaient pas « répondu » aux attentes des législatives et des organisations caritatives qui avaient pour but de les porter à un niveau national et moral élevé, échec que certains commentateurs furent même tentés d'expliquer par l'hypothèse d'une dégénérescence urbaine (Searle, cité dans Bauman, 2010 : 147).

légitimité scientifique, étant notamment associée aux thèses eugénistes de la décennie suivante portées par les régimes politiques nazies. Si la dégénérescence a disparu du paysage politique nosologique, la chronicité quant à elle semble être restée, mais presque toujours à limite de l'avouable, connotant ce quelque chose qui ne peut pas, ce quelque chose qui signale de manière (trop) visible une faille, voire un échec des machines sociales, mais dont la cause a presque toujours tendance à être reléguée dans l'hors-social.

Par exemple, dans la construction politique (Groleau, 1999) de la catégorie itinérance au Québec, le terme chronique est apparu comme un spectre à reléguer dans les camps de la minorité. La *Politique de la santé et du bien-être* (1992) a par exemple distingué dans sa définition de l'itinérance « trois types d'itinérants » selon la durée, lesquels sont encore aujourd'hui utilisés dans de nombreux rapports ou recommandations : les transitoires, épisodiques et chroniques, et on insiste sur le fait que les « itinérants chroniques » seraient les moins nombreux parmi les trois⁶⁰.

Aujourd'hui, vingt ans plus tard, alors que les deux premiers termes (transitoires et épisodiques) ont été remplacés (par situationnelle et cyclique), le terme chronique est néanmoins demeuré, comme on peut le lire dans le *Cadre de référence sur l'itinérance au Québec* (2010 : 12) : « L'itinérance chronique est la plus visible. Les personnes dans cette situation n'ont pas connu de logement depuis une longue période ». Si le « % » d'hier a été remplacé par les critères de la « visibilité » dans cette définition contemporaine, celle-ci exprime néanmoins la même idée, voulant que ce ne soit qu'une minorité parmi la population itinérante qui corresponde à cette catégorie infâme. Se voulant rassurant, on mentionne que, si la catégorie

⁶⁰ Il importe de décrire l'itinérance selon trois catégories principales [...] (transitoire, épisodique et chronique) [...] et de ne pas laisser entendre que la situation de la population itinérante chronique correspond à celle de l'ensemble des itinérants. [...] Les itinérants chroniques ne représentent que 10 à 15 % de la population itinérante. (MSSS, 1992 : 52)

chronique est la plus « visible », c'est néanmoins l'itinérance situationnelle, la catégorie la moins visible et, en quelque sorte, la moins dérangeante qui demeure la plus répandue: « ces personnes sont les moins visibles : après un épisode passé sans abri, elles parviennent à se reloger et à établir de nouveaux contacts sociaux. Ce type d'itinérance serait le plus répandu » (MSSS, 2010 : 12). L'itinérance chronique constituerait ainsi l'échec le plus visible des efforts des politiques sociales, depuis les vingt dernières années, pour enrayer, la problématique.

Un autre exemple parlant se trouve dans le paysage politique de la santé mentale où l'étiquette « chronique » apparaît comme une sorte de résidu, voire comme un échec du programme de « désinstitutionnalisation » au Québec. Programme qui visait à rabattre le statut de maladie mentale sur celui de « maladie comme les autres » et, par le fait même, objet d'un « traitement comme les autres », c'est-à-dire d'une cure sociale dans la « communauté » plutôt qu'une cure dans l'asile. Or, une dizaine d'année après l'amorce de cette ouverture des portes de l'asile, la figure de la chronicité, c'est-à-dire le « patient psychiatrique chronique dans la communauté » (Mercier, 1988), commence à apparaître discrètement dans certains rapports critiques dénonçant les difficultés de ce traitement social avec son « syndrome de la porte tournante » (Dorvil, 1987). Les patients considérés "chroniques" sont ceux qui résistent aux attentes qui étaient prévues par ce programme politique de réforme, ne pouvant ni être guéris comme les « malades ordinaires », accusés par certains d'être dépendant des institutions qui les prennent en charge, formant une sorte de « zone grise » entre le traitement social et le traitement médical, entre les réseaux d'hébergement dans la communauté et l'hôpital⁶¹.

⁶¹ Dans un article intitulé « Les mécanismes d'adaptation des malades mentaux chroniques à la vie quotidienne », Lecomte (1991), souligne que les patients chroniques « post-désinstitutionnalisation » émergent de manière visible dans l'intervalle entre ladite communauté et l'hôpital : « Entre les réseaux d'hébergement et l'hôpital existe un hiatus: des soins prolongés pour les patients chroniques. Autrefois, ce hiatus était comblé par les hôpitaux psychiatriques. Maintenant, il incombe aux deux réseaux de s'associer pour satisfaire les besoins des patients chroniques. Malheureusement, entre ces deux réseaux

Du côté des politiques de santé « physique », cette fois-ci, l'OMS a reconnu récemment la « maladie chronique » comme étant la cause de 60% des décès dans le monde, mais présente surtout dans une partie du monde. Dans son rapport mondial de 2005, *Prévention des maladies chroniques : un investissement vital*, l'organisme mondial s'attarde sur les liens entre ces dernières et la pauvreté systémique ou les « performances sociales » des pays dits à revenu faible ou intermédiaire : on considère que « les effets des maladies chroniques se font de plus en plus sentir dans de nombreux pays à revenu faible ou intermédiaire », que « 80 % des décès par maladie chronique se produisent dans des pays à revenu faible ou intermédiaire », et que non seulement « la menace va croissante – le nombre de personnes, de familles et de communautés touchées augmente », elle serait « une cause de pauvreté sous-estimée qui retarde le développement économique de nombreux pays »⁶².

Que l'on se situe, en somme, du côté des politiques de santé « sociale », « mentale » ou « physique », la figure de la chronicité semble toujours, aujourd'hui comme hier et peu importe la théorie à laquelle on l'associe, être sur la ligne frontière de la vie sociale et du biologique, tombant la plupart du temps dans les interstices et les failles de la cure médicale et de la cure sociale, et signalant, souvent de façon peu visible, un échec ou une faille des « politiques des vivants » comme dirait Fassin (2006), c'est-à-dire des programmes humanistes renvoyant à leur point aveugle ou leur part d'ombre, si on entend par humanisme une vocation première cherchant, hier comme aujourd'hui à améliorer le « potentiel humain », c'est-à-dire à augmenter les chances de survie (sociale et biologique) de l'homme (Sloterdijk, 2002). Bauman résume cette vocation humaniste par deux traits étroitement liés qui, plus que toute

dont l'un est à prédominance sociale et l'autre médicale, une dialectique s'est imposée dont la conséquence est la création d'une zone grise dans laquelle se trouvent les patients chroniques » (Lecompte, 1991 : 13)

⁶² L'étiquette maladie chronique n'inclut pas le VIH/Sida, qui est classé dans la catégorie « maladie infectieuse ». Il semble que cette étiquette ne s'applique pas à la conception occidentale et « développée » de la maladie, où les traitements par antirétroviraux se sont « démocratisés ».

autre chose, marquèrent positivement l'esprit moderne occidental : soit le fait de transcender l'état naturel des choses (faire reculer des processus naturels, en premier lieu cette fatalité imparable de la mort) — soit de *rendre* les choses différentes de ce qu'elles sont — et le rapport à l'aptitude à l'action, c'est-à-dire la *possibilité* de rendre les choses différentes :

le fait de rendre les choses différentes, et que le pouvoir d'agir était toujours supérieur à la tâche à portée de main, fut présenté tout au long de l'histoire moderne comme la libération du genre humain, la liberté de l'espèce humaine, que les Lumières promettaient d'amener et que la modernité se vantait d'installer (2010 : 140).

Ainsi, comme le souligne encore l'auteur, « les hommes et les femmes réels, *empiriques*, n'étaient que de grossières mutilations de ce qu'ils pouvaient être et de ce qu'étaient leur vocation, de pâles reflets de leur vrai potentiel » (Bauman, 2003 : 144). Cette figure de « l'homme empirique », en deçà ou en dépit des formes sociales spécifiques que peut prendre l'individualité dans une société donnée, représente, hier comme aujourd'hui le revers concret de « l'homme total », c'est-à-dire cette consistance résistante qui, malgré le caractère malléable et irrépressible de l'action (Martuccelli, 2005), demeure toujours susceptible (et à des degrés divers) de s'y opposer par une limite régulatrice face à laquelle on se donne pour tâche, grâce à un travail ou un « effort » (Mayer, 2002) de transcender.

La médecine, en tant que technique appliquée de la biologie a, hier comme aujourd'hui, joué un rôle important quant à la transcendence de l'homme empirique (Bauman, 2010; Foucault, 1967). Car la santé, tout comme la normalité, loin d'être un état naturel, une frontière naturelle, ne se contente pas « d'être-là », pour reprendre une expression courante utilisée par les accompagnants lorsque vient le temps de décrire leur travail. Elle nécessite, comme toute frontière non naturelle, un travail de maintien et d'aménagement constant. Le corps a donc constitué une tâche centrale,

devenant l'objet croissant de technologies médicales toujours plus fines pour prévenir et éliminer les maladies dont il est porteur et repousser cette limite absolue du potentiel humain (la mort), mais aussi de technologies politiques pour combattre et prévenir les pathologies sociales dont il est porteur (Foucault, 1972). Comme nous l'aborderons dans la deuxième section de ce chapitre, le corps ne constitue plus cette tâche à la portée des machines (Sloterdijk, 2002), devenu une texture qui n'est plus socialement significative.

Mais on peut certainement affirmer qu'hier le « travail sur autrui » (Dubet (2002) (ou la discipline), et aujourd'hui le « travail avec autrui » (Astier, 2007) reposent en majeure partie sur cette vocation humaniste de base qui cherche à transcender les contraintes et les résistances de l'homme empirique afin que, nécessiteux ou malade, fou ou vagabond, souffrant, malade ou vulnérable, etc., puissent atteindre leur vrai potentiel ou leur vraie nature, qu'ils deviennent précisément sujet : c'est-à-dire une matière malléable à la nature même de la vie sociale qui est celle de rendre toujours et partout l'action possible (Martuccelli, 2005). Pour résumer en une formule : la vocation hier du « travail sur autrui » et celle aujourd'hui du « travail avec autrui » repose fondamentalement sur cette possibilité toujours présente au moins potentiellement de transformer « le presque rien ne va » et le « presque rien ne peut » en « ce que l'on peut en faire ».

L'étiquette « chronique » qui constitue le noyau dur de la vie moindre et qui semble caractériser de manière croissante la réalité des organisations qui en ont la charge, comme les intervenants le confirment, représente en d'autres termes de manière idéale typique cette figure de l'homme empirique. Dans notre terrain, *le presque rien ne va et le presque rien ne peut* semble, en effet, s'imposer avec une telle force ou un tel degré que toute forme d'action semble mise à l'épreuve, hypothéquée d'avance par le poids d'un ensemble de coercitions à l'œuvre qui apparaissent a priori indépassables. Symboliquement chargée sur la carte politique de

la pesanteur, la chronicité pèse néanmoins d'un poids considérable sur les personnes qui l'incarnent concrètement (pour ce qui est de la souffrance, de l'exclusion, de la stigmatisation) et d'un poids tout aussi considérable sur les personnes qui en ont la charge quand il s'agit de dessiner concrètement l'action possible. La question «*quoi faire avec?* » comme nous l'avons vu avec la description de notre terrain, se pose de manière persistante au cœur de l'accompagnement de la vie moindre. Mais, si presque rien ne va et presque rien ne peut dans la vie moindre, on n'est pas pour autant dans le « rien ». Entre presque rien et rien, pour paraphraser Musset, il existe tout un monde. Ce monde, c'est celui qui, au final, fait toute la différence en inscrivant bel et bien cette vie moindre, à l'opposé de « la vie nue » et de « la vie perdue », au cœur même de la vie sociale.

6.1.2 Ni vie nue, ni vie perdue, mais un espace « autrement » protégé et aménagé

Si la vie moindre se situe en effet sur la ligne de faille de la vie biologique et sociale, elle ne peut néanmoins se résumer à un « état d'exception » tel celui désigné par l'idée de la « vie nue » ou de la « vie perdue », c'est-à-dire comme une façon d'administrer et d'aménager la vie en dehors des codes de la socialité ordinaire, dans un « no man's land » social à l'image du « camp », ce lieu idéal-typique le plus souvent mobilisé lorsque vient le temps d'analyser des conditions ou situations de vie limites. Agamben (1998), parmi les auteurs les plus sollicités à cet effet, analyse le camp (de concentration, de réfugiés, de déplacés, etc.) comme « l'espace biopolitique le plus absolu ». Pour l'auteur, la biopolitique⁶³, c'est-à-dire cette façon d'administrer la vie en la traitant comme une « vie nue » (zôè), comme « simple fait de vivre », comme une vie commune à l'animalité et à l'homme, est entièrement exposée sans barrière protectrice à une domination du « pouvoir souverain ». Une vie assujettie à la force d'enfermement, voire de mort. La vie nue se distingue de ce qu'il appelle

⁶³ Agamben élabore cette idée de la biopolitique à la suite des analyses de Foucault qu'il complète avec celles d'Arendt.

précisément la vie « qualifiée » (bios), la vie propre au « citoyen » ayant paroles et droits de cité. Le « camp », à l'opposé de l'espace social de la cité, constitue pour lui le paradigme de cette « politisation de la vie nue », laquelle est devenue un état d'exception devenu la règle, l'ordinaire du pouvoir, et dont on peut ainsi trouver les traces dans d'autres rapports que ceux entretenus avec les objets des camps (les réfugiés, les sans-papiers, clandestins, etc.), tels que « les usagers de drogues, enjoins au soin ou incarcérés ; aux chômeurs, enjoins au travail [...] ou bien d'autres », ce que d'autres ont surnommé après lui la « biopolitique mineure » (Grelet et Potte-Bonneville, 2000).

Quant à la « vie perdue », celle-ci s'exprime, chez Bauman (2009), par l'image d'un dépotoir de déchets humains qui rejoint le camp dans la manière d'envisager l'espace réservé à cette « population redondante » d'êtres qui sont rejetés, exclus du nouvel ordre social mondialisé, reléguée à la marge de la modernité par le triomphe du « pouvoir souverain de l'économie de marché ». Les dépotoirs humains produisent des vies rebuts, des êtres devenus inaptes, superflus, condamnés à mener une « vie perdue », ne pouvant rien faire de leur existence à part être soumis au « traitement des déchets humains ». Chez lui aussi, ce sont non seulement les réfugiés, les demandeurs d'asile, les personnes regroupées dans des camps qui constituent l'exemple de déchets humains que l'Occident relègue à ses frontières, mais aussi ce qu'il appelle les « exclus internes » des pays développés, tels que les chômeurs de longue durée, les pauvres, les criminels. À côté du camp, on trouve ainsi ce qu'il appelle les ghettos involontaires (ces exclus et ces marginaux) soumis en permanence à la violence et la répression. Comme pour Agamben pour qui le camp comme paradigme de politisation de la vie nue est devenu l'ordinaire du pouvoir, Bauman considère que c'est dans l'« extraterritorialité fixée » de ces dépotoirs humains qu'apparaissent sous une forme encore plus extrême, plus pure et nettement

plus visible que tout autre segment de la vie contemporaine les traits de ce qu'il appelle la « modernité liquide »⁶⁴.

En somme, entre le camp et le dépotoir humain où se côtoient indésirables, exclus de l'ordre social et victimes d'un pouvoir dont les dispositifs qui l'incarnent se rapproche de la logique totalitaire, étant conditionnés par le contrôle, le filtrage et l'enfermement. Or, la vie moindre ne peut s'inscrire dans ces « non-lieux » où « se croisent en silence et s'ignorent des milliers d'individus, formant des parenthèses anonymes et sans jeu social » (Auger, 1994). Et il serait sans doute réducteur de la situer dans cet espace social pensé sous le mode du dépotoir ou du camp, conditionné par le confinement et la pure perte, qui rend la vie inhabitable et tend à transformer toute action comme des signes d'un pouvoir souverain et d'une logique totalitaire. On peut alors se demander « où » précisément se situe la vie moindre ?

Ni vie active, ni mort sociale : ces mille riens pourtant présent

Certes, dans la vie moindre, *on ne vit pas n'importe où*. Le régime de vie qu'elle dessine n'en est pas un partagé avec ce qu'on définit couramment comme la « vie active », c'est-à-dire avec ce régime de vie qui place au cœur de sa définition le travail salarié. Non seulement une grande majorité des individus qui incarnent la vie moindre institutionnalisent des formes d'activités éloignées « du salariat classique » (Castel : 1995), mais on peut dire également qu'ils sont en rupture définitive ou permanente avec le monde du travail salarié tout court, sans possibilité, sinon pour une très petite minorité, de le réintégrer. Le matériau humain qui incarne la vie moindre, comme nous l'avons vu, ce matériau qui semble imperméable aux tentatives humanistes d'augmenter son « potentiel humain », constitue un matériau presque à tous les égards inutile en tant que potentiel ou force de travail. La grande majorité des

⁶⁴ Soit la « permanence de l'éphémère » ; la durabilité du temporaire, une immersion dans le flot de la vie sociale sans l'ancre d'un rôle social (2006).

personnes qui incarnent la vie moindre sont dans un mode constant de survie biologique, où rester hébergées, nourries, hydratées, soignées, bref maintenues en vie, constitue une lutte et une insécurité constante. Non seulement l'impératif d'intégrer l'univers du travail salarié demeure lointain, mais il demeure hautement improbable pour une majeure partie des individus qui incarnent la vie moindre.

Mais, si on ne peut insérer aisément la vie moindre dans un régime de vie défini par le travail salarié (dans sa forme classique ou non), il semble qu'on ne puisse pas pour autant la placer du côté de la « mort sociale » à l'image de ce que Bourdieu avait décrit à propos du chômage, c'est-à-dire comme un régime de vie où les hommes, « privés de leur raison d'être sociale et renvoyés à la vérité nue de leur condition » :

ont *perdu les mille riens* dans lesquels se réalise et se manifeste concrètement la fonction socialement connue et reconnue, c'est-à-dire l'ensemble des fins posées à l'avance [...] [Ils sont] privés de cet univers objectif d'incitations et d'indications qui orientent et stimulent l'action et, par là, toute la vie sociale (Bourdieu, 1981 : préface)⁶⁵.

Certes, dans vie moindre, la survie biologique qui la caractérise se croise de manière confondante avec la survie sociale, où la grande majorité des personnes qui l'incarnent ne sont plus intégrées depuis longtemps dans des formes d'activité sociale significatives (famille, loisirs, consommation, étude, etc.) et qui, classiquement, sont étroitement liées à la définition courante de la vie active (activité salariée). Les personnes qui incarnent la vie moindre ont bel et bien perdu ou ne connaissent pas depuis souvent bien longtemps certaines fonctions socialement connues et reconnues

⁶⁵ Bourdieu, P. (1981). Nous soulignons. Ces « milles riens perdus », Bourdieu les décrit comme « l'ensemble des fins posées à l'avance, en dehors de tout projet conscient, sous forme d'exigences et d'urgences - rendez-vous 'importants', travaux à remettre, chèques à faire partir, devis à préparer -, et tout l'avenir déjà donné dans le présent immédiat, sous forme de délais, de dates et d'horaires à respecter - bus à prendre, cadences à tenir, travaux à finir ».

en dehors de celles produites par l'univers de l'intervention sociale. Ils sont malades, mourants, itinérants, toxicomanes, plutôt que conjoints, militants, étudiants, etc. Ce qui semble caractériser, en fait, de manière spécifique le «où» de la vie moindre est en effet, l'absence d'une pluralité d'espaces possibles où l'individu est amené à agir, tantôt comme salarié, tantôt comme consommateur, tantôt comme contribuable, conjoint, militant, etc. Ogien et Toledo (1986) font appel à la notion « d'affiliation » pour rendre compte de ce type de réduction de la vie sociale aux seules relations avec les opérateurs du monde de l'intervention sociale. On y est affilié, car on ne vit, comme on n'agit pas « ailleurs »; car ces autres espaces socialement significatifs (travail, loisir, famille, etc.) ne sont pas, plus ou difficilement accessibles, et ce en raison d'une multitude de facteurs complexes (Roy, 1995). On est confiné à vivre dans un espace social qui certes n'est plus entouré comme jadis de parois disjonctives claires comme, hier, les classes ou les murs (tel que jadis avec les institutions totales de prise en charge). Cependant, les barrières (qui découlent autant du corps, de l'esprit, du social) à la mobilité des trajectoires n'en demeurent pas moins radicales.

Or, cet écrasement des sphères de vie (économie, familiale, loisirs, etc.); cet « enveloppement dans le commun de la multitude », n'est ni souhaité ni désiré par ceux qui l'incarnent comme susceptible d'être un « moteur critique » à la lutte, comme semble paradoxalement vouloir l'affirmer Hardt et Negri (2000). Comme nous l'abordons dans la prochaine section, ces barrières s'éprouvent en fait souvent par les personnes qui les incarnent comme doublement éprouvante, dans la mesure où toute forme d'ancrage dans les sociétés contemporaines risque d'être perçue comme échec personnel ou à tout le moins comme un obstacle majeur sur le chemin de la singularité.

Or, si cet affaïssement des sphères de vie constitue l'une des spécificités du «où» de la vie moindre, celui-ci n'est pas pour autant dépouillé, comme le mentionne Bourdieu à propos de la mort sociale, de « cet univers objectif d'incitations et

d'indications qui orientent et stimulent l'action et par là toute vie sociale ». Certes, cet univers n'est pas moulé sur les impératifs du travail salarié, mais il véhicule néanmoins ces « milles riens » qui proviennent du « travail sur soi » ou du « travail avec autrui » : ces mille riens qui, par divers moyens d'indication et de stimulation, encouragent et interpellent les personnes qui les incarnent à devenir des entrepreneurs moraux de soi, des travailleurs de la relation à soi et aux autres, à défaut d'être des travailleurs salariés. En ce sens, même en dehors de la « vie active » telle que classiquement définie en fonction de l'activité salariée, la vie moindre n'est pas pour autant « ce terrible repos » qu'est la mort sociale. Bien au contraire, les exigences en ce qui a trait à l'implication personnelle, à la disponibilité, à l'adhérence, à la motivation, bref à l'activation, etc., sont souvent hautement demandant pour la personne qui, notamment dans un contexte où les autres espaces de vie ne sont pas ou peu accessibles, doit y adhérer. On est toujours ainsi dans un univers d'incitations et d'indications objectives qui orientent et stimulent l'action, et cet univers est bel et bien social.

Or, ce « social » ; cet univers où s'ancre la vie moindre n'est pas n'importe lequel. Il doit être pensé avant tout comme « un social sans cesse soutenu, aménagé, protégé, où la visée n'est plus l'intégration sociale, mais, beaucoup plus modestement et pragmatiquement, la sauvegarde ou le rétablissement d'une action possible » (Ravon, 2005 : 31).

