

Rendre compte avec *politesse* du soin apporté aux grands précaires

Circulations d'enquêtes et écritures attentives

Le présent article reprend un travail de recherche mené entre 2009 et 2011 par le Groupe Recherche ACTION<sup>1</sup> dans le cadre du programme Soigner Soulager Accompagner de la Fondation de France. Cette commande de recherche portait sur « la fin de vie et la maladie grave des grands précaires »<sup>2 3</sup> ; elle s'est concrétisée dans un premier temps en un état des lieux de la prise en charge des personnes, plus particulièrement en la réalisation d'entretiens non-directifs avec des professionnels et des bénévoles qui travaillent quotidiennement avec ces « grands précaires »<sup>4</sup>. Dans un second temps, l'état des lieux ayant mis en évidence les insuffisances de la prise en charge et surtout montré combien la maladie grave et la fin de vie des grands précaires venaient mettre en difficulté la plupart des structures sociales et médicales, l'enquête s'est orientée vers des expériences que nous avons repérées comme prenant quant à elles à bras le corps cette problématique. Nous avons privilégié cette fois-ci des temps d'observation *in situ* ainsi que des groupes de réflexion mixtes (réunissant l'ensemble des accompagnants, professionnels, bénévoles et pairs). Cette recherche devait permettre *in fine* à la Fondation de France de financer des projets considérés comme innovants en matière d'accueil et d'accompagnement.

L'enjeu de cet article consiste à traiter du travail à la fois central dans cette recherche et dont nous avons en même temps peiné à rendre compte, de tracer ce faisant et à tâtons une voie possible pour rendre compte de ce que nous appellerons *un résidu*. Ce résidu, c'est ce qu'il reste, ce qui échappe toujours dans et après la recherche, ce qui échappe aussi pour les professionnels de la prise en charge des grands précaires malades. Ce résidu, on pourrait tenter de l'approcher par les termes suivants : une certaine présence dans la relation, une certaine attention... C'est d'abord autour de la catégorie d'*ineffable* que nous avons saisi ce résidu : quelque chose, de pourtant central, ne pouvait être formulé. Aujourd'hui, alors que nous nous ressaisissons de cette enquête achevée depuis deux ans, la question devient celle de l'écriture appropriée pour en rendre compte : il nous faut trouver à ce résidu un langage ajusté. En effet, bien loin de nous renseigner sur cette qualité propre au soin apporté aux grands précaires, la catégorie d'*ineffable* a créé une boîte noire, et fermé les questions au moment même où elles devaient commencer à s'ouvrir, dans la béance ouverte du langage.

1

Le Groupe Recherche ACTION est un collectif de recherche travaillant depuis 2006 autour de la question de l'auto-organisation sur le terrain social, politique et culturel.

2

Nous utilisons l'expression « précaire » dans son sens le plus commun d'*incertain*. Les « grands précaires » sont ainsi pour nous ceux dont l'existence quotidienne est marquée par la plus grande incertitude (absence de logement, d'assurance maladie, ressources économiques faibles voire inexistantes, etc.) ; les gestes quotidiens sont mis en péril (habiter, dormir, manger, se laver, etc.). Au fil des épreuves de la rue, la confiance dans l'environnement s'amenuise ; les relations aux institutions sociales et médicales deviennent très problématiques et parfois inexistantes.

3

R. Eliçabe ; A. Guilbert ; AS. Haeringer ; Y. Lemery ; L. Overney ; A. Tournier. *Accompagnement des personnes en grande précarité atteintes de maladies graves ou en fin de vie*, Rapport de recherche, Fondation de France, 2011, 241 p. L'ensemble des citations d'entretiens contenu dans le présent texte est extrait du rapport.

4

L'enquête d'état des lieux s'est déroulée sur trois sites : Paris et sa proche banlieue Est, Lyon et Grenoble ; les entretiens ont été réalisés dans des structures sociales (hébergement, accueil de jour, etc.) et médicales (hôpitaux, services de soins palliatifs, équipes de maraude ou de coordination médicale, etc.). Au total, plus d'une centaine d'entretiens ont pu être conduits.

1

Ainsi, l'écriture devient alors pour nous le seul point d'appui possible. Non pas parce qu'elle résoudrait les défaillances de la langue sociologique, mais en ce qu'au contraire elle peut ouvrir à un dehors radical, à d'autres langues. C'est ce parti pris que nous avons choisi ici, celui d'articuler notre écriture sociologique à celle du collectif d'artistes « Précipité » ainsi qu'à celle, au combien plurielle et singulière, née de la correspondance entre Fernand Deligny et Isaac Joseph. Ces deux aventures scripturaires traitent pourtant de sujets bien différents du nôtre (habiter dans des foyers et centres d'hébergement d'urgence pour le collectif « Précipité » et vivre avec des personnes autistes pour Deligny et Joseph), mais elles nous paraissent malgré tout conjoindre dans une même attention, celle de rendre compte avec *politesse* et *tact* d'une pratique elle-même orientée par la *politesse* et le *tact*. Plus encore, elles nous semblent parvenir à montrer cet ineffable, qui résiste tant à sa sociologisation, par des enquêtes toutes différentes de celles indiquées par les méthodes sociologiques. Pour cela, nous escomptons que leur intrication à notre propre compte-rendu produise des effets de clarification. La question devient alors pour nous : comment se laisser inspirer, s'autoriser à correspondre (du latin *cum respondere* : co-répondre) avec eux, à les convoquer pour co-répondre à ces/nos questions ?

Le collectif Précipité n'est pas mu par la résolution d'un problème sociologique, pour autant, il n'en est pas moins enquêteur<sup>5</sup>. Les membres du collectif habitent non loin de foyers d'accueil pour migrants, de personnes vivants à la rue, et sont eux-mêmes souvent au chômage, ils se trouvent interpellés par ces conditions d'existence, mais sur un registre bien spécifique, celui de la proximité. Concernant les centres d'hébergement et de stabilisation, ils constatent un paradoxe, celui de l'impossibilité d'habiter pour les travailleurs migrants, les précaires et grands précaires qui les peuplent, en même temps qu'ils voient que c'est pourtant bien là qu'ils habitent. Cela constituera le point de départ des trois enquêtes qu'ils vont réaliser dans les centres d'hébergement, autour de trois motifs « vivre sans papiers », « vivre sans logement » et « être chômeur ou travailleur précaire »<sup>6</sup>.

C'est par le collectif Précipité, et lors de l'enquête menée pour la Fondation de France, que nous avons pris connaissance du livre co-écrit par F. Deligny et I. Joseph, *Le croire et le craindre*<sup>7</sup>, et particulièrement du dernier chapitre intitulé *Correspondre*. Ce qui nous a particulièrement intéressé dans cette correspondance est la manière dont se trouve posées en un même mouvement, les questions de la pratique de recherche (comment on fabrique un monde conceptuel, comment on

---

5

Nous utilisons le terme d'enquête dans le sens de la philosophie pragmatiste, particulièrement en référence à la théorie de l'enquête de J. Dewey. « Les enquêtes entrent dans toutes les sphères de la vie et dans tous les aspects de ces sphères. Dans le cours ordinaire de l'existence, les hommes examinent ; ils font intellectuellement le tour des choses, ils infèrent et jugent (...). Enquêter et questionner sont, jusqu'à un certain point, des termes synonymes. Nous enquêtons quand nous questionnons ; et nous enquêtons quand nous cherchons ce qui fournira une réponse à la question posée. Ainsi, il appartient à la nature même de la situation indéterminée qui provoque l'enquête d'être *en question*, (...) troublée. », J. Dewey. *Logique : théorie de l'enquête*. Paris, PUF, 1967 [1938]. p. 166 ; p. 170.