C'est sous cet angle que nous pouvons décrire la vie moindre comme un régime de vie spécifique fait d'obstacles, d'entraves, d'empêchements à l'œuvre réduisant, jusqu'au « moindre » l'action possible. Le moindre n'est pas le rien. Pour citer Sloterdijk, le moindre c'est ce « presque rien, et pourtant : pas rien. Un quelque chose, et cependant : seulement un tissu formé d'espaces creux et de parois très subtiles » (2006a). Le moindre désigne précisément cette consistance faite de parois très subtils, à l'intérieur de laquelle peuvent s'exprimer néanmoins ces « milles

riens » qui orientent et stimulent l'action et, par là, la vie sociale. Il doit être pensé comme une intervalle élastique, une épaisseur interstitielle où se nouent et se dénouent non seulement un ensemble de contraintes, mais aussi de possibilités à l'œuvre dans la vie sociale « ordinaire ». C'est autour de ce moindre que s'organisent un ensemble de techniques, de façons de faire, d'agir, d'intervention, bref de grammaires d'action institutionnalisées qui tentent de maintenir ou de sauvegarder une action possible. En d'autres termes, si des lieux existent concrètement pour accompagner la vie moindre, c'est qu'il existe bel et bien une donnée réelle, une « prise » possible capable de mordre dans l'épaisseur irrépressible de l'action; dans la « chaire du social » (Otero, 2003). Ce sont dans les gestes mineurs mais insistants, ces « presque- rien » pour maintenir, soutenir, protéger à tout prix cette prise possible que peuvent s'entrevoir, sous une forme souvent nettement plus insistante et visible dans la vie moindre, les traits de l'épaisseur commune du social, laquelle est aujourd'hui travaillée de part en part par la singularisation et met en résonance, pour ainsi dire, la vie moindre et la vie ordinaire.

La couveuse : aménager et protéger « autrement » les vulnérabilités

À en rester à la carte structurelle classique des protections, c'est-à-dire la cartographie sociologique d'un ensemble de grandes positions qui découlent des rapports de production, la vie moindre pourrait sans doute se réduire à la catégorie des « grands exclus », plutôt que des « protégés » (Martuccelli, 2005) par exemple, c'est-à-dire à une forme de vie bel et bien perdue, rebut, entièrement exposée, sans barrière protectrice, à une domination souveraine de l'économie et du pouvoir. Or, si cette cartographie positionnelle demeure importante pour penser l'organisation des protections sociales, elle ne laisse que peut entrevoir en revanche ces espaces sociaux « autrement » protégés (Martuccelli, 2005), ces formes de protection qui s'insèrent et se cultivent dans les intervalles ou les élasticités transversales des grandes positions

structurelles⁶⁶. La prise en compte de ces « interstices protecteurs » (Martuccelli, 2005) invite « à reconnaître l'existence, quelque peu surprenante, d'individus ou de groupes opérant dans des univers sociaux qui leur donnent la possibilité de se sentir^o- ou non^o- à l'abri des secousses extérieures » (Martuccelli, 2005 : 165), et cela notamment dans la phase actuelle de l'individualisation qui transforme progressivement et, souvent sans secousses majeures, la géographie souterraine de l'espace social (inégalités, classes, etc.).

Situées sur cette zone frontalière du « moindre » aux parois très subtils; dans un univers social comme nous venons de le présenter, où la visée n'est plus tant l'intégration, que « beaucoup plus modestement et pragmatiquement, la sauvegarde ou le rétablissement d'une action possible » (Ravon, 2005), les installations nécessairement fragiles qui peuvent protéger, aménager, soutenir ce régime spécifique de vie procède d'une forme de régulation qui ne pourrait en ce sens être pensée sous le mode totalitaire telle qu'elle se cristallise dans l'installation du « camp », cet état social d'exception devenue la règle du pouvoir selon Agamben (1998). Pour un régime de vie moindre, où c'est non seulement la vie biologique qui est menacée, mais où c'est la nature même de la vie sociale qui est radicalement mise à l'épreuve (l'action possible), les installations nécessaires à son maintien ne prennent pas en effet la forme paradigmatique des camps, conditionnés par le confinement, l'enfermement, l'épuration, la mort (Agamben), mais plutôt de « couveuses », pour reprendre librement l'expression de Sloterdijk (2000), c'est-à-dire de dispositifs de protection des vulnérabilités conditionnés par l'allègement, l'affectivité, l'autonomie,

⁶⁶ Ces espaces qui s'insèrent ainsi dans les élasticités transversales aux divisions pyramidales de la structure sociale, Martuccelli les nomment les états sociaux : « les états sociaux ne peuvent pas être ramenés à l'image trop simple d'une coupure entre les inclus et les exclus, les gagnants et les perdants, bref à un nombre réduits de positions structurelles. Comprise de cette manière, la représentation est imprécise, voire même trompeuse, puisqu'elle cache la diversité des états sociaux en présence » (2005 : 203).

la vie. Des couveuses⁶⁷ qui, à l'image d'une machine incubatrice accompagnant individuellement les nouveaux-nés prématurés dont la vie demeure extrêmement vulnérable et nécessite d'être maintenue dans un climat constant et tempéré, cherchent à mettre en place des conditions liminaires propices pour une culture de l'individualité, notamment pour des sujets inscrits dans un parcours « d'individuation inaboutie » (Soulet, 2008); pour les sujets les plus vulnérables pour qui l'individuation doit être soutenue, accompagnée, aménagée de manière plus insistante par des techniques de solidification et d'intensification du soi, comme nous l'abordons dans la prochaine section.

L'analyse hier de Goffman (1968) des institutions totales et de leurs adaptations secondaires démontrait que si les individus cherchaient et parvenaient à résister à l'imposition d'une culture totale en aménageant, même dans ces conditions dramatiques et hostiles, des espaces interstitiels protecteurs du moi, c'est bien la preuve concrète que l'individualité n'est pas une pure fiction ou aliénation (de Singly, 2005). Son analyse laissait entrevoir dans l'enceinte marginale de ces institutions mortifiantes, un processus d'individuation qui, aujourd'hui, a pris une teneur inédite (singularisation). Dans les «°sociétés d'individualisme de masse, où l'individualité ne peut plus être ignorée, ni laissée à elle-même » (Otero, 2011b), ce ne sont alors plus ces dispositifs de mortification voués à la vexation de l'individualité par l'imposition d'une culture globale (comme chez Agamben avec le paradigme du camp) qui nous laissent entrevoir l'ordinaire du social, mais plutôt ces couveuses, destinées à aménager ces aires d'adaptation secondaires aujourd'hui, en quelque sorte,

⁶⁷ Les termes couveuses et incubateurs sont désormais utilisés dans le monde du travail. Les couveuses d'entreprises sont des techniques de gestion destinées à soutenir les porteurs de projet de création d'entrepreneuriat. Voir www.uniondescouveuses.com

« désenfermées »; c'est-à-dire vouées à entretenir, à aménager, soutenir à air ouverte la culture de l'individualité.

Les couveuses permettent de penser en effet par analogie comment la régulation sociale des vulnérabilités peut s'opérer dans des sociétés d'individualisme de masse, où non seulement les corps ne peuvent plus être touchés par des prises directes, inhibitrices et autoritaires (enfermement, violence, captivité, etc.), mais où les individus, souvent en dépit de leur positions sociales inégalitaires, sont appelés à se construire eux-mêmes comme sujets et nécessitent dès lors des formes de soutien, maintien, prothèses, « techniques de soi », adaptés à ce rapport contemporain à soi. Dans un tel contexte où c'est la nature même du lien qui fait « tenir » l'individu qui se transforme et qui incite conséquemment à repenser le style de réponses aux vulnérabilités (comme nous l'avons abordé dans le chapitre II), l'on voit croître d'autres dispositifs où la fonction et l'utilité ne serait plus l'unique motivation (Sloterdijk, 2000; 2006) et où l'idée de protection ne se penserait plus uniquement en termes de sécurité matérielle ou de ressources objectives et impersonnelles, comme les couvertures de masse (politiques protectionnelles issues de l'État providence greffées sur les populations plutôt que sur les individus), mais d'abord en termes de « protections des subjectivités^o », de ressources «^o affectives et personnalisées » (reconnaissance, respect, construction identitaire,), greffées sur les singularités individuelles, comme nous l'abordons plus loin.

Dispositifs encore mineurs, « prématurés », mais pour lesquels les demandes et les besoins semblent croissants, les couveuses se cultivent, s'éprouvent, s'expérimentent actuellement dans des « cultures d'intervalles », dans des marges de la vie sociale, comme en terrain de la vie moindre. Tel qu'hier, dans le laboratoire social des institutions totales, pouvaient s'éprouver, se cultiver, s'expérimenter et se transformer avec son lot d'échecs, de succès et de ratés, les technologies politiques mineures précédant la mise en place des politiques providentielles de masse. En fait,

si les couveuses paraissent marginales ou « presque-rien », elles doivent en réalité être interprétées comme le signe de l'émergence de nouvelles figures institutionnelles, « de nouvelles formes de coexistence humaines dont nous mesurons mal pour le moment le caractère profondément social et collectif » (Astier, 2007 : 138). Dans la prochaine section, nous allons mettre l'accent précisément sur ce caractère profondément « social et collectif » de la couveuse en cherchant à dégager, toujours à partir d'une lecture transversale de nos données d'enquêtes, les principaux aspects qui la définissent.

6.2 Dans la couveuse de la vie moindre: *avec* qui, *avec* quoi et *jusqu'où* agit-t-on?

Si la consistance spécifique de la vie moindre exige de poser les questions « qui, quoi, où », comme nous venons de l'aborder dans la section précédente, la couveuse exige de poser les mêmes questions, mais en introduisant avant tout l'idée de « l'avec » : c'est-à-dire en mettant l'accent sur les aspects du « travail *avec* autrui » (Astier, 2007), ce travail d'intervention qui tire ses possibilités du commun, de l'ordinaire, soit d'une grammaire sociale dont les différentes manifestations se rattachent aux normes, aux techniques et mœurs culturelles en vigueur dans la socialité contemporaine et qui ancre en définitive la vie moindre dans la consistance commune du social. Dans cette perspective, on ne travaille pas *avec* n'importe « qui » ou où ne travaille pas *avec* n'importe « quoi » lorsqu'on s'ancre (et on n'a pas le choix de s'y ancrer) dans cette épaisseur commune du social. On travaille avant tout avec certaines figures sociales qui nous parlent de cette consistance commune, ordinaire autour de laquelle se forment les figures institutionnalisées de l'intervention sociale et de l'individualité. C'est la question de ces « avec qui » (6.2.1) et « avec quoi » (6.2.2) que nous aborderons dans la présente section, afin de donner à voir ce deuxième visage de la vie moindre qu'est la couveuse. Mais à « l'avec qui ? » et « l'avec quoi ? », s'ajoute l'interrogation du « jusqu'où ? » (6.2.3). Jusqu'où peut-on agir en terrain de vie moindre? Peut-on sortir de la couveuse? Ce « jusqu'où ? » jette

un trouble dans la consistance commune du social, en appelant aux limites de l'action possible et dès lors, en réintroduisant la thématique des inégalités sociales au cœur de la singularisation qui a cours.

6.2.1 La personne sous « surbrillance », ou les techniques de soi

Sloterdijk (2002), dans un chapitre intitulé « l'accompagnement originel »⁶⁸ où il analyse, entre autres, le dispositif de la psychanalyse mettant en scène un divan, un fauteuil et une relation quasi mutique entre un analysant et un analysé, se demande:

En tant que *qui* ou en tant que *quoi* la présence de l'analyste- qui mériterait plutôt en l'occurrence de porter le nom d'intégrateur ou de moniteur [qui], dépouillé [pendant de longues années] de sa compétence pour l'interprétation et de son pouvoir de distinction, se transforme [au terme de l'analyse] en créature censée offrir, par sa seule coexistence silencieuse, les conditions d'une intégration curative de soi-même?» (Sloterdijk, 2002 : 381-382).

Aujourd'hui, à nos yeux de contemporains, ce dispositif quasi mutique, quasi magique peut sembler, en effet, mystérieux dans un contexte où, comme Castel l'a souligné, dans *Le psychanalyste* (1976), il ne reste pratiquement de lui que les effets bavards de son extension en dehors de l'intimité privilégiée du salon et du luxe de la position assise ou couchée⁶⁹. Nous avons déjà signalé, dans le chapitre , que nous étions entrés dans un contexte de « psychanalyste sans psychanalyse », comme le mentionne Otero (2003), où les éléments de ce dispositif, initialement installés dans

⁶⁸ Dans ce chapitre, Sloterdijk introduit, d'ailleurs, l'idée de « l'Avec » qui selon lui « n'existe qu'au singulier » (2002 : 385).

⁶⁹ Pour Sloterdijk, cette « position assise » et couchée propre décorum de la psychanalyse doit être pensée comme étant au cœur du dispositif de l'humanisme qui s'est attelé à la tâche de transformer « l'homme sauvage de la position debout en lui appliquant les moyens de l'appropriation scolaire pour l'adoucissement des mœurs, convaincu comme il l'est par le lien nécessaire entre la lecture, la position assise et l'apaisement ». Lecture des classiques, position assise et « sélection des élites » forment un rapport profond, Sloterdijk (1999a) jouant ici habilement sur les mots allemands «lesen» (lire) et «auslesen» (sélectionner).

les salons de l'élite viennoise et destinés à rehausser la profondeur symbolique de « l'homme sans qualités », ont non seulement été déplacés de leurs lieux d'origine vers une multitude de professions de l'écoute « sans qualités », mais aussi dépouillés de leur forme initiale, à tel point que les retrouver aujourd'hui tels quels nécessiterait sans doute un laborieux travail d'archéologie.

C'est d'ailleurs bien là l'une des caractéristiques banales du dispositif, tel que l'indique Foucault (1994), c'est-à-dire sa possibilité de survivre à l'intentionnalité et aux visions qui ont présidé à sa mise en place, même s'il renvoie à une formation historique spécifique et à « une fonction stratégique dominante » d'origine. De manière synchronique, cette fonction stratégique dominante dépasse toujours l'aménagement précis de savoirs et d'espaces cristallisés autour d'un objet ou dans une institution, faisant ainsi écho à un ensemble de pratiques et de discours qui la reconduisent, la mettent en œuvre, la réajustent à des degrés divers, voire qui se positionnent les uns vis-à-vis les autres soit pour se critiquer, soit pour « collaborer » entre eux, mais qui entrent en définitive en résonance profonde. Dans cette perspective, on pourrait certainement dire que l'essence de ce dispositif quasi magique, capable de conduire, après un long « séjour » synchronisé par la présence mutique d'un intégrateur ou d'un éducateur, à « l'intégration curative de soi même », comme le mentionne Sloterdijk, entrait jadis en résonance avec un ensemble de pratiques et de discours qui incarnaient également, d'une façon ou d'une autre, la fonction stratégique dominante de ce dispositif, soit l'intégration.

Le programme institutionnel tel que décrit par Dubet (2002) peut, d'une certaine façon, être résumé dans les mêmes termes: que soit pour l'école, l'hôpital ou l'Église, ce programme était envisagé comme pouvant produire un individu capable à la fois de se maîtriser et de construire sa liberté ; ce qu'on appelle en d'autres termes la socialisation, et cela, au terme d'une relation pédagogique à long terme entre le professionnel du « travail sur autrui » (médecin, instituteur, religieux, etc.) et autrui

(malade, élève, croyant, etc. Un individu universel, arraché de ses ancrages affectifs et mœurs singuliers, capable à lui seul de « faire société » parce qu'il porte en lui et de manière apaisée les valeurs de l'ensemble de la société. À l'instar du psychanalyste, le professionnel du travail sur autrui devait se soumettre (comme autrui) lui aussi à une forme de dépouillement domestiqué—ce que Dubet nomme la vocation⁷⁰—, afin de pouvoir, sans avoir recours à la contrainte physique ou à la « raison dialogique », manier cet opérateur direct et quasi magique de transmutation du système de valeurs en intégration. Sur sa « personnalité sociale » muette reposait alors toute la force du programme institutionnel, comme le fait encore remarquer Dubet, car elle était supposée elle-même être construite par des valeurs émanant de dogmes sacrés, homogènes, universels, que ce soit la science, la raison, la santé, ou le travail. Comme ces principes sont sacrés, celui qui s'y soumet silencieusement et passivement, sans anxiété majeure, accède à une autonomie morale et intellectuelle supposée le libérer ; l'inculcation des valeurs comme contrôle social visent à révéler le sujet ou à le restaurer. D'une certaine façon aussi, ce dispositif quasi mutique de transmutation de principes sacrés en intégration entraine en résonance avec le programme officiel (l'adaptation primaire) des institutions totales telles que décrites par Goffman (1968), en répondant à la même fonction stratégique dominante d'origine. Les techniques de mortification, conçues comme un dépouillement et une dépersonnalisation[°]—°mais redoublant ici d'insistance et montrant à l'état empirique tout le drame et l'anxiété qui en découle[°]—°avaient elles aussi pour finalité « bienveillante »⁷¹ non pas tant l'humiliation, que « l'intégration curative de soi-même ».

⁷⁰ On peut penser aussi à la description de Nicole Laurin, citée dans le chapitre II, des institutions de prise en charge, où le personnel religieux se vouait à la tâche 365 jours par années.

⁷¹ En ce sens, on peut penser les dispositifs sociaux d'aujourd'hui ne sont pas plus bienveillants qu'hier, comme l'affirme par exemple Belin (2004). Seulement, les formes d'amour ont changé.

Aujourd'hui, de la même manière que l'Église, ou la religion de façon plus large, a perdu, dans les sociétés occidentales, le monopole de ce rôle intégrateur structurant des identités (Hervieu-Léger, 2001), tous ces programmes institutionnels mis en oeuvre par des représentants de valeurs et véhiculant de façon bienveillante un modèle unique de société dans lequel les individus devaient se regrouper, être protégés, se fondre, semblent avoir perdu également un tel rôle intégrateur. Ou du moins, « l'idée se répand qu'en réalité les choses ne se passent ainsi » (Astier 2007 :136). Les systèmes, les dogmes, qu'ils soient religieux, politiques⁷², sociologiques, ne s'imposent plus à l'individu du dehors comme des modèles universels de référence et d'action qui vont prendre en charge tous les aspects de la vie, y compris la sphère privée et affective. Même dans la « pensée critique » du 20^e siècle (École de Francfort notamment) on a pu soutenir, comme le fait remarquer Virno (2002) que le malheur personnel et l'insécurité « naissent de la séparation de l'individu par rapport aux forces productives universelles. On nous présente un individu confiné dans un niche froide et sombre, tandis que, loin de lui, resplendit l'anonyme puissance de la société » (Virno, 2002 : 85).

Or, aujourd'hui, la société ne constitue plus, dans l'antre du décorum singulariste, cette forme idéalisée et unique de la « sphère », capable d'englober l'entièreté de ses sujets dans une même installation de masse. Que ce soit pour « la Religion, la Nation, la Science, la Société » (Sloterdijk, 2006), tous ces programmes institutionnels subissent aujourd'hui en majeure partie le même sort: ils ne sont pas radiés, mais perdent aujourd'hui massivement de leur signification (Dubet, 2002). Les couveuses, ces dispositifs qui « accompagnent » modestement, mais constamment les singularités, semblent non seulement loin de la description de ces niches froides et sombres de l'individu qu'en fait Virno, mais se montrent aussi sous

⁷² Le programme du parti communiste avait aussi ce rôle de référence, de modèle structurant, notamment dans les couches populaires et les quartiers ouvriers, en véhiculant une utopie, un modèle de société derrière lequel les individus devaient se regrouper, se protéger, se fondre.

plusieurs aspects radicalement distinctes de ces programmes institutionnels voués à l'intégration et fonctionnant à la vexation bienveillante de l'individualité. Si, hier, les disciplines ou les techniques de dépersonnalisation (Goffman, 1968 ; Foucault, 1975) travaillaient le sous-sol silencieux mais concret de la fabrique des « personnages sociaux », aujourd'hui elles semblent changer de forme dans un contexte où c'est la « personne » qui devient l'objet d'une attention et d'un travail croissant ; c'est ce qu'illustre notre terrain.

Passant d'un silence relatif à une visibilité bruyante (Astier 2007), la personne semble, en effet, plus que jamais mise sous surbrillance; placée au centre de toutes les attentions : «la figure de la personne apparaît de plus en plus centrale, comme un idéal obligé, comme une norme» (Astier, 2007 : 103). Elle est devenue un principe croissant de gestion et de renouvellement des institutions et une valeur portée par les intervenants et les usagers eux-mêmes. En son nom, il faut être capable de personnaliser les soins ou le plan d'intervention, de personnaliser les procédures d'accueil et de sortie de l'institution, d'intervenir auprès d'une personne à une autre, d'adapter le cadre de l'intervention en fonction de chaque personne et non l'inverse, de moduler les sanctions ou les privilèges en fonction de la personnalité de chacun, etc. En somme, mettre la personne sous surbrillance introduit la nécessité pour l'intervention sociale de mettre en œuvre un ensemble de « techniques de soi » appelées avant tout, comme nous l'avons montré dans le chapitre II, à produire, ne serait-ce que potentiellement, une individualité susceptible d'agir par et sur elle-même. Les « techniques de soi » visent à fournir aux individus *des équipements de solidification et d'intensification du soi* qui leur permettent en dernière instance de se constituer comme sujets de leur propre redressement, de leur amélioration, de leur modification (Soulet, 2008).

Alléger les poids massifs, oxygéner les singularités individuelles : de l'institution au corps

En terrain de vie moindre, où cette figure « personne » se heurte de manière concrète à un bagage lourd de contraintes, de coercitions, d'obstacles qui découlent autant, et de manière enchevêtrée, du social, du corps que de l'esprit, le déploiement des techniques de soi nécessitent un certain travail liminaire pour faciliter l'ouverture et l'aménagement d'un espace où peuvent se greffer, justement, ces équipements de solidification et d'intensification du soi propres à la couveuse. Dans cette perspective, on peut dire que l'une des particularités du rôle des couveuses réside dans leur capacité à « travailler *avec* la différence », pour reprendre les propos d'un intervenant cité dans le chapitre IV. Ce travail peut se résumer à deux grandes tâches transversales à nos données d'enquête : d'une part, travailler *avec* ce *qui* se différencie d'une approche de masse et, d'autre part, travailler *avec* ce *qui* se différencie d'une approche centrée sur le corps.

D'une part, si Robert Castel (1981) avait noté, hier, que la critique sociale des institutions dites totales ou disciplinaires dirigées contre la vexation de la subjectivité n'avait pas ou peu eu d'effets concrets à l'intérieur même de l'organisation de l'institution psychiatrique au lendemain du mouvement de Mai, on peut certainement affirmer qu'aujourd'hui, quelques quatre décennies plus tard, cette critique a largement fait son chemin, comme en témoigne les acteurs de notre terrain. En effet, en dehors de l'institution psychiatrique, on assiste, aujourd'hui à un certain consensus quant à la critique des établissements et des formes d'aides centrées sur une approche de masse (Pichon, 2005) et considérées presque insupportables du point de vue des sociétés contemporaines où tout un chacun a le droit - et se voit souvent encouragé à le faire - de revendiquer le respect et la reconnaissance de sa singularité individuelle. Dans cette mouvance, certaines réponses sociales aux difficultés et malheurs de masse des individus, allant de la maladie à la précarité, ont tendance à être reconsidérées aujourd'hui et jugées lourdes et réifiantes, comme des « machines de

masse », à cause de leur tendance non pas tant à contrôler ou à réprimer les libertés, qu'à standardiser ou asphyxier les singularités individuelles sous le poids des approches de masse qu'elles mettent en œuvre. Le succès social des pratiques dites d'accompagnement constitue certainement un révélateur de cette critique. Centrées sur une approche individualisée, une intervention de « personne à personne », les pratiques d'accompagnement sont perçues comme une façon d'intervenir libérée du poids et des exigences propres à ces « machines de masse », ainsi qu'on l'affirme, du moins dans notre terrain.

À la Maison, l'insistance sur le caractère spécifique de leur approche d'accompagnement passe par une critique de l'hôpital, voire plus largement du système de santé, qui serait devenue, selon les intervenants rencontrés, une « machine » massive et massifiante, fonctionnant comme un système complexe de procédés, de soins et de communications de plus en plus rationalisés et standardisés et, par le fait même, oublieux des singularités individuelles. Aussi efficace soit-elle en termes de qualité de soins (expertises et technologies de fine pointe) et considérée nécessaire pour le maintien de la vie, cette « machine à guérir », laisserait peu de place aux dimensions individuelles et singulières des soins de santé⁷³ : non seulement en ce qui a trait à l'accompagnement en fin de vie, mais aussi à la « qualité de vie », d'écoute, de réconfort, d'apaisement qui ne serait que médical et curatif, et peu attentif « à la personne ». Les intervenants de la Maison se considèrent, quant à eux, comme des « garde-fous naturels », qui se donnent pour tâche prioritaire de regarder « ce qui passe chez les individus ». Cette tâche serait contraire à celle du « système public », conçu comme « un cadre [où] les gens, faut qu'ils 'fient'⁷⁴ dans le cadre »,

⁷³ Il semble d'ailleurs que cette critique se fait croissante de la part des travailleurs au sein du système de santé public où l'on considère que la gestion en quête de standardisation qu'il met en œuvre vient bafouer les engagements traditionnels des professionnels de la santé « de répondre aux besoins des individus, de tous les individus sans distinction ». Voir Clarke et Newman (1997).

⁷⁴ Anglicisme qui veut dire « rentrer dans »

alors que face à des personnes différentes, il faudrait tenter « d'ajuster le cadre à chaque personne », pour reprendre les propos des intervenants cités dans le chapitre IV. L'ensemble des tâches du personnel, l'organisation même de leur travail, sont centrées, à la Maison, sur ces attentions constantes et multiples aux dimensions individuelles et singulières des soins, allant des notes écrites médicales et psychosociales qui suivent à toutes les heures de la journée l'évolution physique et de l'humeur de chaque résident, à la prise en compte patiente de la biographie personnelle du malade et de sa personnalité comme facteur pouvant influencer sur l'évolution de « sa » maladie, etc.

Du côté de la Mission, c'est son propre modèle d'intervention, autrefois le modèle privilégié, voire unique pour répondre au problème de l'itinérance, qui cristallise cette critique centrée sur l'approche de masse. Si le refuge est encore considéré comme une mesure de dernier recours nécessaire pour combler les besoins de base de la vulnérabilité extrême (repas, gîte, hygiène), il est de plus en plus considéré comme la porte d'entrée dans « le système », comme les intervenants le mentionnent souvent, c'est-à-dire dans cette part sombre de la « machine de l'assistance » où tendent à se créer non pas de la réintégration ou de la réinsertion, mais des « profiteurs », des « chroniques », des « barrés du système », ainsi que nous l'avons vu dans le chapitre V. La responsabilité de ces catégories quelque peu infâmes est renvoyée non pas uniquement aux personnes elles-mêmes, mais bien à ce système qui tend à travailler à contre-courant des efforts du nouveau personnel accompagnant. Ouvert à tous, gratuit, s'adressant à une masse d'hommes anonymes (plus de trois cents par jour), sans critères de sélection, le refuge est désormais perçu comme un obstacle majeur, car une grande partie des efforts des intervenants doit être déployée pour arracher au préalable les hommes au « système ». Alors que ceux qui fréquentaient le refuge constituaient, jusqu'à l'implantation du dispositif d'accompagnement, la totalité des hommes, aujourd'hui, un seul étage leur est

désormais réservé. Ces hommes, ces « gars de la ligne », toujours trop nombreux, plutôt que de faire du refuge un moyen temporaire de dépannage, y ont fait leur demeure, y reviennent en masse, jour après jour, année après année, certains depuis plus de dix ans. C'est ce « système » qui est désormais perçu comme un obstacle contre lequel il faut lutter. Le programme d'accompagnement implanté à l'intérieur du refuge et centré sur une approche individualisée de l'intervention est désormais perçu comme *le* modèle d'intervention à privilégier: on met en place des nouveaux équipements et bureaux, une nouvelle équipe de conseillers en intervention (plutôt que de surveillants), on associe chaque « candidat » à un accompagnant, on instaure entre eux l'obligation des suivis personnels, etc.

Ainsi, des deux côtés de notre terrain, on assiste à un partage[°]—[°]menant à la mise en place d'autres espaces d'intervention[°]—[°]avec ces grandes institutions de masse (hôpital, assistance) qui, tout en étant encore considérées comme nécessaires (en termes de maintien de l'existence), sont désormais perçues comme étant en porte-à-faux avec les nouvelles demandes de prise en compte des dimensions individuelles et singulières des acteurs sociaux. Cela semble rejoindre l'idée de Martuccelli selon laquelle le processus de singularisation auquel nous assistons impose de plus en plus aux différentes institutions de se faire « biodégradables », pour reprendre son expression, c'est-à-dire de « trouver les manières d'asseoir la continuité organisationnelle sur les singularités individuelles » (Martuccelli, 2010 : 20). Cette tendance s'avère particulièrement essentielle ou soutenue dans un contexte de vie moindre où les organisations qui en ont la charge sont poussées malgré elles à servir de réceptacle au *dumping* social, c'est-à-dire de dispositifs de décharge de toutes ces individualités « trop singulières » pour être absorbées entièrement par ces grandes institutions de masse et qui tombent alors dans le ventre mou du système de santé et de services sociaux. Autrement dit, ces organisations accueillent tout ce qui semble résister au tri de ces institutions : ces malades chroniques, ces malades incurables, davantage pauvres que malades, ou ces pauvres davantage malades ou invalides que

valides, etc., ce qui rappelle les hospices d'hier nés dans le ventre mou du contrat social des Lumières, à l'intérieur desquels, d'ailleurs, auraient émergé, comme nous l'avons abordé dans le chapitre II, les pratiques (religieuses) d'accompagnement des mourants.

Aujourd'hui, comme le remarque Soulet, les orientations prises pour pallier les inégalités biographiques dans les parcours de vie en appellent de plus en plus « à des formes d'action visant au rééquipement des individus, plus ciblées donc sur les singularités des individus » (2008 :82), comme en témoigne le tournant pris au sein l'intervention sociale avec les logiques d'accompagnement. Les couveuses relèvent de cette visée de rééquipement des individus, en mettant en œuvre des tactiques d'intervention « personnalisées » plutôt qu'objectives et anonymes, en s'occupant de chaque individu personnellement, en centrant ou en transférant les efforts sur les singularités individuelles plutôt que sur le « système », etc., ce qui s'éloignerait radicalement de la conception des couvertures de masse (politiques protectionnelles greffées sur les populations) ayant tendance de plus en plus à être considérées impersonnelles et inflexibles aux singularités individuelles.

L'insistance des intervenants à vouloir travailler de « personne à personne » constitue en tous les cas l'une des tactiques déployées pour faciliter l'aménagement de cet espace d'intervention centrée sur les singularités individuelles (sur lequel se greffent les couveuses). Dans cette relation, le personnel et autrui s'interpellent mutuellement comme dévêtus de leurs « habits sociaux » (positions statutaires); comme un « soi nu », pour reprendre l'expression de de Singly (2005), qui se trouverait en deçà, à côté ou au-delà de ce qui le rattache objectivement et malgré lui aux autres : le même statut, la même problématique, la même identité populationnelle, etc. Du côté de celui que l'on accompagne, qu'il soit toxicomane, itinérant, malade, vieux, jeune, etc., il s'agit d'aller à la rencontre de cette « personne » dépouillée de ce qui la rend singulière par la mesure et l'évaluation de sa

subjectivité, par la prise en compte de ses capacités personnelles, de son autonomie, de son histoire personnelle, etc. On tente dans cette optique, par divers moyens, de s'adresser avant toute chose à l'individu lui-même, avec *sa* trajectoire, *sa* maladie, *ses* problèmes, *son* destin, *sa* biographie, *sa* personnalité, etc. Qu'elle soit inscrite dans une même « population » (itinérants, sidéens, etc.) ou dans une même « condition objective » (maladie, précarité, etc.) et que cette identité, cette condition, soit choisie ou non, volontaire ou non, revendiquée ou non, la « personne » serait en quelque sorte « toujours différente » des autres *individus* avec qui il partage les mêmes statuts sociaux. Constamment convoquée ainsi dans le discours et dans la pratique, cette épure de la personne est moins interpellée, à la différence du « personnage social », comme un modèle type, représentant d'un rôle ou d'un statut (comme, par exemple, le couple malade et médecin chez Parsons), mais comme un individu qui agit et se conçoit comme une singularité, comme « un individu qui se rebiffe contre les cases sociologiques » (Martuccelli, 2007: 70).

Du côté du personnel accompagnant, on considère dans cette même optique qu'il doit lui aussi se dénuder de ses « habits d'intervenant », comme l'indique d'ailleurs un intervenant cité dans le chapitre IV. Qu'il soit infirmier, travailleur social, psycho-éducateur de formation, voire ex-client, il est souvent amené à dévaloriser lui-même l'importance du statut et du savoir pouvant être rattachés à ses fonctions. De la même manière que l'on cherche de plus en plus, par exemple, à faire du politicien une personne, avec une vie et une vision personnelles, au détriment parfois de ses décisions ou de sa ligne de parti (Martuccelli, 2010), il faut personnaliser la figure de l'intervenant. La personne devant, en deçà, à côté du statut d'intervenant doit marquer le sceau de son identité sociale par sa subjectivité même; comme une personne elle-même qui « éprouve » modestement son savoir à l'aune concrète de sa subjectivité et de celle d'autrui, en mettant à profit son opinion personnelle, en valorisant son « savoir-être » en amont de son « savoir-faire », en mettant à profit son expérience personnelle de vie, en faisant confiance à son

« feeling », etc. Cette conception du statut professionnel à l'échelle de la personne tend de plus en plus à faire de l'« expert » une figure en décalage avec la conception contemporaine de l'individu souverain à qui l'on prête la capacité croissante de faire des choix, de prendre des décisions, de travailler et d'agir sur lui-même. Plus la personne, plus l'individu qui pense, réalise, effectue un travail sur lui-même devient la mesure et l'horizon de l'intervention, plus l'expert devient une figure contestée, du moins pour ce qu'elle semble représenter aujourd'hui : l'application d'un savoir abstrait, impersonnel, inflexible aux singularités.

Cette redéfinition de la notion d'expertise semble en tous les cas faire écho au contexte d'intervention propre au terrain de la vie moindre, où la figure de l'expert est constamment réinterrogée, tant les personnes ciblées, d'un côté comme de l'autre, viennent avec un bagage de problématiques multiples et croisées qui mettent à l'épreuve les univers habituellement balisés du médical, du psychologique et du social. Celles-ci tombent, en quelque sorte, dans les interstices du circuit institutionnalisé des soins de santé et des services sociaux, où l'on ne sait pas toujours s'il faut prodiguer de manière prioritaire des soins médicaux ou psychiatriques, ouvrir des avenues de réinsertion sociale, aménager des aires de thérapies ou de centres de crise, ou offrir tout simplement un hébergement à long terme. Est-on, en effet, dans l'univers de l'intervention médicale lorsque l'on fait face à des individus aux prises avec une maladie incurable ou en fin de vie? Est-on dans l'univers de l'intégration sociale lorsque l'on fait face à des personnes isolées depuis des années, voire depuis des décennies de toute forme d'attache sociale « ordinaire » (travail salarié, famille, vie amicale et conjugale, etc.), comme on peut l'observer dans les deux lieux objet de notre enquête? Peut-on demeurer sur le terrain de la psychologie lorsque « tout le reste », allant de la précarité économique jusqu'aux besoins de base les plus primaires (nourriture, sommeil, hygiène, etc.) doit être constamment soutenu, protégé, rehaussé? Dans cet univers aux frontières disciplinaires particulièrement troubles ou labiles, dans cette culture de l'entre-deux où prennent place les couveuses de la vie

moindre, les intervenants se rassemblent, quant à eux, dans une « culture du grand écart » pour reprendre le terme de Laval (2005 : 102). Quel que soit, en effet, leur formation, ils s'unissent professionnellement dans leur écart aux cultures disciplinaires ou professionnelles balisées, ne sachant pas toujours comment se positionner. Qualifier l'intervention comme étant un « accompagnement » entre « deux personnes » s'avère alors particulièrement approprié, tout en faisant écho plus largement à une dynamique sociale qui semble de plus en plus répandue dans la phase actuelle de l'individuation, à savoir la montée de la personnalisation des rapports sociaux : « Sous l'emprise de la montée des singularités, progressivement les rapports sociaux sont de plus en plus perçus- et réduits- à des relations humaines. C'est-à-dire des relations entre personnes. La perception de la vie sociale ne cesse de se personnaliser » (Martuccelli, 2010 : 21).

Le corps comme « base misérable » des couveuses

Si, comme nous venons de le voir, l'une des spécificités de la couveuse réside dans sa distinction avec ce qui est désormais perçu comme des grandes institutions ou machines de masse, on peut dire également qu'elle tente de s'éloigner d'un matériau longtemps privilégié par ces dernières: le corps. Dans les deux lieux d'enquête, cette critique des machines sociales de masse semble, en effet, s'appuyer sur l'idée qu'elles interpellent uniquement le corps, un corps perçu aujourd'hui comme un « corps-machine », purement biologique, désinvesti d'une nature plus profonde qui définirait aujourd'hui la valeur de la personne. Autrement dit, les machines de masse comme l'hôpital et l'assistance ne s'occuperaient que des besoins primaires et objectifs (être logé, nourri, guéri des maladies, être indemnisé et protégé des accidents sociaux, etc.), plutôt que de s'attarder, comme l'accompagnement, aux besoins supérieurs et subjectifs des individus (besoins de parler, de se réaliser, de souffrir, de se faire écouter, etc.). Les données transversales de notre terrain montre, en effet, qu'on ne semble plus, comme jadis, pouvoir déployer des soins strictement médicaux (piqûres, pansements, médicaments, etc.) caritatifs (nourriture, refuge, vêtement, aide sociale,

etc.), sans s'intéresser, au-delà, en deçà, à côté du corps, à la personne, à la vie subjective, aux émotions, souffrances, besoins d'empowerment, de réalisation personnelle, de dignité, etc.

Dans la ressource pour hommes sans abri (Mission), pendant plus d'un siècle, soit jusqu'à l'implantation récente de cette forme de travail avec autrui (l'accompagnement), le corps, sous l'enseigne de l'assistance, constituait un matériau significatif de son programme institutionnel. Durant les cent ans de son existence, pendant lesquels les installations du refuge n'ont cessé d'accueillir les hommes, et cela à la limite de leurs possibilités, on a maintenu jusqu'ici l'idée qu'il était suffisant, parce que significatif, « de nourrir, d'offrir le service de douches et de loger les clients d'un soir, et de les retourner le lendemain matin », pour reprendre un propos cité dans le chapitre V. Or, aujourd'hui, parallèlement et de manière indissociable à la fragmentation du refuge autour du dispositif central d'accompagnement, le corps n'est plus considéré comme significatif au regard du programme institutionnel. Deux façons d'intervenir et deux catégories d'usagers ont vu le jour, marquant, par le fait même, une distinction entre survie biologique et survie sociale. D'un côté, il y a ceux qui choisissent de ne pas participer au programme d'accompagnement, se contentant de satisfaire uniquement des besoins corporels primaires (manger, dormir, se laver) et d'entasser leurs corps par masse dans les dortoirs qui leur sont réservés, mais toujours trop occupés. De l'autre, il y a ceux qui souhaitent satisfaire d'autres besoins subjectifs « supérieurs » (parler, se réaliser, s'accomplir, etc.) et trouver, par le fait même, leur place, le « véritable chez-soi », en dehors du système.

Du côté de la Maison, on assiste aujourd'hui à un partage similaire quant au rapport au corps. Comme pour le mouvement plus large des soins palliatifs⁷⁵, son

⁷⁵ Pour une étude sociologique approfondie de ce mouvement, voir Castra (2003).

intervention occuperait concrètement le lieu laissé vide par la pratique médicale qui agit strictement sur les maladies, afin de s'occuper de «la personne, qui n'est pas juste un corps » (pour reprendre un propos cité par une intervenante dans le chap. IV), et cela d'autant plus qu'elle accueille, comme jadis le faisait l'hôpital, les corps incurables (par la médecine). Pour les intervenants, il semble presque insupportable de réduire les individus aux maladies sans sonder cette « personne intérieure » à la finalité et à la fatalité du corps, que cette personne soit malade ou mourante⁷⁶.

En dehors de notre terrain, on peut certainement affirmer que toute personne faisant aujourd'hui l'objet d'une intervention concernant de loin ou de près le corps, allant des procédures liées à la naissance (avortement, grossesse, fécondités in vitro, etc.) à celles de la mort (soins palliatifs, dons d'organes, etc.), comme le montre Memmi (2003), se verra « naturellement » et presque obligatoirement solliciter aujourd'hui, d'une façon ou d'une autre, ces autres besoins et demandes liées à la personne : besoin de parler, de se raconter, de s'exprimer, de se montrer vulnérable, de se faire écouter, etc. Si quelques décennies après le mouvement de désinstitutionnalisation de l'hôpital psychiatrique, un certain consensus s'est créé autour de la critique des approches de masse dans le domaine de l'intervention sociale, on peut dire que la critique (qui s'est jouée en grande partie au sein de ce mouvement) concernant la violation de l'intégrité physique et la montée du droit des patients de disposer librement de leur corps, au nom de la dignité et du respect, (Memmi, 2003), s'est vue elle aussi, aujourd'hui, largement incorporée comme consensus dans les différents dispositifs d'aide allant de la médecine au travail social. À l'ombre des couvertures de masse, on peut dire qu'il s'est progressivement formée,

⁷⁶ Cette « personne intérieure » se trouve d'ailleurs, comme en témoigne Leibing (2005) au cœur des revendications concernant le traitement des personnes atteintes de l'Alzheimer, maladie considérée comme chronique et dégénérative (comme le VIH/Sida). Ce parallèle est assumé explicitement par l'équipe de la Maison elle-même, qui a décidé de s'inspirer de l'approche dite « carpe diem », comme nous l'avons abordé dans le chapitre IV, approche élaborée par les intervenants d'une maison de soins pour personnes atteintes de l'Alzheimer à Montréal.

comme effet de cette critique (et qui s'énonce aussi en termes de droit), une sorte d'« enveloppe immunitaire » protégeant, enveloppant les corps, donnant aujourd'hui aux individus l'assurance « d'exister, de se mouvoir, de s'exprimer (etc.) sans être "touché" (tangere), c'est-à-dire sans faire l'objet de prises contraignantes ou inhibitrices, d'atteintes, de saisies, d'interdictions ou de représailles, de la part d'une puissance, d'une instance ou d'une autorité extérieure » (Brossat : 2003, p. 10). De plus en plus les individus y sont perçus comme libres pour autant que leur corps soit allégé du poids des institutions sociopolitiques qui le gèrent (Moreau-de-Bellaing, 2004), ce qui s'inscrit pleinement dans la teneur des régimes démocratiques contemporains conviés à l'ère du singularisme. Dans le décorum singulariste, l'individualité, « la personne », est en effet investie, relayée, fabriquée par un ensemble de pratiques qui, sans abandonner le corps, le problématisent autrement : le corps devient en quelque sorte la « base misérable »⁷⁷ ou l'objet d'un travail de sous-traitance à la portée des approches de masse, renvoyé dans le camp de la « nécessité non significative » : nécessité en termes de maintien de l'existence (survie biologique), mais qui n'est plus une manifestation socialement tenue pour signifier le plus adéquatement la nature de la personne; devenu non signifiant pour la mesure de la valeur de la personne.

Il semble, en effet, que ce ne soit ni les valeurs, ni le corps qui constituent le matériau de prédilection de l'intervention mais ce qu'on peut désigner comme « l'épaisseur psychosociale ». Les intervenants ne cessent, comme nous l'avons observé, de renvoyer à cette figure psychosociale, allant des notes écrites aux modalités d'écoute et de soins déployées : comportements psychosociaux, écoute psychosociale, réhabilitation psychosociale, etc. sont des termes qui circulent

⁷⁷ Nous nous inspirons librement ici de l'expression de Marx qui énonçait, dans « Grundrisse », que le travail parcellisé, face au General Intellect, face au savoir abstrait, tendait à devenir « la base misérable » pour la mesure de la valeur. Ce savoir abstrait, en vertu précisément de son autonomie par rapport à la production, était en passe de devenir, tel qu'il l'observait, la principale force productive, reléguant dans une position marginale le travail parcellisé et répétitif.

abondamment pour décrire autrui et le travail d'accompagnement déployé. Travailler avec la personne, parvenir à lui fournir des équipements de solidification et d'intensification du soi (techniques de soi), c'est s'adresser avant tout à cette épaisseur psychosociale, à cette épaisseur qui se loge précisément dans l'espace libéré des exigences des institutions de masse et du corps. C'est sur elle, aujourd'hui, que les couveuses de la vie moindre peuvent avoir prise. Que le « moindre » autrement dit peut exister comme possibilités sur lesquelles agissent les pratiques de l'intervention sociale. Si l'épaisseur psychosociale semble désormais socialement tenue pour signifier le plus adéquatement la « personne » (et non le corps et les valeurs), c'est précisément parce qu'elle se situe en dehors de toute intention signifiante. En d'autres termes, elle n'est ni subjective, ni intersubjective, et n'est pas moins matérielle qu'hier ou « post-matérielle » aujourd'hui, ainsi que le suggère l'expression de Inglehart (1997) servant à décrire les valeurs dans les sociétés contemporaines. Et on pourrait ajouter qu'elle n'est pas plus aliénée ou libérée qu'hier. Elle constitue une consistance commune, profondément collective, exprimant la puissance du processus de singularisation qui a cours. Les techniques de soi déployées par les intervenants pour soutenir, interpeller, reconnaître et mettre à jour cette épaisseur psychosociale, comme nous l'aborderons dans la prochaine section, rendent compte de l'ordinaire du travail d'intervention comme de l'ordinaire du social tout court. Toutefois, dans la vie moindre, ces gestes et interpellations qui concernent cette épaisseur commune du social doivent d'autant plus « signifier », que, pratiquement, toutes les autres dimensions significatives de la personne, allant de la famille, à l'emploi, à la consommation, etc. sont réduites au moindre sinon à l'absence.