6

Les trois enquêtes sont ainsi présentées : « Trois foyers, dit centres d'hébergement d'urgence ou de réinsertion sociale. Trois ateliers menés pendant plusieurs mois avec leurs habitants. Pour chaque atelier, la réflexion autour d'expériences, de situations sociales et politiques présentes. Vivre sans papiers. Vivre sans logement. Être chômeur ou travailleur précaire. La description de trois dispositifs de contrôle et de gestion : les frontières tant intérieures qu'extérieures, l'hébergement social, l'insertion par le travail. La saisie des traits d'une gouvernamentalité nouvelle : rendre invisible, faire attendre, faire circuler, impliquer, séparer, individualiser, etc. Une exploration de la ville. Comprendre comment un espace *a priori* commun se fractionne, se sépare à l'extrême dans les trajets qui mènent d'un foyer à un autre, d'un emploi à un autre, d'une préfecture à un pôle emploi, etc. Mais aussi saisir toutes les possibilités de retournement dans les histoires, les actes, les refus, les écarts, les pratiques, les usages, les mots, les luttes. Trois enquêtes. Trois documents sonores. Un « manuel pour les habitants des villes » d'aujourd'hui ». <http://www.lavilledapres.org/>, consulté le 15 avril 2013.

7

F. DELIGNY, *Le Croire et le Craindre*, avec la collaboration d'I. JOSEPH, in F., DELIGNY, *Oeuvres complètes*, L'Arachnéen, 2007

2

observe le *rien*, comment on rend compte de la « vacance du langage »), de la pratique de la relation (par le lieu de vie), et enfin celle de la position du discours (en dehors des écoles théoriques, ou dans l'entre-deux de la correspondance). L'écriture tracée par cette correspondance est un pliage du langage de Joseph (alors philosophique) à la restitution de la pratique de Deligny, à l'expérience de l'espace de Jeanmarie et des autres autistes, et aux chemins étranges (« les lignes d'errances ») qu'il faut emprunter pour en rendre compte.

Restituer la teneur de l'expérience, voilà bien une question brûlante en sociologie, parce qu'elle y risque sa crédibilité : comment traiter sociologiquement ce qui fait tenir au monde, sans distinguer préalablement un cadre ? Comment décrire dispositifs et milieux perceptifs, sans ôter du compte-rendu la part sensible, qui est pourtant celle par laquelle l'expérience tient ?

Si nous faisons ici correspondre notre recherche et ces deux expériences d'enquêtes un peu particulières, c'est aussi pour faire apparaître la concordance de nos trois approches (au sens du latin médiéval *correspondere* : concorder, s'harmoniser), pour marquer le rôle d'intercesseur<sup>8</sup> que la sociologie peut être amenée à tenir, au même titre qu'une production esthétique ou philosophique : produire des connaissances *avec* plutôt que *sur*, dans le même geste que celui du « vagabond efficace » appelé de ses vœux par Deligny, comme dans celui visant à politiser l'habiter en foyer tel que proposé par le collectif Précipité. L'intercesseur, c'est aussi celui qui projette ailleurs plutôt que de fixer, celui qui fait circuler des expériences et les fait résonner dans d'autres mondes que ceux qui les ont vu naître, c'est enfin celui qui ne confie pas à la technicité d'un langage le soin de transmettre les expériences.

Ce contre quoi bute le travail social n'est pas un résidu inexploré, quelque chose qui relèverait d'un savoir nouveau ou de technologies sophistiquées ; ce n'est pas non plus quelque chose de localisable dans une couche ou une catégorie sociale particulière : c'est une irrégularité fondamentale qui lui est coextensive et qu'il reproduit sous ses pas. C'est peut-être ces failles dans le tissu même du social qu'il faut appeler le commun, l'impensé du philanthrope et du militant, l'en-dehors tout à la fois de l'assistance et des alternatives. Et sans doute avez-vous raison de penser que ce qui se trouve ainsi au défaut du social soit aussi au défaut du langage, comme quelque chose qui court en deçà du formulé. Le pote ne s'exploite pas, dites-vous, et ne mobilise aucun sujet (que ce soit une classe ou une conscience). Comment recenser et comptabiliser les dissidences fortuites et silencieuses, les résistances pour rien ? La plaie du social n'est pas tant la résistance d'un sujet où cette misérable liberté de conscience dont parlait Sartre à la Libération (« Nous n'avons jamais été plus libres que sous l'Occupation »). Elle n'est pas dans la seule capacité de dire non, tout haut ; elle est dans cette force positive qui traverse les rapports de pouvoir, très souvent comme une réalité banale et silencieuse, comme une capacité de ne pas confondre le prêtre avec le pote.<sup>9</sup>