6.2.2 L'épaisseur « psychosociale » : prise privilégiée des couveuses

Si la possibilité de déployer des techniques de soi, comme nous venons de l'aborder, nécessite de dégager un espace qui se distingue du corps et des approches de masse, de s'ancrer dans l'épaisseur psychosociale, cette épaisseur commune, sous-

tend en revanche un travail effectif avec les deux grandes dimensions constitutives de cette dernière : la dimension *affective* et la dimension *active*. Celles-ci (qui composent le « avec quoi » de la couveuse) forment autrement dit les deux facettes indissociables de l'épaisseur psychosociale et c'est avec elles que les intervenants peuvent tenter de travailler concrètement dans un régime d'intervention qui s'institue autour du « moindre ».

Premièrement, un ensemble de gestes est déployé en terrain de vie moindre pour solliciter concrètement la dimension « affective », qui relève davantage du registre des émotions, des sentiments, de la parole. Faire « surbriller » la personne dans toute sa singularité passe, en effet, avant tout par la reconnaissance du sujet de l'intervention comme un être « affectif » qui désire et doit mettre en mots ses problèmes, ses émotions, ses souffrances. Le sujet de l'intervention ne doit plus être traité comme une « bouche à nourrir » ou un « corps à redresser », mais avant tout comme une « bouche à écouter ». L'implantation de « lieux d'écoute » (Fassin, 2004) dans des terrains a priori non seulement étrangers l'un à l'autre, mais aussi, il n'y a pas si longtemps, étrangers à une telle écoute — comme l'itinérance et la mort — en constitue un exemple révélateur. Dans ces lieux d'écoute, l'usager/résident est encouragé formellement et informellement à parler de lui-même, à exprimer ce qu'il vit, à avouer ses faiblesses et ses craintes par rapport à son avenir, à formuler des plaintes, etc. Les lieux d'écoute constituent l'une des mesures centrales pour solliciter, soutenir, maintenir cette part affective de l'épaisseur psychosociale.

À la Mission, les lieux d'écoute ont été implantés dans un terrain où, jusqu'ici les hommes étaient réduits à leur besoin de survie biologique. De nouveaux aménagements pour faciliter le déploiement de cette technique de soi ont vu le jour (deux étages y sont consacrés, où se trouvent des bureaux privés). Une nouvelle équipe de « conseillers en intervention » a été constituée pour se consacrer entièrement à l'écoute, libérée de la tâche de surveillance circonscrite aux étages

inférieurs du refuge (surveillance des « gars de la ligne »). À la Maison, l'écoute a été promue dès l'ouverture, faisant partie de la philosophie intégrante des soins palliatifs, où « écouter la souffrance des mourants » constitue une tâche centrale. Aucun bureau fermé ne lui est réservé, comme à la Mission : on peut l'exercer partout, de la cuisine au salon communautaire. Mais, contrairement à la Mission, la Maison comporte des chambres privées où l'écoute peut s'exercer dans une plus grande proximité entre le résident et l'accompagnant.

La parole et l'écoute « sans qualités » : une relation pure?

Si l'on peut convenir que, face à un matériau humain, l'écoute va nécessairement de pair avec la parole (et non, par exemple, le son d'un objet inanimé), il semble moins évident de savoir qu'est-ce que l'on écoute exactement dans cette parole. Lorsque une personne entre dans les programmes d'accompagnement, on peut dire que cette synthèse a priori naturelle entre l'écoute et la parole se révèle dans sa pleine potentialité, car c'est là où la personne avec qui l'on travaille se présentera avec ce qui la singularise (sa personnalité, son degré d'émotivité, ses craintes, son parcours biographique personnel, etc.). Et c'est là aussi où l'intervenant se présentera comme au-delà de son statut professionnel, en mettant autrui en confiance, en le consolant s'il pleure, en l'apaisant s'il manifeste certaines hésitations ou craintes, en lui offrant l'espoir qu'il pourra, en entrant véritablement « en soi », trouver éventuellement son véritable « chez-soi ». Mais dans les deux cas, ce décorum qui prend place à l'entrée du programme d'accompagnement révèle, dans sa forme la plus pure, toute la force du fonctionnement de ce dernier : l'écoute et la parole s'orientant mutuellement tout en dessinant de manière explicite les rôles de chacun : la parole révèle la vulnérabilité à traiter et l'écoute le soutien à apporter.

Comme synthèse de ce moment particulièrement concentré entre la parole et l'écoute, on élabore, comme nous l'avons vu des deux côtés de notre terrain, un plan d'accompagnement, où l'on met par écrit les demandes et les besoins spécifiques de

la personne ainsi que les interventions envisagées pour y répondre. Ce plan signe ce que Giuliani (2005) appelle « l'ordre pactisé de l'accompagnement », qui prend moins la forme, comme l'indique l'auteure, d'un « contrat » liant deux fonctions dans un rapport social dépersonnalisé, que celle d'un « pacte » liant deux personnes dans un rapport social personnalisé. Or, dans ce pacte, la parole et l'écoute sont, quant à elles, bel et bien « sans qualités », c'est-à-dire sans propriétés, bien qu'elles mettent en scène une relation entre deux personnes. Leur signification sociale dépasse, pour ainsi dire, la singularité individuelle des personnes impliquées dans cette relation, même si, en définitive, le contenu de la parole et de l'écoute demeure toujours singulier. L'écoute sans qualités se manifeste, notamment, dans l'idée que l'écouter n'a pas besoin de compétences qui relèvent de disciplines comme la psychologie, la médecine ou le travail social, car fondamentalement basée sur un rapport humain, naturel, dépouillé des lourdeurs techniques propres à de telles disciplines qui peuvent rendre opaque une telle écoute. L'écoute doit seulement être « active », montrer que l'écouter est « tout simplement là », comme on le mentionne souvent dans les deux terrains. La parole sans qualités se révèle, quant à elle, dans l'idée qu'elle peut éclore en dehors d'un diagnostic quelconque et provenir de la personne intérieure présente en tout un chacun. Une parole qui relève d'affects « non représentés » par un symptôme ou un quelconque statut pathologique. Cet être parlant, c'est l'être singulier, c'est un matériau humain qui exprime ses besoins personnels, justifie sa trajectoire, souffre, formule une série de plaintes personnelles qui nécessitent une attention soutenue.

Si l'on suit Giddens (2006), cette forme d'intimité socialisée dans « l'ordre pactisé de l'accompagnement » pourrait correspondre en partie à cet idéal type de la relation qu'il nomme la « relation pure »⁷⁸, au sein de laquelle comptent avant tout

⁷⁸ Giddens étudie plus précisément le couple pour extraire cet idéal-type du « pure relationship » qui reflète les transformations sociales de l'intimité.

l'autonomie individuelle et l'intensité émotionnelle. La relation pure aurait d'abord pour finalité de procurer à l'individu les conditions propices à la construction de soi et à son épanouissement personnel⁷⁹. Elle forme selon lui l'idéal type du lien social dans le contexte actuel des institutions qui fabriquent des individus individualisés, dans la mesure où l'individu, pour exister par lui-même, ne doit ni dépendre d'autrui, ni se confondre avec lui, devant éviter les « empiètements » mutuels. Or, dans l'« ordre pactisé de l'accompagnement » où la parole et l'écoute seraient libérées de complexes statutaires, certaines tensions, difficultés, « empiètements », peuvent néanmoins émerger fréquemment dans le concret de la relation, mettant en porte-à-faux cet idéal type de la relation pure entre deux singularités.

Du côté des parlants, parler de soi, de sa souffrance, de ses failles et vulnérabilités consiste moins à s'affranchir d'autrui et à affirmer son autonomie individuelle, qu'à devoir avant tout légitimer par la parole son rapport à soi et aux autres, aux institutions qui le gèrent, en prennent soin, le nourrissent, l'écoutent, « tout en s'assurant et assurant les autres de la permanence de soi qui, en quelque sorte, atteste du maintien de soi et donc de la reprise de soi » (Soulet, 2009 : 65). Dans un contexte comme celui de la vie moindre, où même en dehors de ces lieux d'écoute « la vie est scrutée à la loupe par une diversité d'agents (agents d'aide sociale, policiers, travailleurs sociaux, etc.), [où] les personnes doivent expliquer leurs comportements problématiques, raconter leurs efforts pour que les choses changent, justifier leurs agissements, prouver leur sincérité, démontrer leur bonne foi », on peut dire que la distinction entre espace privé et espace public tend à « s'amenuiser et perdre tout sens » (Roy, 2008 : 20). Les lieux d'écoute, en ouvrant un espace « libre » pour « parler de soi », peuvent contribuer à amenuiser encore plus

⁷⁹ La relation pure repose sur ce que Giddens nomme « l'amour confluent », lequel s'oppose entre autres à la relation compulsive au sein de laquelle l'individu tend vers l'amour fusionnel, où l'individu risque la perte de soi et la dépendance, où l'autonomie individuelle et l'affirmation de soi sont hypothéquées.

cette distinction que l'on cherche pourtant à maintenir (entre vie privée et vie publique), créant un effet paradoxal « d'envahissement du politique » (Roy, 2008). De plus, créer de tels lieux d'écoute au nom de la reconnaissance, de la dignité, de l'affirmation de soi dans un contexte comme celui de la vie moindre où souvent les seules relations affectives sont celles développées avec les intervenants, peut avoir tendance, comme nous avons pu l'observer, à créer, en contrepartie, certains sentiments d'attachement, de confiance, d'amitié et d'ancrage qui risquent du jour au lendemain de s'évaporer une fois le lien institutionnel coupé. Dans cette optique, comme de Singly le suggère, le modèle de la relation pure décrit par Giddens tend à sous-estimer certaines demandes des individus contemporains : « leur besoin de sécurité ontologique qui peut s'inscrire sous les formes de la fidélité et de l'engagement à long terme » (de Singly, 2003 : 80).

La fatigue de la compassion

Du côté des écoutants, être à l'écoute comme « personne » avant de l'être comme « professionnel », c'est aussi courir le risque « de hasarder sa propre personne » (Astier, 2007). Dans une relation pure, de « personne à personne », entre deux individus autonomes, la bonne distance à maintenir avec autrui pour ne pas qu'il y ait empiètement sur l'autonomie de l'autre; pour ne pas tomber dans l'amitié ou dans une trop grande intimité; pour parvenir à maintenir une certaine autorité sans prendre en compte les capacités et compétences de l'autre à disposer de lui-même, etc. constitue une tension constante dont témoignent sans cesse les intervenants des deux côtés de notre terrain. Dans ce dispositif d'écoute et de parole sans qualités, les accompagnants se voient forcés, en effet, de se déléguer eux-mêmes la responsabilité de fixer, de jauger leurs propres limites en termes d'engagement personnel, ce qui n'est pas sans créer des sentiments d'ambivalence, d'usure émotionnelle et parfois d'épuisement, surtout dans un contexte comme celui de la vie moindre où accompagner autrui est souvent synonyme d'aide et d'attention constantes. Au point où l'enjeu ne serait plus, comme dans les institutions

bureaucratiques de masse, de pouvoir éviter « les pièges de la compassion » (Goffman, 1968), mais d'en venir à ce que Sennett (2003 : 165-168) nomme la « fatigue de la compassion », c'est-à-dire que les intervenants, par un trop grand investissement personnel, en viennent à subir eux-mêmes une « perte de soi », à être épuisés par le stress et la mise à contribution excessive de soi (« l'overdose de soi »), surtout lorsqu'ils font face à des difficultés d'autrui, comme dans la vie moindre, qui sont persistantes et parfois permanentes. On a, d'ailleurs, mis en place des deux côtés de notre terrain, un dispositif d'écoute pour les intervenants « eux-mêmes », où ils sont encouragés à parler, face à un coach ou un accompagnant, des difficultés vécues au travail, des sentiments d'envahissement ou d'empiétement de l'autre en soi ou de soi en l'autre; où ils peuvent, eux aussi, avouer leurs vulnérabilités et se mesurer émotionnellement aux autres. Ainsi, dans le contexte d'une personnalisation accrue des formes de soutien, comme en témoigne la montée des pratiques de l'écoute, savoir « poser sa propre limite », (comme nous l'avons vu notamment dans le chapitre IV avec le cas de Jérémie), afin de respecter sa propre autonomie et celle de l'autre devient l'enjeu majeur des intervenants. En tant qu'acte « spontané », disponible, libéré des contraintes posées par l'institution, l'écoute, tout comme « le respect » selon Sennett, peut alors devenir usant du simple fait « qu'il ne connaît ni limites, ni frontières » (2003 : 168). On est donc loin de la relation pure.

Extension du domaine de l'écoute : « susurrer » le lien social

Au cœur de ce dispositif d'écoute et parole sans qualités, où les frontières de la vie privée et de la vie publique se brouillent, où la fatigue de la compassion tend à devenir un risque ordinaire du travail d'intervention, il semble que s'édifie désormais une tension qui relève de la difficulté à trouver un aménagement institutionnalisé que l'on parvient encore mal à définir : soit un aménagement qui permette de trouver un équilibre entre les systèmes experts propres au rapport bureaucratique de masse, considérés comme trop froids et impersonnels, et les formes traditionnelles d'amitié comme le compagnonnage (Giddens, 2004; Laurin, 2001). Cette difficulté montre, en

tous les cas, toute la force du déplacement de l'écoute dans des terrains comme celui de la vie moindre, où elle « se risque à se porter au front même de l'action » (Ravon, 2005 : 36) : là où elle fait la rencontre de cette figure de « l'homme empirique » qui met radicalement à l'épreuve la nature même de la vie sociale (celle de rendre l'« action possible »). Dans cette perspective, en terrain de vie moindre, ces lieux d'écoute s'apparentent à une « clinique du lien défait », pour reprendre l'expression de Ravon (2005). Dans cette clinique, l'écoute et la parole sont bel et bien sans qualités, sans propriétés, s'adressant à des « nomades » du lien social, qui ne trouvent pas de place sociale, et elle est mise en œuvre par des professionnels eux-mêmes « nomades », inscrits eux aussi « dans une position intermédiaire et interstitielle » (idem: 36). La parole et l'écoute ne peuvent, en ce sens, qu'être dénudés de leurs habits sociaux respectifs, car elles se situent « sur le site de la rupture des liens », là où il faut tenter « une suture du lien à partir des ressources mobilisables sur place » (idem : 50), ce qui implique alors d'avoir recours à des ressources considérées comme allégées, telles l'écoute et la parole, délestées d'une artillerie institutionnelle ou disciplinaire lourde.

Dans cette « clinique du lien défait », où l'être humain vit une atteinte globale à sa personne (sociale, physique, psychique), il semble qu'on ne cherche ni à guérir, ni réellement à sonder l'intériorité de la personne (d'où l'idée de ne « pas entrer trop profondément dans l'autre » comme les intervenants le mentionnent dans notre terrain), mais avant tout à lier, épingler la dimension affective de l'individualité à des parcours sociaux « d'individuation inaboutie » (Soulet, 2008). L'intervention comme écoute relève davantage, dans cette optique, du registre de la sollicitude que de celui de la solidarité telle que conçue par les couvertures de masse, dans la mesure où elle ouvre un espace de réconfort, d'apaisement, d'attention, centrée sur une « sécurité ontologique » ou une « protection des subjectivités », davantage que sur une sécurité matérielle ou des protections objectives. En terrain de vie moindre, on ne peut que « susurrer » le lien social, plutôt que le « suturer » véritablement, c'est-à-dire de

répondre à des besoins de parler, de se faire écouter, de se plaindre et de s'exprimer, plutôt qu'à des impératifs d'intégration dans la vie active telle que classiquement définie (par l'activité salariée). Les lieux d'écoute visent avant tout à solidifier le soi par des moyens centrés sur « l'aide à la relation », sur les « capacités relationnelles » de la personne (Pichon et Ravon, 2006).

Comme Castel l'expliquait à propos de la culture psychologique de masse, les techniques de soi (telles que l'écoute), portées sur la dimension affective de l'individualité, signalent que l'individu, quelle que soit la faiblesse des ressources culturelles, économiques ou sociales dont il dispose, « n'est pas un être fini, [mais] qu'il peut être l'objet-sujet d'un travail pour développer son potentiel et intensifier ses capacités relationnelles [...], que l'accomplissement de l'être humain devient une tâche infinie dans laquelle on n'aura jamais achevé d'investir (1981 : 70). « Susurrer »⁸⁰ le lien social, ce n'est ni guérir, ni intégrer, mais c'est avant tout, — et au-delà de la légère paranoïa parfois véhiculée par certains auteurs qui voient dans ces lieux d'écoute une occasion pour « l'État qui s'en mêle » (Memmi, 2003) de soutirer certaines informations des acteurs à leur insu, — accorder une mesure de valeur sociale à un matériau humain qui, sans cela, pourrait être considéré comme fini, fermé à toute forme d'investissement et d'action possible, notamment dans un contexte sociétal où la subjectivité devient précisément une question politique (Ehrenberg, 1995; 1998; 2010).

Les lieux d'écoute, la « clinique du lien défait », devient ainsi l'une des déclinaisons possibles de l'action dans un contexte où la dimension affective est devenue l'une des manifestations commune et ordinaire de notre sociabilité singularisée. Ils mettent en scène une « institution de l'intériorité » (Ehrenberg, 1998)

⁸⁰ Voir aussi Giuliani (2005) qui reprend le concept de Hirshman de « chuchotement » comme l'une des déclinaisons du concept de « voice », c'est-à-dire de la prise de parole publique.

dans la mesure où l'intériorité de la personne, ou la « personne intérieure », demeure bel et bien produite dans une construction collective qui lui fournit un cadre social pour exister : « l'intériorité n'est ni solitaire, ni solipsiste, car en exprimant ce que chacun éprouve, l'individu est forcé de passer par des formes culturelles collectives » (Martuccelli, 2010 : 115). Aujourd'hui, l'attention et l'importance croissante accordées à la dimension affective comme la souffrance peut, certes, comme le mentionne Fassin (2004 : 3), nous faire occulter certaines réalités plutôt que d'autres, telles que les profondes inégalités et injustices sociales dont sont porteurs les individus qui incarnent la vie moindre. Mais cette dimension ne pourrait se réduire à un indicateur des effets pathologiques du capitalisme face auxquels les individus pâtissent. Elle ne peut non plus se limiter à n'être qu'un simple processus de réduction des dimensions sociales aux dimensions psychologiques qui rendraient impuissantes, comme peuvent l'affirmer certains de ses détracteurs, l'action collective, en fragilisant la personnalité des sujets et en substituant aux « vrais » enjeux modernes (objectifs et transformateurs) des enjeux purement subjectifs et idéologiques. L'affect, le langage de la souffrance, la plainte subjective, constituent aujourd'hui « un espace social fécond où l'on peut valoriser des significations, mettre en œuvre des stratégies, mener des luttes, faire avancer des causes, réduire des dommages dus à des comportements réprouvés, obtenir de la reconnaissance, mais aussi tout simplement exprimer des facettes banales de sa subjectivité et satisfaire des demandes d'empathie institutionnalisées tous azimuts » (Otero et Namian, 2011). C'est par cette grammaire affective, cette forme d'« extimité » (Otero, 2011b) qui dépasse l'idée stricte d'une psychologisation des rapports sociaux, que la vie moindre et la vie ordinaire se rencontrent; que l'on peut communiquer entre intervenants et usagers, et entre intervenants eux-mêmes.

Pour être une personne à part entière aujourd'hui, il faut savoir se montrer vulnérable, montrer sa souffrance, parler de soi, sous peine, parfois, de ne pas être reconnue ou d'être considérée « digne » de reconnaissance, au point où ce qui relève

du registre de l'affect (émotions, besoin de parler, de se réaliser, d'acquérir une protection subjective, etc.) est considéré, même par les penseurs dits critiques aujourd'hui, comme une base minimale de survie sociale parfois au même titre que les ressources matérielles (Honneth, 2000). Comme le dit Ion, l'être social que le processus d'individuation circonscrit présentement « se définit dans la plénitude de ses affects et se révèle comme être singulier, comme personne » (2001 : 200-201). Dans un contexte comme celui de la vie moindre où les êtres sont inscrits dans un parcours d'individuation inachevé, incomplet, la nécessité de révéler l'être singulier par la « plénitude de l'affect » semble, dans cette logique, particulièrement importante et soutenue lorsque « tout le reste » semble être pris à défaut.

Une moindre activation pour un régime de vie moindre?

Si une telle prise en compte de la dimension affective de l'individualité peut s'opérer avec autant de force et de consensus aujourd'hui, c'est bien parce qu'elle demeure indissociable de cette autre part qui tisse de manière indissociable l'épaisseur psychosociale (cette épaisseur qui forme aujourd'hui la consistance commune du social) : la part « active ». La personne, l'être singulier qui se révèle dans la plénitude de ses affects, celle qui souffre, qui est vulnérable, qui désire et doit mettre en mot ses problèmes, ne peut plus être considérée comme passive mais bien active face à elle-même et aux autres. L'autrui du « travail avec » n'est plus, en effet, conçu comme un être passif entièrement voué aux mains de secours ou aux « athlètes des institutions » (Astier, 2007) , comme dans le travail *sur* autrui, mais un acteur autonome, « capable et compétent » (Genard et Cantelli, 2008), pouvant prendre des initiatives et faire des choix qui concernent son propre redressement, sa propre santé, son propre épanouissement, voire sa propre mort et, ultimement, devant se responsabiliser face à de tels choix (Ehrenberg, 1998; Martuccelli, 2005). Comme l'indique Revault d'Allonnes, « la promotion de l'homme souffrant va aussi de pair avec celle d'un certain type d'homme 'agissant', mais pas n'importe lequel, celui de

l'entrepreneur » (2008 : 100). La figure de l'entrepreneur, ce héros ordinaire⁸¹ des sociétés d'individualisme de masse, est celle d'un individu inscrit dans un parcours de combattant ordinaire, devant faire face à des épreuves de soi, confronté à la nécessité de se construire lui-même comme l'auteur de sa trajectoire et de tenter d'assumer lui-même les coûts de ses faillites personnelles. L'entrepreneur, cette figure sociale idéale typique érigée aujourd'hui comme un étalon de mesure de la valeur de la personne, sous-tend de manière fondamentale qu'il faut concevoir l'individu comme un travail, comme une activité, «comme l'activité par laquelle l'individu essaie de se construire comme sujet » (Dubet, 2008 : 124), au risque d'être confronté à de la « fatigue d'être soi » (Ehrenberg, 1998).

L'épaisseur psychosociale qui tisse aujourd'hui, collectivement, le rapport à soi et à autrui requiert alors un ensemble de techniques qui s'attèlent à interpellier cette dimension active, laquelle renvoie davantage, cette fois-ci, à des dynamiques d'autonomie, d'initiative, de responsabilisation. Autant il semble être devenu insupportable, lorsqu'on s'adresse à un individu de ne convoquer que le corps sans faire appel aux émotions, aux souffrances, au besoin de parler, etc., autant ne pas interpellier l'individu comme un être pouvant travailler sur lui-même, ne serait-ce que potentiellement au travers des interventions qui le concernent, peut tout autant être considéré comme une marque de non-respect, de non-reconnaissance, d'indignité. L'« homme nouveau », la « personne », l'être singulier, est investi aujourd'hui de nouvelles attentes sociales et véhicule de nouvelles demandes sociales, dont *l'aptitude* à pouvoir se conduire lui-même comme sujet de ses conduites. Cet homme nécessite alors, en revanche, un ensemble de supports, de techniques, de dispositifs,

⁸¹ Pour Martuccelli, la singularisation croissante des sociétés suggère la généralisation achevée de l'héroïsme, ou signale plutôt la montée du héros ordinaire : « le héros est un individu avec des traits fortement personnels ; l'héroïsme est une expérience banale puisqu'elle concerne tous les domaines de la vie sociale [...] ; la réalité de l'héroïsme est d'autant plus partagée que ce sont désormais les institutions elles-mêmes qui enjoignent les individus à devenir des individus, à être les 'auteurs' de leurs vies » (2010 : 113).

etc. qui répondent à des visées d'«activation» (Astier, 2007) : si l'écoute constitue une modalité visant à « solidifier le soi » en proposant aux sujets vulnérables des supports personnalisés et affectifs axés sur une protection des subjectivités plutôt que des protections objectives, l'activation constitue, quant à elle, l'autre facette des techniques de soi qui visent avant tout à « intensifier le soi » : il faut intensifier le soi, l'accroître, l'élever, mais toujours dans le sens d'une plus grande autonomie et responsabilisation de soi ; l'activation visant non pas à vexer ou « mortifier le soi » (Goffman, 1968), mais à l'intensifier pour favoriser, au moins potentiellement, l'émergence d'une individualité susceptible d'agir par elle-même (Ehrenberg, 1998 ; 2010).

En terrain de vie moindre, où l'action semble être tombée en panne, où la figure de l'entrepreneur se révèle avant tout dans ses insuffisances, incapacités, inaptitudes flagrantes, à quoi peut alors ressembler l'activation ? Si « à l'autonomie comme pouvoir-agir répond la vulnérabilité comme incapacité ou capacité moindre à pouvoir-agir » (Châtel, 2008 : 217), quelle forme d'activation la couveuse de la vie moindre laisse-t-elle entrevoir, alors qu'elle concerne des personnes extrêmement vulnérables, dont la difficulté à agir et à disposer de soi-même semble être poussée à l'extrême ? En régime de vie moindre, on peut dire que l'activation trouve une illustration dans l'exigence minimale d'engager la personne à prendre part à sa propre prise en charge, autant dans les gestes que dans les choix qui concernent son propre redressement ou rétablissement : « les personnes, ici, ne font pas juste subir ce qu'on fait pour elles, elles prennent part à ce qu'on décide qu'on fait avec elles », comme le suggère explicitement cette intervenante citée dans le chapitre IV. De spectateur passif que l'on « prend en charge », à acteur que l'on « accompagne », on exige d'autrui avec qui l'on travaille que, peu importe les possibilités d'action— en terrain de vie moindre, réduites a priori au minimum—qu'il puisse s'impliquer dans les interventions qui le ciblent et prendre part aux décisions qui le concernent, plutôt que de s'en remettre entièrement aux initiatives des autres : « on ne peut pas l'aider s'il ne

s'aide pas lui-même », répète-t-on souvent dans les deux lieux d'enquête. Cette visée de moindre activation se présente chez les intervenants comme un au-delà du contrôle et de l'émancipation, car l'important, comme le remarque Astier, « c'est que l'individu fasse l'expérience de lui-même » (2007 : 129).

À la Maison, l'activation se manifeste, par exemple, dans l'implication nécessaire des résidents dans les soins qui les concernent, lesquels ne doivent pas uniquement être subis « comme à l'hôpital », mais faire l'objet d'un investissement actif de leurs part. Ils sont encouragés à faire leur propres piqûres, leurs pansements, à prendre leurs rendez-vous, à servir de guide dans l'administration des divers soins, car considérés « comme les plus aptes à connaître leurs besoins » ; on va jusqu'à les encourager à devenir des entrepreneurs de leur propre médication, en les incitant à négocier avec le prescripteur et le médecin, la dose, la fréquence (ce qu'on appelle la « gestion autonome des médicaments »), voire l'arrêt de leurs médicaments. De plus, depuis l'instauration du volet transitoire destiné aux personnes qui ne peuvent pas encore être considérées en fin de vie et qui nécessitent un certain répit dans leur parcours « de singularisation », la visée d'activation se voit aussi dans la façon d'aller au-delà d'une aide en termes de soins et d'hébergement, en cherchant à ce qu'autrui puisse acquérir certains « outils » pour mener une vie active minimale malgré et avec sa maladie : il s'agit non pas tant de l'amener à travailler ou à étudier (à s'intégrer dans la « vie active »), que de pouvoir avant tout « s'occuper de soi » un tant soit peu (par exemple, pouvoir faire le ménage, les courses, signer un bail, s'occuper de son hygiène personnelle, etc.) sans avoir à dépendre de cette aide dont il a besoin lorsqu'il est à la Maison. Dans ce moment de répit qui est loin de « ce terrible repos qu'est la mort sociale » (c.f. Bourdieu), on encourage de manière globale l'individu à se « rebâtir soi-même », considérant que les moments d'épreuves liés à la maladie et à la fin de vie peuvent devenir, même dans le cas de ceux qui ne peuvent espérer objectivement un retour à la « vie active », une possibilité d'intensification du soi. L'individu sera ainsi amené à faire l'expérience souveraine de son individualité,

ne serait-ce que pour un bref instant, en étant mis devant des choix concernant sa vie et sa mort et à se responsabiliser face à ses choix. En d'autres termes, la dimension sociale du soin en contexte de vie moindre consiste, au-delà des exigences médicales (en termes de santé et de contrôle de la douleur), à amener l'individu à retrouver « ses capacités enfouies » (autonomie, responsabilisation, initiative) susceptibles d'en faire un sujet apte à agir sur et potentiellement (pour ceux qui n'entrent pas à la Maison pour mourir) par lui-même.

À la Mission, l'activation se manifeste de manière analogue dans la manière d'élever désormais les usagers du refuge au-dessus de leurs besoins corporels et de leur dépendance au système, afin de les responsabiliser dans leurs manières de se percevoir eux-mêmes comme horizon et source de leur redressement. Contrairement au refuge, où la préoccupation centrale réside dans l'idée de « maintenir en vie » (par des moyens matériels de base), l'activation se traduit par l'injonction à «se maintenir soi-même», comme on l'a vu dans le chapitre V, c'est-à-dire à faire en sorte qu'autrui puisse développer des capacités minimales pour, éventuellement, parvenir à se supporter lui-même sans avoir à dépendre de la Mission ou du « système ». Tout au long de son court séjour, lors de ses rencontres hebdomadaires avec son conseiller, l'individu sera tenu de mettre au point et de justifier ses stratégies de gestion et de résolution de problèmes. Dans ces rencontres, il est rarement question de trouver un emploi, la question de l'emploi n'est même pratiquement jamais abordée, comme nous l'avons observé. Et parfois, l'objectif de se trouver un lieu pour habiter en dehors du refuge est repoussé comme horizon « final » idéal, considérant que les hommes doivent préalablement de prendre conscience de leurs insuffisances et se responsabiliser face à celles-ci. L'important, lors de leur passage dans les programmes d'accompagnement, est qu'il démontre avant toute chose une volonté de travailler sur soi, de se fixer des objectifs de vie, de se bâtir un projet d'avenir qui ne soit pas dans le « système ».

Suivre le beat, doser, faire faire : les « rythmes de l'individuation »

Entre se rebâtir soi-même et se maintenir soi-même, l'activation en terrain de vie moindre oscille ainsi entre une volonté de responsabiliser le moindrement l'individu quant à ses propres insuffisances et à leur gestion, et une volonté d'impliquer l'individu dans sa propre expérience- limite (itinérance, fin de vie, maladie), où il sera confronté à la nécessité de participer et de faire des choix qui concernent sa vie, voire sa mort. Sur ce continuum de la « moindre activation », on est dans une même logique de propositions de supports d'intensification du soi qui encouragent autrui à aller, par la gestion de leurs insuffisances et la confrontation à leurs propres limites, moins dans le sens d'une véritable insertion dans la vie active, que dans le sens d'une « exposition des règles de l'individualité dans sa version canonique : assumer ses responsabilités, faire preuve d'autonomie, faire face individuellement à ses problèmes, développer un esprit gestionnaire, faire preuve d'optimisme en l'avenir, disposition constante à se battre et à gagner, confiance en soi, capacité à établir des objectifs clairs et réalistes, faire toujours preuve de volonté, etc. » (Otero, 2011b : 237).

Partant de ce principe, les intervenants considèrent conséquemment qu'il ne faut pas trop agir pour encourager l'individu à agir de lui-même. Il faut, paradoxalement, « être-là et s'abstraire pour permettre au sujet d'intervenir » (Prudhome, 2003). Il faut savoir « doser l'intervention », comme les intervenants le mentionnent souvent: « ne pas faire à la place de l'autre », « lui montrer qu'il est capable de le faire par lui-même tout en étant là pour lui donner un petit coup de main », « *suivre le beat* de l'autre », pour reprendre les expressions d'intervenants cités dans les chapitre IV et V. Suivre le *beat*, doser l'intervention, équilibrer l'aide, etc., n'équivaut pas, en ce sens, à interpellier la singularité individuelle d'autrui, mais bel et bien sa singularité sociale : il s'agit, autrement dit, de faire entrer autrui en résonance avec les « rythmes de l'individuation », pour reprendre librement l'expression de Michon (2010), de l'inscrire dans cette « chair normative » (Otero,

2003; 2011b) qui est au cœur du social ordinaire et à partir de laquelle tout un chacun, autant l'accompagné que l'accompagnant, est amené d'une façon ou d'une autre à s'y référer pour prendre la mesure (et la valeur) de sa singularité. Dans cette perspective, accompagner, c'est s'éloigner du « travail sur » propre à la posture classique de l'institution, où le professionnel est dans une position de surplomb et impose son intervention, à l'exemple de la relation classique entre l'enseignant et l'élève. C'est aussi adopter la démarche du « travail avec » où on est dans l'idée du faire faire, du dosage, dans l'amener vers (Astier, 2007), à l'image de la relation contemporaine entre un « coach » et un athlète ordinaire, affrontant des épreuves de soi (Ehrenberg, 1995) : un coach qui offre son soutien, mais qui ne fait pas à la place de l'autre; un coach qui motive à faire des efforts, souligne les réussites et les échecs, encourage à se prendre en main, mais ne prend pas par la main, etc. En terrain de vie moindre, si « expertise » il y a chez les intervenants, il semble qu'elle réside principalement dans cette capacité de pouvoir équilibrer l'action en fonction des rythmes normatifs de l'individuation où l'autonomie et la responsabilisation sont devenues des repères sociaux de masse.

Mais cette économie de l'action entre l'accompagnant et l'accompagné (coach et coaché), n'est évidemment pas sans susciter tensions paradoxes en terrain de vie moindre. Cette façon insistante à vouloir impliquer l'accompagné dans les interventions et les décisions qui le concernent, à l'engager à prendre conscience de ses ressources et de ses capacités personnelles qui pourraient se dissimuler derrière sa vulnérabilité peut, certes, être vécue comme un sentiment accru de reconnaissance et de valeur sociale par rapport à une situation qui risquerait autrement d'être ressentie comme un sort douloureux d'inutilité, de victimisation ou de stigmatisation associé au fait de dépendre des autres (tel qu'on l'a vu, par exemple, avec le cas de Michel cité en début du chapitre IV), et cela notamment dans le cadre de la socialité contemporaine où la dépendance est devenue l'une des figures centrales de l'envers normatif du lien social (Ehrenberg, 1998; Sennett, 2003). En effet, il se répand

fortement aujourd'hui l'idée que la dépendance, non seulement à l'égard des institutions publiques (prestations d'aide sociale, notamment) mais de manière plus globale à l'égard de toute forme d'aide de la part d'un tiers, puisse être une source de honte et d'indignité (Sennett, 2003 ; Saillant et Gagnon, 2000). Cette idée, que Sennett (2003) nomme la « théorie de l'infantilisation » en vertu de laquelle se répand (à droite comme à gauche) la représentation du besoin de sevrer les personnes de leur dépendance envers les institutions (socio-politiques-sanitaires) qui les gèrent, a profondément façonné les croyances en matière de respect mutuel et de moralité ordinaire au point que, aujourd'hui, toute forme d'attachement et d'ancrage risque d'être perçue comme dépendance et, par le fait même, source potentielle de honte, d'indignité profonde, voire comme une « négation du lien social » (idem : 122)⁸².

Toutefois, si la capacité d'agir par soi-même constitue une valeur et un repère central dans la société comme dans la relation d'aide aujourd'hui, les individus qui incarnent la vie moindre sont néanmoins contraints, en raison d'une atteinte souvent globale à leur être (tant physique, sociale que psychique), de dépendre au moins partiellement des ressources objectives (hébergement, nourriture, soins corporels, hygiène, etc.) pour survivre. Le fait pour les individus d'être invités à reconnaître leurs manques, à assumer leurs faiblesses, à se prendre en charge, à faire des efforts ou à s'en sortir malgré le fait qu'il n'existe pas toujours de ressources disponibles pour les soutenir objectivement dans cette « quête » d'autonomie en dehors des dispositifs qui les gèrent peut, dès lors, être paradoxalement vécu comme une source de faiblesse supplémentaire ou porté comme un stigmate, comme en témoignent, par exemple, les étiquettes lourdes de significations de « gars de la ligne » ou de

⁸² Cette idée était d'ailleurs présente dès les premiers balbutiements de l'État-Providence, non pas uniquement chez les conservateurs et libéraux classiquement opposés à sa consolidation, mais aussi chez les acteurs du milieu de l'intervention sociale et communautaire qui critiquaient partiellement les politiques classiques de redistribution (couvertures de masse) en leur reprochant de « déresponsabiliser » les individus, d'en faire des assistés passifs en attente de l'État (Maheux, 1992 ; Genard, 2009).

« chroniques » qui renforcent, malgré tout, l'idée que la dépendance peut être la conséquence d'un échec ou d'une faille personnelle, reconduisant ce que Sennett nomme les « inégalités de respect » (2003 : 174).

Du côté des intervenants, il semble que l'impératif d'activer autrui dans le sens d'une plus grande autonomie et responsabilisation de soi ne puisse s'opérer que moyennant l'instauration de relations de confiance avec autrui, comme l'indique souvent les intervenants eux-mêmes. Il faut faire « confiance à autrui » avec qui l'on travaille, faire en sorte qu'autrui puisse avoir confiance en l'intervenant, afin qu'il puisse « bâtir sa confiance en soi », etc., ce qui constitue une autre forme de personnalisation des rapports sociaux. Or, dans ce contexte, il semble qu'il soit d'autant plus difficile pour les intervenants de jauger la bonne distance à adopter au regard de l'exercice de leur pouvoir, risquant souvent soit de glisser dans une attitude trop autoritaire ou, au contraire, de trop grand laissez-faire, notamment lorsque les choix faits et les gestes posés par autrui sont envisagés comme nuisibles, dommageable pour lui-même. Par exemple, à la Maison, où la question de la médication est liée directement et concrètement à la question de vie et de mort, jusqu'où peut-on laisser aller la « souveraineté de l'individu » pour des choix qui concernent sa finitude? Les intervenants peuvent-ils laisser entièrement le choix aux résidents de diminuer et de cesser leur médication au nom du « pouvoir d'agir par soi-même », alors que les questions relatives au mourir (euthanasie, suicide assisté, etc.) demeurent encore débattues juridiquement et politiquement? Le même type de dilemme s'observe également dans la ressource pour hommes sans abri, par exemple, à propos de la question de l'argent : les conseillers en intervention sont tiraillés entre l'exigence de laisser le choix aux participants des programmes d'accompagnement de gérer comme ils l'entendent leurs prestations publiques d'aide sociale (que ce soit pour de la drogue, de l'alcool, le jeu, etc.) au nom du droit et de la dignité des individus à disposer d'eux-mêmes, à leur capacité de faire des choix au nom de la propriété de soi, ou d'imposer comme une sorte de gestion par fiducie, ce qui

constitue un dispositif légal transférant aux intervenants une part de la responsabilité de « protéger » les personnes dont l'aptitude à administrer leur avoir et leurs être est considérée comme menacée par des « comportements à risque ».

Mais dans les deux cas, ce type de tension entre les impératifs de valorisation et de respect de la souveraineté de l'individu et ceux liés à la protection des individus vulnérables envers eux-mêmes et autrui au risque d'abaisser leur degré d'autonomie individuelle, se cristallise sur le terrain dans des négociations constantes entre intervenants et usagers. En effet, si « l'activation » tend, en principe, à délester une part du pouvoir des institutions en la reléguant aux sujets qu'ils visent sous forme d'une responsabilisation personnelle accrue, tout en ouvrant également une plus grande possibilité aux seconds de faire entendre leur raison et leur pouvoir « ordinaire », elle se concrétise, la plupart du temps, dans la forme de négociations constantes, parfois éreintantes, au termes desquelles les accompagnés ne se sentent pas toujours écoutés ou parfois, au contraire, trop laissés à eux-mêmes, et les accompagnants pas assez appuyés ou encadrés, ayant souvent le sentiment d'avoir à endosser à titre personnel une part de décision et de responsabilité qu'ils souhaitent pourtant, idéalement, transférer aux accompagnés. Ces négociations ont parfois tendance à se solder en conflits personnels ou relationnels qui se lestent d'un supplément ou d'un trop plein d'émotions, les uns des autres s'accusant parfois soit d'un manque soit d'un abus de confiance personnelle. Si les approches de masse sont aujourd'hui fortement critiquées au nom de la prise en compte des singularités individuelles, comme nous l'avons abordé, il semble qu'on assiste, en revanche, à une demande croissante de la part des acteurs (tant du côté des intervenants que des usagers) à être encadrés en quelque sorte par de « nouvelles formes d'amortisseurs, sans que soit pour autant réduits ou rongé leur espace d'arbitrage individuel » (Martuccelli, 2010).

Ces injonctions liées à l'activation des parcours d'aide que l'on peut observer dans les deux lieux d'enquête et qui semblent être également répandues aujourd'hui à un semble de sphères de la vie sociale (Ehrenberg, 2010; Castel, 2009; Martuccelli, 2004), sont véhiculées par des intervenants qui doivent mobiliser les moyens qu'ils ont à leur portée, moyens limités en terrain de vie moindre, pour aborder des problématiques qui ne semblent pas pouvoir se réduire uniquement à un manque de ressources objectives et qui touchent des individus dont la possibilité de réintégrer la vie active, telle que couramment définie par les politiques sociales, semble souvent loin de l'objectif souhaité. En fait, d'après ce que nous avons pu observer sur le terrain, les intervenants partent du constat empirique que l'individu, bien qu'il n'ait pas à être blâmé entièrement pour son sort et nécessite des ressources matérielles de base pour le supporter (logement et aide sociale, par exemple), profite néanmoins du fait d'être pris en compte comme une « personne à part entière », ce qui semble aller de pair avec l'idée que l'individu doit se prendre en main et se responsabiliser, plutôt que d'être interpellé comme une victime du système ou de sa « condition » (maladie, itinérance, par exemple). La responsabilisation d'autrui, si elle peut être synonyme de contrainte indue, voire de domination (Martuccelli, 2004), se fait également au nom de « l'injonction à vivre dignement » (Astier et Duvoux, 2006), et cela dans un contexte sociétal où l'idée même d'intégration dans des « sociétés d'individualisme de masse » est redéfini de manière croissante comme le produit « de la capacité des individus à élaborer des projets et à développer des actions » (Schnapper, 1981); comme la capacité « à se tenir debout par eux-mêmes » (Soulet, 2008). On comprend mieux ainsi l'insistance parfois acharnée des intervenants à responsabiliser l'autre, jusqu'à considérer que l'encourager à « prendre son bain par soi-même » comme à la Maison, constitue, certes, presque rien (comparativement à l'intégration en emploi, par exemple), mais est vu néanmoins comme une façon minimale de répondre aux règles du décorum singulariste qui invitent tout un chacun, par souci de dignité et de reconnaissance, à travailler sur soi, à devenir, quel que soit son manque ou son trop-plein de ressources, un entrepreneur de soi.

En somme, à côté de la « personne affective », cette présence de la figure de l'entrepreneur que l'on peut observer même en terrain de vie moindre, témoignerait, selon certains auteurs, d'un déplacement plus global de la signification du travail comme programme institutionnel, c'est-à-dire de la perte de la valeur sacrée du travail (Dubet, 2002) : on assisterait, en conséquence, à un brouillage de la sphère d'expression du travail qui s'étendrait dorénavant au travail sur soi, à la relation à l'autre et aux institutions : « pour tout un chacun, être actif signifierait notamment dépasser les frontières entre vie au travail et vie hors-travail, entre vie professionnelle et vie privée » (Vrancken et Macquett, 2006 : 8-9). Ce déplacement s'étendrait dorénavant aux politiques sociales, s'appliquant aux individus « hors-travail » auxquels manquent les protections qui découlent de cette vie au travail : « dès qu'il s'est agi d'élargir le travail à la construction de soi, cette distinction canonique entre travailleurs et individus hors marché du travail s'est progressivement avérée elle-même caduque comme critère de délimitation des politiques sociales » (Vrancken et Macquett, 2006 : 8). Les couveuses participeraient, dans cette perspective, de la mise en place de nouvelles modalités de régulation sociale en tissant de nouvelles formes de protections des individus en difficulté inscrits dans un « parcours d'individuation inaboutie » (Soulet, 2008) : non plus uniquement pour les soutenir passivement (indemnisation, compensation, etc.), mais pour les accompagner afin de les rendre acteurs de leur propres « parcours d'aide ».

Les contreparties de l'épaisseur psychosociale : une attention constante envers l'individualité

Au regard de ces techniques de soi (écoute et activation), vouées à solidifier et à intensifier le soi, on voit à quel point l'individu contemporain se révèle autant dans les signes de sa vulnérabilité, de sa fragilité, de sa « fatigue d'être soi » (Ehrenberg, 1998), que dans sa capacité à agir, sa maîtrise de soi, son aptitude à disposer de soi-même. Ces deux parties, affectives et actives, qui tissent concrètement l'épaisseur psychosociale, semblent indissociables, se nourrissant mutuellement, s'appuyant

l'une sur l'autre : l'individu contemporain est amené à prendre conscience de ses insuffisances, à parler de sa souffrance et à révéler sa vulnérabilité, mais toujours avec comme horizon normatif la capacité de se prendre en charge, de s'assumer, d'être responsable de soi souvent en réponse même à cette vulnérabilité (Genard, 2009). La reconnaissance et la sollicitation constante de la part affective de l'individualité est, autrement dit, indissociable de la façon dont l'individu doit se constituer aujourd'hui comme l'objet constant d'une attention et d'un travail sur soi. La dynamique de l'épaisseur psychosociale est donc indissociablement « psychologique » (forces et vulnérabilités personnelles) et « sociale » (coercitions et possibilités sociales) et s'oriente ainsi en fonction des caractéristiques communes de l'individualité contemporaine (Otero, 2011b : 236).