## **1 - Soigner depuis les institutions : ruser avec les procédures, contourner les obstacles, co-construire le soin.**

L'état des lieux de la prise en charge réalisé dans le cadre de notre recherche permet de mieux comprendre ce que cela veut dire que soigner les grands précaires depuis les institutions, dans toute la complexité dont relève ce soin et dans la grande variété des structures du « secteur sanitaire et

8

E. Bordeleau, « Prendre soin des possibles. Entretien avec I. Stengers » in *Nouveaux cahiers du socialisme*. N°6, oct. 2011.

9

I. Joseph, F. Deligny, *op.cit.*, p. 1223

3

social » pouvant participer à ce soin, à différents niveaux et différents moments, dans le parcours singulier de chaque personne : aussi bien des hôpitaux, que des équipes de maraude, des lieux médicalisés spécialisés où les personnes peuvent se « poser » temporairement pour recouvrer des forces<sup>10</sup>, des lieux de vie durables avec du personnel médical, des accueils de jour où il s'agit « seulement » de venir discuter ou de laver son linge, etc<sup>11</sup>.

### ***Refus de soin***

L'enquête a rapidement mis au jour un problème spécifique lié à la prise en charge des grands précaires, celui du refus de soin. Ce refus est à entendre comme un refus symétrique, il comprend le refus de ces personnes de faire usage des dispositifs de soins *et* le refus par ces dispositifs de les prendre en charge. Un tel énoncé, très général, ne recouvre bien sûr pas la diversité des cas et des situations rencontrées mais a l'avantage de mettre tout de suite l'accent sur un problème institutionnel de fond dans le lien entre d'un côté, le « système de santé » et de l'autre, les grands précaires, un « raté » qui se rejoue partout et sans cesse. Parler du refus de soin comme d'un mouvement symétrique permet surtout d'envisager le problème comme un problème de rapport, de relation aux dispositifs de soin et non comme un défaut, un manquement que l'on pourrait attribuer aux uns ou aux autres. Dès lors, on peut envisager que ce ne sont ni les grands précaires qui sont incapables de se soigner, ni les accompagnants qui sont défaillants dans leur pratique d'accueil, mais bien leur rencontre qui ne se fait pas, ou se fait mal. C'est bien ce regard symétrique qui s'est imposé au fur et à mesure de notre enquête. Nous avons ainsi pu nous attacher à ce qu'il se passait lorsqu'une relation avait effectivement lieu, lorsque les soignants et travailleurs sociaux nous disent « là, quelque chose s'est passé ». Quelles sont les conditions de félicité de cette relation<sup>12</sup> ?

Dire que « quelque chose s'est passé », c'est prendre en compte le fait que le soin apporté aux grands précaires résiste souvent à une définition stable, qu'il ne peut par exemple coïncider à l'un des « actes médicaux » tels qu'ils sont codifiés par l'Assurance maladie ou à un accompagnement social bien protocolisé. Il s'agit tantôt pour un infirmier de discuter longuement avec une personne avant de lui faire un pansement dans la rue, tantôt d'attendre aux Urgences avec une femme pour être sûr qu'elle soit prise en charge, ou encore, pour un travailleur social de rue, de rester tout un après-midi dans la rue avec une personne pour la rassurer en attendant qu'elle soit hospitalisée.

La temporalité des soins apportés aux grands précaires est aussi à prendre en compte pour en saisir la spécificité : émettre une demande de soins, se rendre à une consultation, effectuer des examens, prendre des médicaments, se faire hospitaliser, etc., cela peut prendre beaucoup de temps pour certaines personnes. En outre, le rythme du soin n'est pas linéaire, il est marqué par des accélérations (lorsque plusieurs « bonnes » rencontres au sein du système de santé ont lieu, ou lorsque qu'une personne accède à un hébergement durable, mais aussi lorsque la douleur n'est plus tenable et qu'il faut être soulagé), et par des ralentissements (d'autres préoccupations reprennent le

---

10

C'est par exemple le cas du dispositif des Lits Halte Soins Santé (LHSS) qui sont destinés à l'accueil temporaire de personnes dont l'état de santé ne justifie pas d'hospitalisation mais nécessite une prise en charge adaptée et un hébergement (lorsque les personnes ont besoin de soins infirmiers par exemple ou simplement de repos).

11

Nous tenons à remercier ici l'ensemble des professionnels rencontrés à Toulouse, *avec* lesquels nous avons lentement élaboré ces réflexions au cours de groupes de travail et de multiples discussions. Nous remercions tout particulièrement Yves Cévennes, Pierres Cabane, Anne Mareska et Jean-Marc Legagneux de continuer à partager avec nous la finesse de leurs analyses.

12

Nous utilisons le terme de condition de félicité en se référant à la reprise que fait Latour de la théorie des actes de langage d'Austin. La notion lui permet de « contraster des types très différents de véridiction sans les réduire à un modèle unique ». B. Latour. *Enquête sur les modes d'existences. Une anthropologie des modernes*. La Découverte. 2012, p. 34.

pas sur la santé, une personne de confiance a changé de poste, etc.). Soigner, c'est bien permettre l'accès aux soins (ouverture des droits, accès aux consultations, etc.), mais c'est aussi assurer le suivi des soins au fil du temps. Et ce second point est souvent délicat. C'est l'adhésion aux soins et le contact régulier auprès des structures médicales qui permettront véritablement un suivi approprié. Les problèmes de suivi se posent de manière particulièrement aiguë dans quatre cas de figures : 1. lorsque le diagnostic n'est pas du tout établi et que la personne échappe aux dispositifs de repérage, 2. lorsque le diagnostic a été établi de manière trop tardive, 3. dans les cas très fréquents de mauvaise ou d'absence d'observance des traitements. Les conditions de vie précaires et notamment la perte de repères temporels et l'absence de logement à long terme, rendent les prises régulières de médicaments très complexes voire, dans certains cas impossible. 4. Enfin, il existe des cas limites, lorsque la personne ne relève d'aucun service particulier, qu'elle cumule les pathologies et échappe en cela aux catégories assez rigides qui déterminent la prise en charge hospitalière (organisée organe par organe), qu'elle n'est pas vraiment adaptée aux dispositifs proposés et ne peut être, pour différentes raisons, suivie nulle part. A cet égard, le syndrome de Korsakoff (ou maladroitement appelé « démence alcoolique ») est éclairant au sens où il illustre l'adaptation délicate des services hospitaliers aux spécificités du public SDF. Rien n'est vraiment mis en place pour cette pathologie liée à une absorption d'alcool sur la longue durée et qui crée un désordre neurologique très important : des troubles de l'orientation et de la mémoire, des troubles de la personnalité et des troubles de la perception de la réalité. La personne n'a plus vraiment conscience des dangers. Ce public n'est reçu ni en alcoologie, ni en neurologie.