Quel que soit ses manques ou son trop plein de ressources, l'individu contemporain se trouve, aujourd'hui, conjointement soumis autant à des exigences d'action que d'engagement affectif : il est toujours au moins potentiellement vulnérable, en appelant à une écoute, à une attention et à une sollicitude, et n'est jamais entièrement démunie de possibilités d'action, en appelant à une reprise en main de soi, à une responsabilisation de soi (Genard, 2009). Le langage de l'affect, l'expression du vécu concret et singulier des problèmes sociaux sous forme de vulnérabilité individuelle s'expose donc à une écoute bienveillante au nom du respect et de « l'injonction à vivre dignement », mais risque toujours, en revanche, d'inscrire ceux qu'on écoute dans une forme d'indignité à laquelle on peut attribuer une responsabilité en leur demandant de « faire un effort » de se prendre en main, de travailler sur soi. Ces deux parties (affective et active) de l'épaisseur psychosociale, constitutives de l'individualité contemporaine en appellent alors, dans le champ de l'intervention sociale, comme en témoigne notre terrain, à une économie de l'action qui tente de réconcilier, parfois de manière ambivalente, « d'un côté l'écoute, l'empathie, la sollicitude, la compassion, l'accompagnement, la guidance, le

coaching, et de l'autre, une invitation à s'exprimer, à se ressaisir, à se prendre en main, à se responsabiliser » (Genard, 2009).

Les couveuses, ces mesures d'accompagnement personnalisées et « affectives » qui travaillent à solidifier et/ou à intensifier le soi, peuvent, certes, être considérées comme étant moins lourdes que les anciennes mesures de traitement des problèmes sociaux (machines de masse); plus « allégées » en termes de contraintes inhibitrices (enfermement, réclusion, violence, humiliation, répression, etc.), et plus soucieuses des singularités individuelles et de leur besoin de protection ontologique (besoin de parler et d'être écouté, d'être considéré comme personne à part entière, etc.). Le tout, dans l'objectif souhaité de permettre aux individus de mieux surmonter, mais la plupart du temps de mieux supporter, par leurs propres efforts, l'épreuve de leurs diverses insuffisances (sociales, physiques, psychiques). Les couveuses, ces nouvelles manières d'aménager les aires « d'adaptation secondaire désenfermées », mettent en œuvre en ce sens un « espace d'attention » (Pichon et Ravon, 2006) constant entourant l'individualité; pour la soutenir, l'accompagner, la maintenir en vie, la protéger, ne pas la laisser tomber, la sécuriser, etc. En revanche, elles exigent des individus, comme en contrepartie, un investissement actif et constant de leur part sur leurs propres comportements, gestes et conduites insuffisantes, etc. Comme Otero (2011b) le résume, « si l'individualité ne peut plus être ignorée, elle ne peut plus néanmoins être laissée à elle-même ».

La « montée structurelle des singularités » (Martuccelli, 2010) laisse ainsi entrevoir, dans le domaine de l'intervention sociale, des dynamiques sociales à la fois puissantes et contradictoires, habilitantes et contraignantes, sujettes à déclinaisons diverses et conflictuelles. D'un côté, l'individu ne semble plus, ou plus uniquement, pouvoir être pris en charge par des institutions sociales de masse conçues avant tout pour gérer des corps et des populations, mais requiert d'être accompagné par des dispositifs de soutien radicalement différents (les couveuses), témoignant d'un

retournement institutionnel majeur illustratif de la puissance des processus sociaux en cours. D'un autre côté les logiques de reconnaissance, de respect, de dignité, de personnalisation et de prise en compte de l'individualité des sujets, même et peut-être surtout envers ceux (comme dans la vie moindre) pour qui l'horizon d'intégration semble céder le pas au rétablissement d'une action possible, semblent entrer en tension avec les injonctions massives de responsabilisation et d'autonomie, qui ne tiennent pas toujours compte des ressources inégales dont les individus disposent, témoignant ainsi des contradictions des processus sociaux en cours. Ces dynamiques complexes se révèlent de manière encore plus prononcée lorsque vient le temps de définir et d'aménager les sorties possibles (ou non) de la couveuse, comme nous l'abordons dans la prochaine section.

6.2.3 Ce que sortir veut dire : quelles « sorties » possibles pour la vie moindre?

Dans une définition des couveuses destinées aux entrepreneurs d'affaires en devenir, élaborée par l'Union des couveuses d'entreprises en France, trois fonctions sont mises de l'avant : tester son projet en grandeur réelle, apprendre à entreprendre, sécuriser son développement : « Les couveuses permettent à tous, et plus particulièrement aux personnes éloignées de la culture entrepreneuriale, d'accéder à la création d'entreprise et de réussir leur projet »⁸³. Le passage dans la couveuse, cet espace potentiel aménagé spécifiquement pour le « porteur de projet », représente, mentionne-t-on également, « un système de contraintes et de repères dans lequel les entrepreneurs à l'essai font l'apprentissage de leur future autonomie. Cela semble paradoxal, mais c'est très efficace », ajoute-t-on. La couveuse d'entreprise est supposée « accroître la pérennité » et donner aux entrepreneurs les moyens futurs de « vivre dignement de leur activité ». Au terme du passage dans la couveuse conçue

⁸³ <http://www.uniondescouveuses.com/>

comme un « test », il y aurait un taux de « sorties positives avec 80 % des entrepreneurs à l'essai »⁸⁴.

Si la couveuse d'entreprise constitue un dispositif qui semble éloigné en surface de celle de la vie moindre, on peut dire néanmoins, et au-delà de la simple rhétorique, qu'elle poursuit de manière analogue la même finalité dominante, à savoir « l'apprentissage de l'autonomie » par les « personnes les plus éloignées de la culture entrepreneuriale » pour reprendre les termes utilisés plus haut. Les couveuses de la vie moindre interpellent toutefois les personnes situées à l'autre bout du spectre de la performance sociale, les individus les plus vulnérables pour qui l'individuation constitue un parcours difficile et sinueux, composé d'obstacles, d'insuffisances et de contre-performances sociales en tout genre et qui nécessitent ainsi un accompagnement, un soutien, une assistance souvent à long terme, voire permanents pour « réussir » leur singularité. En ce sens, la couveuse de la vie moindre tente d'aménager un espace d'intervention capable de réconcilier, comme nous l'avons abordé précédemment, la figure de l'individu vulnérable, qui nécessite un réconfort, une écoute, une reconnaissance, avec celle de l'entrepreneur, enjoint à agir par et sur soi même. Comme celle destinée à l'entrepreneur en devenir, la couveuse de la vie moindre doit également être envisagée comme un espace potentiel, comme une « nourrice du devenir » (Sloterdijk, 1999b), visant l'apprentissage de l'autonomie. Cet espace peut lui aussi être pensé comme un système composé de contraintes et de repères à l'intérieur duquel les individus sont amenés à se « tester »⁸⁵, à faire l'épreuve de soi, à prendre la mesure de leur insuffisances, à travailler sur soi afin de pouvoir potentiellement se soutenir eux-mêmes une fois en dehors de la couveuse, à

⁸⁴ Idem.

⁸⁵ Si le test dans la couveuse d'entreprise prend davantage la forme d'une évaluation au sens formel du terme, l'idée du test devient néanmoins, en dehors de ces mécanismes formels, l'une des manifestations courantes de la singularisation qui a cours dans la mesure où chaque individu, aujourd'hui, se voit constamment confronté à des épreuves souvent diffuses et informelles, forcées de se mesurer à elles dans un processus continu et souvent sans relâche de sélection des personnes (Martuccelli, 2010).

moins d'y « entrer » pour mourir. Or, à la différence majeure de la couveuse d'entreprise qui « présente un taux de sortie de 80% », garantissant ainsi aux « entrepreneurs testés » leur autonomie une fois en dehors du dispositif, la couveuse de la vie moindre a cette spécificité indéniable de présenter, quant à elle, un taux de sortie extrêmement faible, sinon nul, au point où c'est la notion même de sortie ou de dehors qui est sujette à interrogation.

À la Mission, comme nous l'avons vu, après un court passage dans le programme d'accompagnement où chaque « participant » est amené à produire et suivre un plan d'accompagnement de concert avec son conseiller, où chacun est supposé avoir développé des outils personnels et travaillé sur soi, etc., la « sortie » idéale est envisagée comme étant la possibilité de vivre de manière indépendante en dehors du « système », ou du moins sans avoir besoin de dépendre de la Mission pour vivre. Or, la réalité est souvent tout autre et les intervenants, au-delà du cynisme, considèrent que le « taux de sortie » relié à cet idéal est très faible, évalué à 1%, ou à 10% par les intervenants plus optimistes (voir chapitre V). Les hommes, ou bien ne parviennent pas à rencontrer les objectifs fixés dans le plan d'accompagnement (que ce soit en raison de « rechutes » dans l'alcool ou la drogue, par manque de motivation ou pour toute autre raison et doivent retourner à la ligne dans l'espoir de rappliquer de nouveau au programme), ou bien arrivent au terme du programme en ayant montré suffisamment de preuves qu'ils *veulent* « s'en sortir », mais ne sont pas jugés assez autonomes pour être « jetés dans le monde », sans autres formes de supports, d'accompagnement, de suivis et soutiens de toutes sortes.

À la Maison, la sortie idéale est définie de deux manières, selon que l'individu y entre « pour mourir » (en fin de vie) ou pour « s'en sortir ». D'une part, la sortie de la vie (la mort), comme nous l'avons abordé dans le chapitre IV, repose sur l'idée que « l'on mérite tous une belle mort », quelle que soit notre trajectoire préalable et inégalitaire. Offrir les conditions d'une belle mort, c'est aménager autour de chaque

individu singulier un environnement personnalisé et protégé, une sorte de serre intérieure à cette finalité ultime et tragiquement égalitaire (« on meurt tous »), où l'acte de mourir doit se faire le plus doucement, le moins douloureusement, le plus naturellement possible, sans être ni trop abrupte, ni trop prolongé. Or, comme on l'a vu, cette sortie idéale, cette belle mort, n'est pas toujours possible. L'action du « mourir » se prolonge trop, poussant la définition de la fin de vie en dehors de ce qui est idéalement souhaité, au point de parler parfois paradoxalement de soins palliatifs de longue durée⁸⁶. Ou encore la mort vient-elle de manière trop abrupte, sans passer par les étapes d'accompagnement souhaitées, ou pousse-t-elle sinon les limites de ce qui est idéalement conçue comme une mort naturelle, allant au-delà d'un certain seuil que l'on considère vital. Dans tous les cas, cette sortie ultime de la couveuse révèle des individus qui, même dans la mort, sont non seulement « accompagnés jusqu'au bout » (Furtos et Colin, 2002⁸⁷), mais qui possèdent aussi un statut incertain ou difficilement définissable, tendant à déborder ou à être en décalage avec les paramètres souhaités de la « belle mort ».

Cette première sortie idéale est devenue, néanmoins, une finalité secondaire (dans le contexte où le VIH/Sida n'est plus considéré comme une maladie mortelle; autrement dit, de moins en moins de personnes en meurent) derrière celle voulant que, à la suite d'un séjour temporaire à la Maison, les individus puissent vivre avec et malgré la maladie (chronique) mais de manière autonome, sans avoir « besoin de cette aide dont ils ont besoin lorsqu'ils sont à la Maison », comme le mentionne un intervenant cité. On accueille de cette manière les individus afin qu'ils puissent mieux « s'en sortir » une fois dehors. Or, comme nous l'avons vu, si préparer les sujets à

⁸⁶ Comme nous l'avons vu dans le chapitre 4, par exemple, avec le cas de Maurice dont le séjour en fin de vie a duré un an et quatorze jours, durant lequel sa douleur physique était très prononcée et les intervenants, surtout vers la fin, se sentaient coupables, responsables de lui « infliger » de la douleur.

⁸⁷ Cette expression provient du titre d'une étude empirique réalisée en France sur le décès en contexte de grande précarité, dans des maisons d'hébergement et d'accueil pour SDF notamment. Voir Furtos et Colin (2002).

une telle tâche constitue un travail d'accompagnement sous tous les aspects (psychologique, santé, hygiène, alimentation, etc.), le taux de sortie est toutefois très faible. Comme à la Mission, les individus atteignent en fait rarement une autonomie suffisante pour vivre en dehors sans autres formes de supports, d'accompagnement, d'aide, etc. et tendent à revenir à la Maison fréquemment, que ce soit après une opération, une crise, une rechute ou pour un répit.

Des deux côtés de notre terrain, on fait face ainsi à un « taux de sortie » très faible, considérant que l'autonomie visée réside dans la capacité des individus à vivre et à agir en dehors de la couveuse, conçue de prime à bord comme transitoire et à court terme. Ce type de sortie idéale, où on espère, dans ces cas, pouvoir amorcer une rupture entre l'intérieur et l'extérieur, entre la dépendance et l'autonomie, constitue une réussite quasi impossible compte tenu des nombreux obstacles à surmonter et du peu de ressources que détiennent les individus pour y parvenir. Le fait est que la couveuse de la vie moindre accompagne des individus qui en dépendent presque entièrement pour vivre (comme c'est le cas pour les nouveau-nés prématurés); elles les protègent, elles servent d'intermédiaire avec l'environnement et sont toujours prioritaires par rapport à l'extérieur (Sloterdijk, 1999b). Les démarches entreprises pour atteindre cette autonomie visée en dehors de la couveuse sont rarement fructueuses et même lorsque les efforts, la motivation, la volonté sont au rendez-vous, les chemins parcourus pour y mener sont ponctués de rechutes, de rémissions, de recommencements, d'allers-retours fréquents. Même lorsque les personnes parviennent à « s'en sortir », il semble que cette sortie ne soit ni permanente, ni complète; elles ont toujours, d'une manière ou d'une autre, un pied dans la couveuse, que ce soit sous forme d'appartement supervisé, d'aide aux revenus, de soutien alimentaire, d'un suivi psychologique externe, de visites à domicile, etc.

Les transitoires-chroniques, ou la « mobilisation infinie »

Si la mobilité des trajectoires, l'ouverture des choix de vie, constituent un idéal nouvellement promu pour tout un chacun dans la société singulariste, il semble toutefois se réduire dans la vie moindre à son degré le plus abstrait, prenant la forme d'une injonction à se mouvoir à l'intérieur d'un même « parcours d'aide », tel qu'on le nomme souvent dans le milieu. Comme nous l'avons vu, les personnes qui incarnent la vie moindre sont souvent sommées de « sortir » d'une façon ou d'une autre d'une situation dite passive ou de dépendance face aux dispositifs qui les gèrent (qui les soignent, abritent, nourrissent, etc.), dans la mesure où toute forme d'ancrage, d'immobilité, de « panne de l'action » a tendance à être évaluée aujourd'hui comme rédhibitoire (Genard, 2009). Les sujets de l'intervention sont enjoins de se bouger, de se mouvoir (Laval, 2005), de s'en sortir, mais contraints néanmoins, en contexte de vie moindre, à une mobilité horizontale, c'est-à-dire à se mouvoir à l'intérieur des frontières de la « communauté des vulnérables », ce réseau d'aide tracé par les différents programmes d'accompagnement, de transition, d'aide à court terme qui forment aujourd'hui le cœur des interventions en place au profit des prises en charge de longue durée.

Les résultats croisés de notre enquête font émerger, dans cette perspective, une catégorie transversale qui recouvre une grande majorité de la clientèle : celle qu'on peut nommer les chroniques-transitoires, ou plutôt, les transitoires-chroniques, c'est-à-dire des individus condamnés à se mobiliser de façon permanente entre les différentes ressources d'aide, dans le circuit des dispositifs pluriels de transitions et d'accompagnement, où la sortie est constamment à préparer de nouveau, à refaire, à réaménager, dans l'attente de la « véritable sortie » alors que pourrait s'opérer hypothétiquement une telle coupure entre le dedans et le dehors de la couveuse. Or, le paradoxe est que, si les intervenants considèrent ouvertement que ce type de sortie est souvent inaccessible dans un contexte de vie moindre, mais demeure plutôt un point de repère idéal, l'impératif de sortie demeure quand bien même. À l'image de la

couveuse (l'appareil incubateur) créée pour soutenir les premiers jours des nouveau-nés prématurés où la sortie est inscrite dans sa conception même, la couveuse de la vie moindre, cette « nourrice du devenir » est conçue elle aussi pour que l'individu vulnérable puisse s'en sortir, « s'engendrer »⁸⁸, poursuivre son processus de singularisation. On est alors contraint de se demander ce que « sortir » veut dire quand les sorties sont répétées, jamais achevées, prenant la forme de transitions chroniques entre les rets du réseau de l'intervention sociale. Que signifie sortir quand l'horizon de l'intervention prend la forme d'une « mobilisation infinie » (Sloterdijk, 2003), où l'individu se voit constamment contraint de se mouvoir à l'horizontal, ne pouvant jamais réellement acquérir la certitude ou le luxe, même parfois jusque dans la mort, d'avoir sa « place » ?

La singularité en point de suspension

L'étude de la vie moindre dans son rapport consubstantiel à la couveuse semble révéler ainsi des parcours d'individuation qui semble « chroniquement inaboutis », dessinant une zone « résiduelle » où se mêlent des individus qui ne peuvent ni être intégrés dans la vie active, ni « se tenir » dans la société par eux-mêmes, mais qui existent, vivent, se reproduisent et doivent affronter aujourd'hui le paradoxe constitutif de leur autonomie nouvellement « acquise » : il sont sommés de « s'en sortir » sans véritablement pouvoir « sortir » du circuit de l'assistance, de l'aide, de l'accompagnement, bref de la couveuse, cet interstice protecteur où l'autonomie est conditionnée, soutenue, appuyée, branchée sur des « appareils respiratoires » multiples. Dans ce cas, considérer que des personnes seront appelées à rester toute leur vie, ou presque, dans une couveuse soulève une interrogation cruciale

⁸⁸ Pour une étude sociologique du processus initial de singularisation sociale que constitue l'engendrement, c'est-à-dire la naissance des individus, voir Boltanski (2004). En ouverture du livre, l'auteur mentionne que « Le fait d'être singularisé est une particularité très générale, peut-être la plus générale des êtres humains en société » et que « les sciences sociales, et particulièrement la sociologie, ont laissé échapper un processus [la singularisation des individus] qui aurait dû pourtant les intéresser au premier chef, non pas en tant qu'il viendrait contredire les principes sur lesquels reposent ces disciplines, mais, au contraire, en tant qu'il pourrait être une occasion de les approfondir ». (2004 : 47)

sur les limites de l'action, comme en témoigne de manière paroxystique les tensions entourant l'aménagement du mourir : *jusqu'où* agir? Jusqu'où maintenir, soutenir, accompagner sans tomber dans une forme d'acharnement thérapeutique ou, plutôt, d'acharnement normatif ? Dans un contexte où « l'échec » à réussir sa singularité constitue une finalité ordinaire et concrète de l'intervention, doit-on parler de simulacre, comme le suggère Soulet (2008) pour désigner ce qu'il nomme « le travail social palliatif », c'est-à-dire la forme que prend l'intervention sociale lorsqu'elle est vouée non plus à intégrer, mais à faire durer, à maintenir en vie, à « faire avec », à gérer; lorsque l'individu est voué à (re)faire « l'apprentissage de l'autonomie » sans véritablement pouvoir l'accomplir en dehors de la couveuse? Ou doit-on plutôt penser à d'autres modalités de protections et de soutien qui ne soient pas assujetties à cette « téléologie aussi radieuse qu'inaccessible » de « l'intégration pure et parfaite » (Soulet, 2008 : 43) ?

Il semble, en tous les cas, que les deux organismes dans lesquels nous avons mené notre enquête sont contraints, aujourd'hui, de trouver par eux-mêmes de nouveaux aménagements, de nouvelles articulations possibles entre la singularité et la vulnérabilité extrême : c'est-à-dire de former de nouveaux aménagements sociaux qui soient 1) à la fois « vivables » pour ceux et celles qui ne semblent pas pouvoir être « tenus de l'extérieur » de la couveuse, mais qui exigent néanmoins d'être traités et reconnus comme des individus singularisés, requérant des formes d'aide et de protection capables de coexister avec l'accroissement, ne serait-ce qu'indirectement, de leurs besoins d'autonomie, de sécurité subjective, de leur capacités de faire des choix qui concernent leur vie et leur mort, etc. et; 2) viables pour le maintien d'un climat social démocratique malgré ces vies moindres qui, loin des vies « pleines » ou de l'homme total, ou des vies « désincarnées » ou de l'homme sans lien, ne semblent pas pouvoir répondre d'elles-mêmes aux contraintes et exigences d'une société d'individualisme de masse normée principalement par la capacité de l'individu se « tenir de l'intérieur » (Martuccelli, 2002). Vie moindre et couveuse réintroduisent

donc au cœur de la singularisation une interrogation sur les inégalités sociales profondes et de longue durée.

Pour le moment, ces tentatives d'aménagements concrètes, qui se révèlent surtout au moment de cerner les « sorties » possibles de la vie moindre, semblent encore en chantier, donnant lieu à des solutions souvent ambivalentes : soit qu'elles prennent la forme d'une extension toujours plus grande des modalités de soutien qui permettraient une « graduation des formes d'accompagnement en fonction de l'autonomie des personnes », comme le mentionne une intervenante (hébergements satellites, suivis externes, départs organisés, etc.) ; soit qu'elles prennent la forme du « cas par cas », cherchant à bricoler des solutions de fortune dans l'attente de « meilleurs » supports ou encadrements (notamment dans le cas des « sorties » liées au mourir, comme on l'a vu avec les questions d'euthanasie, de suicide assisté, etc.) ; soit qu'elles donnent lieu à un resserrement de la discipline, fermant, faute de meilleures solutions, les ouvertures possibles, en appelant à la seule volonté et responsabilité individuelle d'autrui de s'en sortir (ce dont témoigne, notamment, le « retour à la ligne » à la Mission). Mais à l'image du cadavre dans la pièce de Ionesco, *Amédée ou Comment s'en débarrasser*, celui-ci ayant attrapé « la maladie incurable des morts », c'est-à-dire « la progression géométrique » qui fait grandir inexorablement et entraîne des débordements concrets face auxquels on n'a « pas le choix d'agir », ne serait-ce qu'en imaginant des solutions d'attente, ces tentatives d'aménagements entourant la sortie possible montrent que la singularité se révèle, à plusieurs égards, en point de suspension, se butant contre un idéal de totalité, « d'intégration pure et parfaite », qui n'arrive plus à vivre entièrement, mais qui ne parvient pas non plus à mourir parce qu'il n'a pas accompli sa tâche ; il survit, s'étire douloureusement en longueur, traîne en agonie scintillante, sentant sa peut-être fin prochaine.

CONCLUSION

Tout au long de cette thèse, nous nous sommes efforcée de répondre à deux grandes interrogations liées l'une à l'autre. La première consistait à interroger les dynamiques sociétales, qui, dans l'univers des pratiques d'intervention sociale, tendent à ériger « l'accompagnement » comme style de réponse privilégié aux difficultés et problèmes de la personne. Nous avons cherché à montrer, tant théoriquement qu'empiriquement, que ces dynamiques sociétales, qui révèlent un processus d'individualisation relativement nouveau (singularisation) (Martuccelli, 2010; Ion, 2005), forment moins l'équation d'une crise du lien social ou de la montée d'un individualisme de déliaison (Gauchet, 1998), qu'elles induisent plutôt un changement du décorum social (décorum singulariste) qui nous amène aujourd'hui à accorder une valeur sociale inédite à l'individu lui-même comme source et horizon d'action. Dans cette perspective, nous avons montré que le « succès social » de l'accompagnement, que l'on peut observer depuis quelques années sur différentes scènes de l'intervention sociale, comme celles de notre terrain, traduit l'émergence d'un « individualisme de liaison » ou d'une « société d'individualisme de masse » (Otero, 2011), c'est-à-dire d'une société où leurs membres sont massivement contraints de se singulariser, souvent en dépit de leurs positions sociales ou statutaires inégalitaires (Otero, 2011; Ehrenberg, 2010; Castel, 2009).

Après avoir tenté d'éclairer brièvement les continuités et discontinuités entre les notions de psychologisation, de désinstitutionalisation, et de singularisation, on a vu qu'elles expriment toutes à leur façon la portée contemporaine de l'individualisme. En admettant certains présupposés distincts sur les conséquences qu'elle entraîne, nous considérons que la contrainte de la singularité s'est aujourd'hui largement « démocratisée », interpellant tant l'homme d'affaires, l'itinérant, l'artiste

que le malade en fin de vie par exemple. Toutefois, loin d'incarner la figure de « l'homme total », cette synthèse anthropologique du sujet libéré (apparu dans le mouvement critique des institutions dites répressives), ou encore de « l'homme sans liens », incapable de se lier et de « faire société » (apparu dans le mouvement de la crise des institutions dites solidaires), elle signale plutôt des dynamiques de socialisation, de reproduction, de changement et de conflictualité relativement nouvelles. Ni a priori aliénantes ou libératrices, ces dynamiques révèlent des processus sociaux à la fois puissants et contradictoires, vecteurs d'inclusion et d'inégalités, qui exposent la « vulnérabilité » comme une potentialité structurelle (Roy et Châtel, 2008; Soulet, 2008) ou une « ombre portée » en tout un chacun (Otero, 2011). La nature et le degré de cette « vulnérabilité » varient néanmoins fortement en fonction des circonstances (épreuves, accidents sociaux, trajectoires etc.) et des consistances différentielles (supports, ressources, protections, etc.) dans lesquelles sont inscrits et tenus les individus. Si, dans cette perspective, la singularisation accorde une place grandissante à la prise en compte de la dignité, de la reconnaissance et du respect des individus, elle reconduit également et creuse parfois les inégalités sociales effectives et préoccupantes (Otero, 2011). La singularisation n'implique pas en soi un quelconque rééquilibrage de possibilités d'action car, bien évidemment, les individus continuent de ne pas disposer des mêmes possibilités objectives et subjectives de réaliser leur singularité. Comme nous l'avons vu avec notre terrain d'enquête, pour certains individus dont la vulnérabilité n'est pas un épisode ou état temporaire, voire elle ne semble tout simplement pas surmontable, l'« accompagnement » devient leur ombre insistante et permanente.

En effet, la seconde grande interrogation poursuivie dans cette thèse nécessitait, à notre sens, d'entreprendre une observation systématique des pratiques d'accompagnement qui reconduisent et mettent au point ces dynamiques sociétales complexes et ambivalentes dans le cadre des « expériences-limite ». C'est-à-dire ces cas de figure exceptionnels où l'intervention sociale fait la rencontre d'individus dont

la vie même est mise inéluctablement en question et le lien social est menacé sérieusement d'effritement, et de ce fait maintenu en haleine, c'est-à-dire accompagné, aux seuils ultimes de sa déliquescence. Les épreuves des personnes itinérantes et des personnes en fin de vie et/ou gravement malades, dont le registre de « l'action possible » (Martuccelli, 2005) est réduit à ce qui a de plus essentiel, permettent de mettre au jour par le fait même certains rapports constitutifs les plus élémentaires qui permettent en dernière instance aux acteurs de « se tenir » en vie et en société. Elles révèlent certaines dimensions élémentaires de cette épaisseur sociale commune dans laquelle les individus doivent être tenus et liés aujourd'hui dans la socialité ordinaire de leur temps. Même ainsi lorsque « tout le reste » manque ou fait défaut, lorsqu'il ne reste « presque rien » des dimensions significatives qui permettent aux individus ordinaires d'être « tenus dans le monde » (emploi, famille, vie amoureuse, amicale, etc.).

Entre rien et presque rien, il y a donc tout un monde. C'est ce monde que nous avons interrogé, et qui nous est apparu visible dans l'espace entre-ouvert par l'analyse volontairement transversale des dynamiques d'accompagnement de l'itinérance et de la fin de vie. Ce monde, que nous avons désigné comme un régime de « vie moindre », donne à voir non seulement certains traits distinctifs (contraintes, coercitions, limites spécifiques) qui le distinguent ainsi à plusieurs égards de l'expérience courante de la socialité ordinaire, mais rend visible aussi simultanément certaines formes et certains moyens de maintien, parfois obstinés, de cette épaisseur commune du social à partir de laquelle tout un chacun peut (et doit) se référer, s'orienter, bref agir. Épaisseur commune où les vies moindres et les vies ordinaires peuvent communiquer et entrer en résonnance à plusieurs degrés avec bien sûr toutes les ambivalences, tensions, paradoxes, conflits, etc.

Avant d'entamer cette analyse transversale, nous avons la volonté de respecter la particularité et la profondeur de chacun des deux contextes où nous avons

mené notre enquête, lesquels, a priori, relèvent de lieux, de populations et d'interventions distincts. Nous avons comme souci de montrer des réalités concrètes peu sondées ou peu visitées par la sociologie, en dressant un portrait ethnographique de chacun des deux dispositifs d'accompagnement (la Mission et la Maison), dans lesquels nous avons fait la rencontre d'individus qui incarnent en chair et en os ces expériences primordiales, à la fois dramatiques et ordinaires, comme dirait Goffman. Dramatiques, puisqu'elles mettent en scène des contextes de précarité et de vulnérabilité extrême, où la vie quotidienne est souvent synonyme de survie, où les individus vivent pour la plupart une atteinte globale de leur être, tant sociale, physique, que psychologique. Ordinaires, puisqu'elles mettent en scène des interactions, des préoccupations et des gestes banals comme dans tout milieu de travail et de vie. Pour mieux rendre compte de ces réalités, nous ne souhaitons pas, dès lors, à cette étape-ci de la thèse, les « submerger » de concepts ou de théories trop arrêtés (et souvent consacrés) qui laissent souvent peu de place aux détails et aux singularités empiriques qui, tout en étant « encombrantes » (en termes de raccourcis conceptuels notamment), montrent que tout n'est pas pure production de l'esprit. Les ethnographies présentées ici constituent, sans prétendre être exhaustives, des « diapositives projetées sur l'horizon d'une vie fragile et précaire », comme le disent si joliment Laé et Murard (1995 : 14), avec en avant-plan des interventions contemporaines « qui tranchent dans les vies ou se brisent contre elles ».

En plus de cette volonté de « projeter les diapositives » d'un horizon d'action où se noue concrètement le décorum singulariste et la vie moindre, nous avons également comme volonté d'interroger les réalités transversales à ces deux figures d'expérience-limite, l'itinérance et la fin de vie habituellement appréhendées séparément, tant au niveau des politiques sociales, des interventions que des recherches académiques. Le tout dans le but de dégager autant que faire se peut un espace analytique commun qui permette de les réinterroger en faisant appel à certains concepts ou grilles d'appréhension de la réalité moins fréquentes dans la littérature du

champ, mais qui nous semblaient répondre plus adéquatement à nos observations ethnographiques. C'est-à-dire, comme nous l'avons mentionné précédemment, nous permettant d'interroger les rapports constitutifs élémentaires qui permettent aux acteurs, même dans un régime de vie moindre, d'être « tenus et liés » dans la socialité ordinaire contemporaine travaillée en profondeur et de part en part par la singularisation. Le recours notamment aux concepts de Martuccelli (2005 ; 2010) et de Sloterdijk (1999a; 1999b ; 2002; 2006a ; 2006b) nous a permis de mener cette démarche analytique tant hasardeuse que fertile en termes d'« imagination sociologique » pour reprendre la formule de Wright Mills. De plus, il est nous apparu essentiel dans cette perspective de revenir à des questions à la fois simples et fondamentales - « qui, quoi, où » - mais qui, à la lumière d'une lecture transversale, ne sont pas sans créer d'embûches aux catégories avec lesquelles nous avons tendance à aborder certaines réalités.

Dans cet esprit, nous avons montré en tout premier lieu l'entrecroisement et parfois la correspondance étroite au niveau des sujets (« qui ») des deux dispositifs d'accompagnement. Nous avons été étonnée de rencontrer à la Maison autant d'individus qui, avant d'y entrer soit pour mourir ou pour se faire accompagner dans une phase de crise de la maladie, étaient parmi d'autres choses « sans-abri », voire même « ex-clients » de la Mission ou d'autres refuges pour itinérants à Montréal. Nous avons été surprise de rencontrer autant de trajectoires d'accompagnement qui se recoupent, les deux ressources formant une sorte de vase communiquant inusité entre « soins terminaux » physiques (soins palliatifs) et « soins sociaux » terminaux sociaux (assistance de dernier recours). Or, comme l'indique Quéré, c'est souvent à partir de ces « surprises » rencontrées sur le terrain que l'enquête sociale prend toute sa valeur, laquelle se définit en effet selon lui comme « le travail d'exploration, de problématisation et d'observation déployée [...] pour socialiser des surprises créées par les événements et les situations qu'il révèle » (2004 : 82). Face au constat d'une correspondance frappante au niveau des trajectoires des individus accompagnés, il

nous a donc semblé essentiel de revenir à la question élémentaire : « qui » accompagne-t-on dans les deux d'enquêtes? Des deux côtés, on répond avant tout par une énumération de problématiques variées et intriquées : ce sont des personnes, pour une grande majorité, ayant des problèmes de santé mentale, de toxicomanie, de santé physique, d'hébergement, de pauvreté extrême, d'itinérance, d'isolement social et relationnel. Bref une clientèle dite « multiproblématique », ce qui tend à mettre en porte-à-faux d'emblée la « naturalité » des frontières des « populations spécifiques » (population itinérante, population VIH/Sida, etc.) autour desquelles se matérialisent et s'entretiennent généralement les interventions (soins de santé, travail social, thérapies, etc.) et les missions des organisations (insertion, assistance, prévention, etc.) spécifiques.

Cette approche populationnelle devenue la norme dans l'appréhension des « problèmes sociaux » (Otero, 2011), a permis de développer des pratiques et des interventions plus adaptées aux besoins et situations précis des sujets « vulnérables » et de mettre en place des mesures d'aide moins « englobantes » que celles des institutions de prise en charge totales, peu soucieuses de l'individualité des personnes et des situations spécifiques. Toutefois, elle tend à laisser de côté, voire à « produire », paradoxalement, dans le cas spécifique de la vie moindre, des individus qui semblent toujours « trop singuliers », avec toujours « trop de problèmes », « trop de besoins », qui semblent toujours en surplus pour les différents dispositifs d'intervention centrés principalement sur une population, une problématique ou un besoin spécifique. Surplus qui se manifeste moins en nombre, que par une charge qui met à l'épreuve l'action possible de ces dispositifs, tombant presque toujours entre les missions, expertises, stratégies, critères d'admissibilité spécifiques. On sait rarement quoi faire avec cette vie en surplus et parfois en sursis : où la placer ? À qui la référer ? On se sent pris avec ou alors on ne peut que la reléguer et la transférer constamment ailleurs, créant chez les intervenants qui en ont la « dé-charge », comme ceux de notre

terrain, le sentiment parfois de se faire reléguer le « sale boulot », comme en témoigne l'expression parlante du « dumping ».

Mais cette réalité tend surtout à redoubler chez les individus qui incarnent cette vie en surplus des sentiments de rejet, de mise à l'écart et d'instabilité constante, ne sachant jamais tout à fait où et quand ils seront relégués, replacés, transférés, renvoyés ailleurs. Cela semble d'autant plus prégnant dans le contexte de la socialité contemporaine, où une grande part des mesures d'aides du réseau ou de la « communauté des vulnérables » tendent à insister sur l'importance de « sortir » les individus d'une situation de « dépendance » ou de « passivité » (face à leur vulnérabilités ou aux institutions qui les gèrent), misant notamment sur leur autonomie et leur responsabilité pour surmonter ou maîtriser leur propres difficultés et insuffisances. Or, comme nous l'avons vu, la clientèle des deux ressources mettent à tout point de vue à l'épreuve cet idéal de « l'autonomie par émancipation » (Ehrenberg, 2010). Leur vulnérabilité, loin d'être un état passager ou une parenthèse transitoire sur le chemin de la singularité, est décrite dans les deux cas dans les termes d'une charge ou d'une pesanteur quasi-ontologique, évoquant l'idée presque inavouable, autant pour les tenants « conservateurs » que « progressistes », de l'indépassable, de l'insurmontable, d'une « insoutenable lourdeur de l'être ». Les termes tels que « bagages lourds », « parcours chargés », « personnes hypothéquées », voire l'ineffable terme « chronique », décrivent des existences dont la « dépendance » devient une question avant tout de survie à la fois sociale et physique.

En somme, pour ces raisons, il nous est apparu fertile de proposer l'expression « vie moindre » pour désigner, non pas des « populations spécifiques » (itinérants, sidéens, toxicomanes etc.), ou une problématique spécifique (VIH/Sida, itinérance, maladie, etc.), mais ce régime d'existence qui émerge au croisement transversal de notre terrain d'enquête. De manière concise, nous avons défini la vie moindre

comme un régime de vie spécifique où les coercitions à l'œuvre (obstacles, contraintes, résistances) tendent à réduire au « moindre » l'action possible dans le contexte sociétal qui est le sien. Dans un régime de vie moindre, « presque rien ne va » et « presque rien ne peut », comme nous l'avons vu. Ni vie nue, ni vie perdue, entre vie active et mort sociale, la vie moindre représente néanmoins de manière idéal-typique cette figure de « l'homme empirique », ce « matériau humain » (Goffman, 1968) grandement résistant qui tend à mettre radicalement à l'épreuve les limites de la socialité, voire de la vie tout court, et qui semble si éloigné des figures humanistes juridiques, politiques ou économiques de l'individu abstrait. La vulnérabilité des individus qui incarnent, en chair et os, la vie moindre, ne semble pas pouvoir en ce sens être « résorbée » facilement par les mesures classiques de l'intervention sociale pensées majoritairement sous le mode d'un « dispositif de rattrapage », c'est-à-dire dont l'objectif est de réduire l'écart de « certaines populations » des dynamiques de progrès traversant l'ensemble de la société (Castel, 2005 : 35). Dans la consistance sociale spécifique de la vie moindre, marquée par un cumul de manques de ruptures ou par la négation permanente de certains liens sociaux « actifs » (Roy, 1995; 2008) nous sommes, en effet, moins dans l'idée de ce « grand social intégrateur » que dans celle, davantage modeste et pragmatique, d'un maintien minimal d'une action possible (Ravon, 2005).

Il semble néanmoins que ce soit la viabilité même de ce type de « dispositif de rattrapage » — conçu comme solidaire de l'organisation des « couvertures de masse » (greffées sur les populations et sur le modèle de l'intégration) — qui soit remise en question de manière générale, au-delà des obstacles autrement dit que lui posent la vie moindre. Dans la « société singulariste », où l'on assiste à une mise en mobilité généralisée des structures comme des individus censés s'y intégrer (Castel, 2005; 2009), où l'autonomie et la responsabilisation sont devenus les points de repères de la normativité sociale, nous assistons peut-être davantage au déploiement généralisé des « couveuses » qu'au renforcement des couvertures de masse, c'est-à-dire à ce mode

de dispositif « d'accompagnement » qui se compose autour des exigences accrues de singularisation des parcours, exigences qui interpellent également les individus les plus fragiles et les plus précaires de la société, comme ceux de la vie moindre.

Les couveuses, qui évoquent à la fois l'image de l'incubateur pour les nouveau-nés fragiles prématurés, et celle utilisée par les entrepreneurs d'affaires éloignés de la culture du salariat, comme nous l'avons vu (chapitre VI) mettent en œuvre des modalités d'action qui tendent à s'inscrire directement sur les singularités individuelles ou encore sur les processus de personnalisation, plutôt que dans les logiques des « machines sociales » de masse anonymes et autoréférentielles, comme l'hôpital et le refuge. D'où l'idée de « protection sociale objective » qui ne semble plus pouvoir se penser uniquement en termes de sécurité matérielle ou de ressources objectives (hébergement, aide sociale, nourriture, etc.), mais exige aussi une forme explicite et organisée de « protection des subjectivités » (lieux d'écoute, besoin de parler, d'être réconforté, de créer des liens durables et de confiance, etc.). L'idée même de prise en charge complète et de longue durée des vulnérabilités lourdes par la fixation institutionnelle des corps devient désuète, suspecte, inadéquate et invalidante, ce qui se traduit par une demande d'équipements nouveaux, plus souples, plus allégés et plus temporaires. Car, nous semble-t-il, ce qui est visé est moins le classique redressement des corps ou la non moins classique transmission des « bonnes » valeurs, que le rehaussement et la solidification par des « techniques de soi » de dimensions ou capacités « psychosociales » à la fois affectives et actives qui caractérisent aujourd'hui l'épaisseur constitutive de l'individualité ordinaire de tout être humain. C'est ce « psychosocial » qu'il s'agit d'atteindre et d'investir chez tout un chacun, car c'est dans le travail sur cette épaisseur distincte tant des corps à héberger et à dresser que des moralités à corriger de manière prescriptive, que les promesses « d'efficacité » de l'accompagnement trouvent leur sens par leur résonance avec la socialité ordinaire qu'on veut rejoindre et de l'individualité ordinaire qu'on veut façonner. D'où l'insistance parfois « acharnée », dans la vie moindre, des

intervenants pour mettre en valeur, solliciter, rendre explicite à tout cette consistance psychosociale, parfois au risque d'hasarder leur propre personne (fatigue, épuisement, sentiment de perte de limites, etc.)

Les couveuses, ces incubateurs sociaux de la singularité, semblent émerger pour le moment de manière plus insistante dans les marges de la société, de même qu'hier, dans le laboratoire social des institutions totales, pouvaient s'éprouver, se cultiver, s'expérimenter et se transformer avec leur lot d'échecs, de succès et de ratés, la mise en place de politiques sociales de masse. Elles donnent à voir, dans le cas spécifique de la vie moindre des dynamiques sociales positives de reconnaissance, de respect, de prise en compte de l'individualité des sujets. Voilà une nouveauté qu'on devrait mettre au crédit d'une distribution positive des nouveaux «droits», tout comme l'ont été autrefois les droits de l'homme (Ion, 2005). Celles dynamiques davantage encourageantes tendent néanmoins à entrer en tension avec les injonctions massives de responsabilisation et d'autonomie, qui ne tiennent pas toujours compte, notamment au moment de penser la « sortie possible » de la vie moindre, des ressources inégales dont les individus disposent. On est donc devant une reconduction d'un clivage inégalitaire, problème pour lequel les dynamiques de singularisation n'ont pas, semble-t-il, trouvé de solution. Mais chose certaine, si « on meurt tous », on ne peut pas tous, néanmoins, « s'en sortir », comme l'affirment d'ailleurs sans complexes les intervenants rencontrés. On ne peut pas tous, autrement dit, « réussir » sa singularisation, ou accomplir son autonomie, à moins d'être accompagnés « en tout temps » et « jusqu'où bout », ce qui réintroduit tantôt le spectre de la vieille figure de la dépendance, tantôt la nouvelle figure de l'« acharnement normatif ». Là aussi, les expériences-limite de la fin de vie et de l'itinérance se recoupent et se rencontrent dans les blocages lourds de l'action possible qui se travestit parfois en simulacre dramatique de vie sociale. Itinérance et fin de vie semblent ici ontologiquement nouées dans les certitudes sombres et les aléas miroitants de la « vie moindre ». Les formes contemporaines du « se tenir » se déclinent aujourd'hui dans le socle commun

(et institutionnalisé) de l'accompagnement qui, lui, se montre sans distinction pour les vies moindres, les vies ordinaires ou les vies «pleines». Si entre rien et presque rien il y a tout un monde, ce monde est à la fois étranger dans sa consistance dramatique et familier dans ses promesses sociétales de salut.

RÉFÉRENCES

- Abels, C. 1998. « L'accompagnement de l'enfant placé dans son travail d'histoire de vie ». In *Accompagnement et histoire de vie*, sous la dir. de G. Pineau. Paris : Harmattan.
- Adler, P.A et Adler, P.1987. *Membership Roles in Field Research*. London: Sage.
- Agamben, G.1998.*Homo Sacer. (Tome 1)*. Paris: Seuil.
- Ariès, P. 1975. *Essai sur l'histoire de la mort*. Paris : Seuil.
- Astier, I. 2007. *Les nouvelles règles du social*. Paris: PUF, 199 p.
- Astier, I. et Duvoux, N. 2006. *La société biographique : une injonction à vivre dignement*. Paris : Harmattan.
- Auger.1994. *Pour une anthropologie des mondes contemporains*. Paris : Flammarion
- Autès, M. 1995. « Genèse d'une nouvelle question sociale: l'exclusion ». *Lien social et politiques-Riac*, no 34, p. 43-53.
- Bajoit, G. 2007. «Regard sociologique sur l'individualisme contemporain». In *Individu social : autre réalité, autre sociologie?* sous la dir. de M. Hirschhorn, p. 247-279. Paris: PUL
- Bauman, Z. 2004. *L'Amour liquide. De la fragilité des liens entre les hommes*. Paris : Rouergue.
- Bauman, Z. 2009. *Vies perdues*. Paris : Payot.
- Bauman, Z. 2010.*La vie en miettes*. Paris: Hachette.
- Beck, U. 1998. *La société du risque. Sur la voie d'une autre modernité*. Paris : Flammarion.
- Belain, E. 2004. *Une sociologie des espaces potentiels*. Bruxelles : De Boeck.
- Benasayag, M. 2008. *La santé à tout prix*. Paris : Bayard.
- Boltanski, L. 2004. *La condition fœtale*. Paris : Gallimard.
- Boltanski, L. et Chiapello, E. 1999. *Le nouvel esprit du capitalisme*. Paris : Gallimard.
- Bourdieu, P. 1981. « Préface ». In *Les chômeurs de Marienthal*, sous la dir. de Lazarsfeld et al. Paris : Minuit.
- Brossat, A. 2003. *La démocratie immunitaire*. Paris: Dispute.
- Castel, R. 1976. *Le psychanalysme*. Paris : Maspero.
- Castel, R. 1981. *La gestion des risques : de l'anti-psychiatrie à l'après-psychanalyse*. Paris: Minuit, 227 p.
- Castel, R. 1994. «La dynamique des processus de marginalisation: de la vulnérabilité à la désaffiliation». *Cahiers de recherche sociologique*, no. 22, p.11-25.
- Castel, R. 2006. «La précarité ou l'individu par défaut». In *L'individu contemporain. Regards sociologiques*, sous la dir. de X. Molénat, p. 149-155. Paris : Sciences humaines.
- Castel, R. 2009. *La montée des incertitudes*. Paris : Seuil.