C'est compliqué pour le suivi des personnes en hôpitaux, par exemple là j'ai un monsieur pour lequel on suspecte une encéphalopathie hépatique et d'autres troubles importants associés (diabète etc.) et pour lequel c'est extrêmement difficile puisque l'hôpital le reçoit pour un trouble précis, il ne regarde pas les autres troubles. [Entretien Responsable d'unité Pension de famille, Paris]

### ***Des dysfonctionnements de l'hôpital mis au jour***

Les accompagnants rencontrés ont particulièrement insisté sur les dysfonctionnements de l'hôpital. L'enquête a montré que les conditions de prises en charge des personnes avec un long parcours de rue dans les services hospitaliers posaient souvent problème, et ce, même dans les Permanences d'Accès aux Soins de Santé<sup>13</sup>, pourtant dédiées aux publics en situation de grande précarité. La partition trop rigide entre les entretiens sociaux (visant l'ouverture des droits, la recherche d'un hébergement, etc.) et les consultations médicales, ainsi que les impératifs liés à l'affluence dans les consultations des PASS ne laissent aux accompagnants que peu de possibilités pour exercer une pratique ajustée aux publics qu'ils accueillent. L'infirmier d'une permanence nous précise par exemple que seules six consultations médicales peuvent être pratiquées sur une demi-journée, cela implique de faire le tri des cas les plus graves, de refuser une partie du public – et donc de traiter les cas jugés les plus urgents –, de faire parfois patienter les personnes une demi-journée entière et, en bout de course, le temps accordé à chaque consultation est bien souvent réduit à la simple exécution des gestes techniques requis.

En outre, le rythme de l'hôpital « avec des consultations qui s'enchaînent » est très problématique. Un aide-soignant nous explique comment il est « en dépassement d'horaires en permanence » puisqu'il faut prendre le temps avec les personnes précaires, mais il craint que sa hiérarchie ait à redire sur ce point.

---

13

Les PASS vise à faciliter l'accès des personnes en situation de précarité au système de santé et à les accompagner dans les démarches nécessaires à la reconnaissance de leurs droits. Elles sont la plupart du temps implantées dans des hôpitaux.

Pour le cas des personnes sans papiers, elles sont encore plus radicalement exclues du soin : d'une certaine manière, ici, l'hôpital institutionnalise le refus de soin lorsque des personnes en demande s'adressent à la PASS et qu'elles se voient totalement exclues en l'absence de possibilité de couverture sociale pour couvrir les frais engagés. Les soignants des PASS sont confrontés au quotidien à ce type de situation :

[La PASS] les renvoie. (...) Cette position, elle est rendue perverse par les grands discours sur le système de soins français, la qualité du soin, mais c'est un système pervers, et pervers tous les jours. [Aide-Soignant dans un Point d'accueil santé pour personnes en situation de précarité, au sein d'un Centre Hospitalier Universitaire]

Les refus de soins plus ou moins explicites de la part de l'hôpital, mais aussi les exclusions en série dont sont victimes les personnes SDF (lorsqu'elles sont exclues des coins de rue qu'elles occupent ou de telle structure d'hébergement) finissent par produire des situations de violence. Dans de telles situations, les soignants doivent prendre en compte ces exclusions, le parcours des personnes, les tensions qui s'alimentent ainsi au fil des jours. Soigner ici c'est faire avec ces défauts de prise en compte au sein du système médical et social, c'est parfois savoir prévenir ces situations de violence au sein des institutions pour que des soins puissent malgré tout avoir lieu :

Quand on se prend des remarques toute la journée, qu'on se fait refouler de partout, ça fait monter les gens. Moi, les gens, je les vois monter au jour le jour. Parce qu'on ne peut pas toujours rester une victime. Au bout d'un moment... Ces situations de violence, elles interviennent au moment où la personne, elle va changer son statut de victime en celui de bourreau. Donc si tu n'as pas été attentif à ça avant, à ce qui a monté, t'es pris complètement au dépourvu. Il faut arriver à monter au front avant que ce moment-là arrive. [Aide-Soignant dans un Point d'accueil santé pour personnes en situation de précarité, au sein d'un Centre Hospitalier Universitaire]

La relation patient/soignant n'est pas facilitée du fait des rapports d'autorité induits par les règlements : le port de la blouse, l'existence d'un comptoir, les bureaux aux portes fermées, l'intervention d'un cadre du service ou des vigiles à la moindre altercation marquent la position d'autorité des soignants. Il s'agit alors pour ceux-ci de se montrer sous un autre jour :