- Castel, R. et Haroche, C. 2001. *Propriété privée, propriété sociale et propriété de soi. Entretien sur la construction sociale de l'individu moderne*. Paris: Fayard, 208 p.
- Castra, M. 2003. *Bien mourir. Sociologie des soins palliatifs*. Paris : PUF.
- Cellard, A. 1997. «L'analyse documentaire». In *La recherche qualitative. Enjeux épistémologiques et méthodologiques*, sous la dir. de J. Poupart et al., p. 211-244. Montréal : Gaëtan Morin.
- Chamboredon, J-C. 1976. «Sociologie et histoire sociale de la mort : transformation du mode de traitement ou crise de la civilisation ». *Revue française de sociologie*, vol. XVII, no. 4, octobre-décembre, p. 665-676.
- Châtel, V. 2008. «Au-delà de la vulnérabilité sociale, la vulnérabilité symbolique ». In *Penser la vulnérabilité*, sous la dir. de Roy, S. et Châtel, V., p. 201-238. Montréal : PUQ.
- Clarke et Newman.1997. *The Managerial State*. London : Sage.
- Conseil de la santé et du bien être. 2003. *Pour une plus grande humanisation des soins en fin de vie*. Québec : Gouvernement du Québec.
- Coffin, 2007. « Stigmatisation et dégénérescence. Le vocabulaire psychiatrique au XIX^e et aux XX^e siècles » In *Corps normalisé, corps stigmatisé, corps racialisé*, sous la dir. de G. Boetsch, C. Hervé, J. Rozenberg, p. 171-185. Bruxelles, De Boeck.
- Conseil des affaires sociales. 1991. *Admettre la mort. L'affronter avec sagesse et humanité*. Québec: Gouvernement du Québec.
- Deleuze, G. 1993. « Bartleby ou la formule » dans *Critique et clinique*, p. 89-114. Paris : Minuit.
- de Singly, F. 2003. « Intimité conjugale et intimité personnelle. À la recherche d'un équilibre entre deux exigences dans les sociétés modernes avancées ». *Sociologie et société*, vol.35, no 2, p. 79-96.
- de Singly, F. 2005 «Brève généalogie de la question individualiste ». In *Les politiques de l'individualisme*. Sous la dir. de F. de Singly, F. Corcuff, P. et J. Ion (dir.), p. 18-37. Paris: Textuel
- Dorvil, 1987. « Les caractéristiques du syndrome de la porte tournante à l'Hôpital Louis-H Lafontaine ». *Santé mentale au Québec*, vol. 12, no.1, p. 79-89.
- Douglas, M. 2005. *De la souillure*. Paris: Découverte.
- Dubet, F. 2002. *Le déclin de l'institution*. Paris : Seuil.
- Dubet, F. 2004. *Les inégalités multipliées*. La Tour d'Aigues : Éditions de l'aube.
- Dubet, F. 2008. «Le travail de l'individu ». In *Identités de l'individu contemporain*, sous la dir. de Calame, C., p. 115-129. Paris : Textuel.
- Ehrenberg, A. 1995. *L'individu incertain*. Paris: Pluriel.
- Ehrenberg, A. 1998. *La fatigue d'être soi. Dépression et société*. Paris: Odile Jacob.
- Ehrenberg, A. 2010. *La société du malaise*. Paris: Odile Jacob.
- Fassin, D. 2004. *Des maux indicibles*. Paris : Découverte.
- Fassin. 2006. « La biopolitique n'est pas une politique de la vie ». *Cahiers de recherches sociologiques*, vol. 38, no. 2, p. 35-48.

- Favret-Saada, J. 1977. *Les Mots, la mort, les sorts : la sorcellerie dans le bocage*. Paris : Gallimard.
- Fecteau, J.-M. 2000. «L'école de la précarité : vagabonds et errants à Montréal au tournant du siècle ». In *L'errance urbaine*, sous la dir. de D. Laberge, p. 11-26. Montréal : MultiMondes.
- Ferry, L. et A. Renaut. 1988. *La pensée 68*. Paris : Gallimard.
- Foucart, J.-C. 2009. «Dispositif de bienveillance et construction transactionnelle ». *Pensée plurielle*, vol. 22, no 3.
- Foucault, 1963. *Naissance de la clinique*. Paris : PUF.
- Foucault, M. 1966. *Les mots et les choses*. Paris: Gallimard.
- Foucault, M. 1972. *Histoire de la folie à l'âge classique*. Paris : Gallimard.
- Foucault, M. 1975. *Surveiller et Punir*. Paris: Gallimard.
- Foucault, M. 1976. *La volonté de savoir. Histoire de la sexualité*, vol.1. Paris : Gallimard.
- Foucault, M. 1977. « Le jeu de Michel Foucault ». In M. Foucault, *Dits et écrits II*, p. 298-329. Paris : Gallimard.
- Foucault, M. et al. 1995. *Les machines à guérir*. Paris: Mardaga.
- Françoise Moquin et Michèle Blanchard (1999) *Êtres aux passages de la vie*. Éditions Samsarah/Rainbow Planet
- Fukuyama, F. 2004. «An antidote to Empire ». In *The New York Times*. [en ligne] <http://www.nytimes.com/2004/07/25/books/an-antidote-to-empire.html> (page consultée le 8 février 2011).
- Furtos, J. 2000. « Épistémologie de la clinique psychosociale ». *Pratiques en santé mentale*, no 1, p. 23-32.
- Furtos, J. et Colin. 2002. « Accompagner jusqu'au bout ». *ORSPERE-ONSMP*, novembre 2002, 85 p.
- Gagnon, E. 2010. « Une société d'accompagnement ». In *Proximités. Lien, accompagnement et soin*, sous la dir. de Clément, M. et al., p. 333-355. Montréal : PUQ.
- Gauchet, M. 1998. «Essai de psychologie contemporaine : le nouvel âge de la personnalité». *Débat*, no. 99.
- Gaulejac, V. et I. Taboada-Leonnetti. 1994. *La lutte des places. Insertion et désinsertion*. Paris: Desclée de Brouwer, 286 p.
- Genard, J.-L. et F. Cantelli. 2008. « Êtres capables et compétents : lecture anthropologique et pistes pragmatiques », *SociologieS* [En ligne]: <http://sociologies.revues.org/index1943.html> (page consultée le 12 mars 2011).
URL
- Genard, J.-L. 2009. «Une réflexion sur l'anthropologie de la fragilité, de la vulnérabilité et de la souffrance ». In *Destins politiques de la souffrance*, sous la dir. de Périlleux et Cultiaux, p. 27-47. Paris : Erès.
- Giddens, A.2004. *Les conséquences de la modernité*. Paris: l'Harmattan.
- Giddens, A. 2006. *La transformation de l'intimité*. Paris : Pluriel.

- Giuliani, F. 2005. «L'ordre pactisé de la relation d'accompagnement : analyse d'un soutien de dispositif de soutien à la parentalité». In *Travail social et souffrance psychique*, sous la dir. de J. Ion *et al*, p. 125-153. Paris : Dunod.
- Glaser, B.G. et A. Strauss. 2010. *La découverte de la théorie ancrée*. Paris : Armand Colin.
- Glaser, B.G. et A. Strauss. 1968. *Time for dying*. Chicago : Aldine.
- Goffman, E. (1968). *Asiles. Études sur la condition sociale des malades mentaux et autres reclus*. Paris : Éditions de Minuit.
- Grelet et Potte-Bonneville. 2000. « Une biopolitique mineure? Entretien avec Giorgio Agamben ». *Vacarme*, no. 10. [en ligne] :<http://www.vacarme.org/article255.html> (consulté le 10 février 2011).
- Grelet, S. et M. Potte-Bonneville. 2000. « Une biopolitique mineure. Entretiens avec Agamben », *Vacarmes*, no. 10.
- Groleau, L. 1999. « L'effet structurant des politiques dans la définition et la construction du phénomène de l'itinérance, et les impacts sur les services et l'intervention ». *Nouvelles pratiques sociales*, vol.12, no 2, p. 27-44.
- Guérin, S. 2010. *De l'État providence à l'État accompagnement*. Paris : Michalon.
- Hardt et Negri. 2000. *Empire*. Paris : Exils.
- Hervieu-Léger, D. 2001. *La religion en miettes*. Paris : Calman-Lévy.
- Hertz, R. 1907. «Contribution à une étude sur la représentation scientifique de la mort ». *L'Année sociologique 1905-1906*. Paris : Félix Lacan.
- Herzlich, C. 1976. « Le travail de la mort ». *Annales- Économie. Sociétés. Civilisations*, no 1, p. 197-217
- Honneth, A. 2000. *La lutte pour la reconnaissance*. Paris : Cerf.
- Houellebecq, M. 1994. *Extension du domaine de la lutte*. Paris : Maurice Nadeau.
- Illich, I. 1975. *Némésis médicale. L'expropriation de la santé*. Paris : Seuil.
- Inglehart, R. 1997. *Modernization and Postmodernization*. New-Jersey: PUP
- Ion, J. 2002. «Métamorphoses de l'engagement, espace public et sphère politique » In *L'engagement pluriel*, sous la dir. de J. Ion. St-Étienne : Publication de l'Université de Saint-Étienne
- Ion, J. 2005a. «Brève généalogie de la 'question individualiste' ». In. *Politiques de l'individualisme. Entre sociologie et philosophie.*, sous la dir. de P. Corcuff *et al.*, 18-37. Paris: Discorde.
- Ion, J. 2005b. «Introduction». In *Travail social et souffrance psychique*, sous la dir. de J. Ion *et al.*, p. 1-19. Paris : Dunod
- Jaccoud, M. et Mayer, R. 1997. «L'observation en situation de recherche qualitative». In *La recherche qualitative. Enjeux épistémologiques et méthodologiques*, sous la dir. de Poupart *et al.*, p. 211-244. Montréal : Gaëtan Morin.
- Karsenti, B. 1996. «Le piège de l'exclusion», *Multitudes* [en ligne] <http://multitudes.samizdat.net/Le-piege-de-l-exclusion.html> (page consultée le 9 octobre 2008).
- Kauffman, J.-C. 2007. *L'invention de soi*. Paris: Hachette.
- Laé, J-F. 2008. *Les nuits de la main courante*. Paris : Stock.

- Laé, J.-F. et N. Murard. 1995. *Les récits du malheur*. Paris: Descartes.
- Lafontaine, C. 2008. *La société post-mortelle*. Paris : Seuil.
- Lapassade, G. 1991. *L'ethno-sociologie*. Paris : Méridiens-Klinsiek.
- Laperrière, A. 1997. La théorisation ancrée : démarche analytique et comparaison avec d'autres approches apparentées. In *La recherche qualitative. Enjeux épistémologiques et méthodologiques*, sous la dir. de Poupart et al., p. 309-333. Montréal : Gaëtan Morin.
- Laplantine, F. 1996. *La description ethnographique*. Paris : Nathan.
- Larouche, J.-M. 1991. «La mort et le mourir, d'hier à aujourd'hui », *Religiologiques*, no. 4, p. 73-9
- Lash, C. 2001[1979]. *La culture du narcissisme*. Paris : Climats
- Laurin, N. 1999. «Le démantèlement des institutions intermédiaires de la régulation sociale. Vers une nouvelle forme de domination». *Sociologie et sociétés*, vol. XXXI, no 2, p. 65-72.
- Laurin, N. 2001. « L'accompagnement ». *Arguments*. Vol. 4, no 1, p. 71-78
- Laval, C. 2005. « L'extension de la clinique au sein du dispositif RMI ». In *Travail social et souffrance psychique*, sous la dir. de J. Ion et al., p. 95-122. Paris : Dunod.
- Lazzarato, M. 2009. « Mai 68, la 'critique artiste' et la révolution néolibérale. In *La Revue Internationale des Livres et des Idées*, [en ligne] <http://www.revuedeslivres.net/articles.php?idArt=271> (page consultée le 28 mars 2011).
- Le Bouëdec, G. 2003. «La démarche d'accompagnement. Un signe des temps ». *Revue d'éducation permanente*, no 153
- Le Cler, R. 1997. *Les maisons où la mort vit*. Recherche-action sur les maisons communautaires d'hébergement-Sida, COCQ Sida.
- Lecomte, Y. 1991. « Les mécanismes d'adaptation des malades mentaux chroniques à la vie quotidienne ». *Santé mentale au Québec*, vol. 16, no 2, p. 99-120.
- Leibing, A. 2005. « Pratiques de bons soins- la maladie d'Alzheimer et la «personne intérieure ». *Cahiers de recherche sociologique*, no 41-42, p. 147-169
- Lipovetsky, G. 1983. *L'ère du vide. Essai sur l'individualisme contemporain*. Paris : Gallimard.
- Maison d'Hérelle. 2009. *Rapport annuel. 2008-2009*.
- Martuccelli, D. 2002. *Grammaires de l'individu*. Paris: Folio.
- Martuccelli, D. 2004. «Figures de la domination». *Revue française de sociologie*, vol. 45, no 3, p.469-497
- Martuccelli, D. 2005. *La consistance du social. Une sociologie pour la modernité*. Paris: Les PUR.
- Martuccelli, D. 2007. « La sociologie aux temps de l'individu», Interrogations [en ligne], <http://www.revue-interrogations.org/article.php?article=107>, no 5, décembre, p. 65-84.
- Martuccelli, D. 2006. *Forgé par l'épreuve*. Paris : Armand Collin.
- Martuccelli, D. 2010. *La société singulariste*. Paris : Armand Collin.

- Martuccelli, D. et Singly, F. 2009. *Les sociologies de l'individu*. Paris : Armand Collin.
- Mayer, R. 2002. *Évolution des pratiques sociales*. Montréal : Gaetan Morin.
- McCarthy, J. W. 1967. « *The Old Brewery Mission inc. A summary of the Work of the Mission and Some of its History. 1889-1967* ». *OBM Historical Review 1930-1993*, P688/A2, 01.
- Measor, L. et P. Woods. 1984 *Changing Schools: Pupil Perspectives on Transfer to a Comprehensive*. Milton Keynes: Open University Press.
- Memmi, D. 2003. *Faire vivre et laisser mourir. Le gouvernement contemporain de la naissance et de la mort*. Paris : Découverte.
- Mercier, C. 1988. « Le patient psychiatrique chronique dans la communauté : son expérience de vie ». *L'information psychiatrique*, no 10, p. 1301-1307.
- Michon, P. 2010. « Rythmes de l'individuation et individuation des rythmes », *Rhuthmos*, 16 juillet 2010 [en ligne]. <http://rhuthmos.eu/spip.php?article114>
- Miles et Huberman, 1984. *Qualitative Data Analysis. A Sourcebook of New Methods*. Beverly Hills : Sage.
- Ministère de la Santé et des Services Sociaux (MSSS). 1992. *Politique de la santé et du bien-être*. Québec : Gouvernement du Québec.
- Ministère de la Santé et des Services Sociaux (MSSS). 1998. *Programme québécois de lutte contre le cancer. Pour lutter efficacement contre le cancer, formons équipe*. Québec : Gouvernement du Québec.
- Ministère de la Santé et des Services Sociaux (MSSS). 2004. *Politique en soins palliatifs de fin de vie*. Québec : Gouvernement du Québec.
- Ministère de la Santé et des services sociaux (MSSS). 2010. *Cadre de référence de l'itinérance au Québec*. Québec : Gouvernement du Québec.
- Moreau de Bellaing, C. 2004. « Évaluer la teneur d'une air démocratique. Le point de vue de l'institution policière ». *Etnographies* [en ligne] <http://www.ethnographiques.org> (page consultée le 26 mars 2011).
- Murard, N. 2003. *La morale de la question sociale*. Paris : Dispute.
- O'Connell, J. 2005. « Premature Mortality in Homeless Populations: A Review of the Literature ». Rapport. *National health care for the homeless council*. Décembre, p. 1-19
- Ogien, A. et M. Toledo. 1986. « Le sens de l'hospitalisation ». *Sciences sociales et société*, vol. 4, no 2, p. 5-32.
- Organisation mondiale de la santé (OMS). 2005. « Prévention des maladies chroniques : un investissement vital ». *Rapport mondial*. OMS, octobre 2008.
- Otero, M. 2003. *Les règles de l'individualité contemporaine*. Sainte-Foy: PUL.
- Otero, M. 2011a. « Des populations problématiques aux dimensions problématisées ». In *Qu'est-ce qu'un problème social aujourd'hui?* sous la dir. de Otero, M. et Roy, S. (à paraître).
- Otero, M. 2011b. *L'ombre portée*. Montréal : Boréal.
- Otero, M. et D. Namian. 2011. « Grammaires de la souffrance ». In *La souffrance à l'école*, PUQ (à paraître).

- Paugam, S. 1991. *La disqualification sociale: essai sur la nouvelle pauvreté*. Paris: PUF.
- Paugam, S. 1996. *L'exclusion, l'état des savoirs*. Paris: Découvert.
- Paul, M. 2004. *L'accompagnement : une posture professionnelle spécifique*. Paris : L'Harmattan.
- Peretz, H. 1998. *Les méthodes en sociologie : l'observation*. Paris : Découverte.
- Pichon, P. et Ravon B., 2006. « Souci de la relation et accompagnement social : le Samu Social et les Camions du coeur ». In *Associations laïques et confessionnelles : identités et valeurs*, sous la dir. de M. Cohen. Paris : Harmattan.
- Pichon, P. 2005. « Intervention d'urgence et désocialisation : éléments et généalogiques ». In Ion et al. (dir.), *Travail social et souffrance psychique*, p. 59-86. Paris : Dunod
- Pirès, A. 1997. «Échantillonnage et recherche qualitative : essai théorique et méthodologique». In *La recherche qualitative. Enjeux épistémologiques et méthodologiques*, sous la dir. de Poupart et al., p. 113-167. Montréal : Gaëtan Morin.
- Poupart, J. et al. 1997. *La recherche qualitative. Enjeux épistémologiques et méthodologiques*. Montréal : Gaëtan Morin.
- Prudhome, 2003. «Accompagnement de projet professionnel et bilan de compétences. Être-là et s'abstraire pour permettre au sujet d'intervenir ». *Revue d'éducation permanente*, no 15.
- Ravon, B. 2002. «Le temps fragile de la solidarité. Actions associatives, souci de la relation et critique des institutions». *Cahiers millénaire 3, Les logiques associatives*.
- Ravon, B. 2005. «Vers une clinique du lien défait? ». In *Travail social et souffrance psychique*, sous la dir. de J. Ion et al., p. 25-56. Paris : Dunod.
- Ravon, B. 2008. « Souci du social et action publique sur mesure. L'expérience publique, singulière et critique des problèmes sociaux ». *SociologieS*, [en ligne]: <http://sociologies.revues.org/document2713.html>. (page consultée le 28 mars 2011).
- Renault, E. *Souffrances sociales*. Paris : Découverte.
- Revault d'Allonnes, M. 2008. *L'Homme compassionnel*. Paris : Seuil.
- Robertis, C. 2007. *Méthodologie de l'intervention en travail social*. Paris : Bayard.
- Rosavallon, P. 1998. *La nouvelle question sociale*. Paris: Seuil.
- Roy, S. 1995. « L'itinérance, forme exemplaire d'exclusion sociale? ». *Lien Social et Politiques-RIAC*, no 34. p. 73-80
- Roy, S. 2007. « De l'exclusion à la vulnérabilité. Continuité et rupture ». In *Penser la vulnérabilité*, sous la dir. de S. Roy et V. Châtel, p. 13-31. Montréal : PUQ.
- Roy, S. et V. Châtel, V. (sous la dir. de). 2008. *Penser la vulnérabilité*. Montréal : PUQ
- Roy, S. et Hurtubise, R. 2007. « Introduction ». In *L'itinérance en question*, sous la dir. de S. Roy et R. Hurtubise. Montréal : PUQ.

- Roy, S. et D. Morin. 2007. «L'aide aux personnes itinérantes. Un réseau pour agir »
In *L'itinérance en questions*, sous la dir. de S. Roy et R. Hurtubise, p. 195-214.
Montréal : PUQ.
- Saillant, F. et E. Gagnon. 2000. *De la dépendance et de l'accompagnement. Soins à domicile et liens sociaux*. Paris : Harmattan & Sainte-Foy : PUL.
- Schatzman, L. et A.L. Strauss. 1973. *Field Research*. New Jersey: Prentice- Hall.
- Schnapper, D. 1981. *L'épreuve du chômage*. Paris: Gallimard.
- Sen, A. 1995. *Inequality Reexamined*. Boston : Harvard University Press
- Sennett, R. 1979. *Les tyrannies de l'intimité*. Paris: Seuil.
- Sennett, R. 2006. *Respect*. Paris : Hachette.
- Sloterdijk, P. 1999a. *Règles pour le parc humain*. Paris : Mille et une nuits.
- Sloterdijk, P. 1999b. *Essai d'intoxication volontaire*. Paris : Calmann-Lévy.
- Sloterdijk. 2000. *La domestication de l'être*. Paris : Mille et une nuits.
- Sloterdijk, P. 2002. *Bulles*. Paris : Pluriel.
- Sloterdijk, P. 2003. *La mobilisation infinie*. Paris : Seuil.
- Sloterdijk, P. 2006a. *Écumes*. Paris : Pluriel.
- Sloterdijk. P. 2006b. *Le palais de Cristal*. Paris : Libella Maren Sell.
- Soulet, M.-H. 2008. «La vulnérabilité. Un problème social paradoxal ». In *Penser la vulnérabilité*, sous la dir. de S. Roy, S. et V. Châtel, p. 65-87. Montréal : PUQ.
- Soulet, M.-H. 2009. «Drogues et conventionalité : un ménage commun? ». *Psychotropes*, vol. 15, no 4.
- Sudnow, D. 1967. *Passing on. The Social Organisation of Dying*. New-Jersey : Prentice-Hall.
- Swaan, G. 1995. *Sous l'aile protectrice de l'État-providence*. Paris : PUF.
- Thomas, L.- V. 1975. *Anthropologie de la mort*. Paris : Payot.
- Uniposs. 1995b. *Guide pratique de l'accompagnement social*. Paris: Syros.
- Uniposs. 1995a. *L'accompagnement et l'insertion sociale: pratiques associatives*. Paris: Syros.
- Van Gennep. 1909. *Les rites de passage*. Paris: E. Nourry.
- Virno, P. 2002. *Grammaire de la multitude*. Paris: Éclat.
- Vranken, D. 2002. *Le crépuscule du social*. Bruxelles : Labor.
- Vranken, D. et Macquet, C. 2006. *Le travail sur soi*. Paris : Belin.
- Warin, J.-P. 2010. « Ciblage, discrimination et non-recours ». *Revue du Crémis*, vol.3, no 2, p. 16-23
- Wittgenstein, L. 2004. *Recherches philosophiques*. Paris: Gallimard.
- Wright Mills. 1997. *L'imagination sociologique*. Paris: La découverte.
- Ziegler, J. 1975. *Les vivants et la mort*. Paris : Seuil.

Sites internet

<http://www.maisondherelle.org/>
<http://www.oldbrewerymission.ca>
<http://www.uniondescouveuses.com/>