Je me souviens d'une patiente terrorisée par les blouses blanches, et à ce moment-là on avait une conteuse qui disait des contes dans les chambres, et on était avec elle. Ce qui fait que cela a dédramatisé la blouse blanche pour la patiente et après on a pu commencer à discuter. C'est vraiment une question de médiation. Il fallait qu'elle voit qu'on était humains, qu'on n'était pas sur un piédestal et qu'on pouvait comprendre les choses. [Médecin, Unité Mobile de Soins Palliatifs, Paris]

### ***Ruser avec les dispositifs, contourner les problèmes***

Ces initiatives, ces émergences du commun ne sont nullement clandestines, au secret de l'espace d'enfermement ; on peut les saisir à la surface des circonstances ordinaires comme des échappées qui se produisent au détour et aux dépens du pouvoir, moments de dissidence fortuite, qui n'ont pourtant rien à voir avec les fusions et les confusions humanistes, puisqu'elles ne sont pas le fait d'un sujet. Et il est vrai que si l'on suit les fils qui relient un acte de révolte ou de dissidence à un autre, on ne trouvera pas forcément une classe, un groupe ou un sujet, mais des frémissements plus ou moins discrets, plus ou moins violents, des transes qui ne s'orientent pas nécessairement sur un achèvement, des tentatives qui n'aboutissent pas toujours dans un projet, des lignes de fuite plus que des lignes politiques, des solidarités violentes et

pourtant parcellaires et provisoires.<sup>14</sup>

Faire intervenir une conteuse dans un hôpital, dédramatiser la blouse blanche imposée, trouver la « bonne » médiation, autant de pratiques qui montrent que soigner, c'est souvent ruser. En effet, si les soignants parviennent malgré tout à poursuivre leur activité, c'est qu'ils ont appris à ruser au fil du temps. Il s'agit pour eux de pratiquer malgré les carences de l'institution, de savoir s'insinuer dans le système de prise en charge malgré les obstacles pour permettre d'abord l'accès aux soins des personnes mais aussi leur suivi au fil du temps. Les soignants accumulent au cours de leurs expériences un savoir-faire en matière de contournement<sup>15</sup>. Ainsi, un infirmier d'une équipe mobile effectuant des maraudes explique comment il a appris ce faisant les critères d'intervention du Samu (des arguments médicaux spécifiques) : les régulateurs sont plus enclins par exemple à envoyer un médecin lorsque l'appel provient d'un infirmier ou lorsqu'il se présente comme étant de l'Équipe Mobile, reconnue dans le milieu médical local. Mais parfois, cette légitimité ne suffit pas. Il évoque le cas d'un résident d'une structure d'hébergement pour lequel il percevait des signes d'embolie pulmonaire. Il connaissait aussi les antécédents de ce patient pour le suivre régulièrement (neuf accidents de ce type, absence de prise de traitement). Malgré ses explications concernant les signes d'alerte, le régulateur du Samu a refusé d'envoyer un médecin sur place. Il a alors contourné cette obstruction en demandant à un médecin des LHSS avec qui il travaillait d'appeler lui-même le Samu. Ce changement d'interlocuteur a permis de débloquer la situation, un médecin est finalement intervenu :

Contourner ces barrages, c'est trouver des stratégies qui soient appropriées, avec ces possibilités d'être des infirmiers, d'être de l'Équipe Mobile, et si ça ne marche pas, trouver une autre stratégie, mais ces barrages ont y est confronté en permanence. [Infirmier, Équipe mobile, Toulouse]

Une travailleuse-pair d'un accueil de jour explique même qu'en cas d'urgence médicale, elle n'appelle pas directement les pompiers mais d'abord l'Équipe Mobile pour s'assurer que sa demande sera prise en charge. Cette pratique est particulièrement opératoire à Toulouse où les professionnels peuvent s'appuyer sur des alliances institutionnelles qui lient de manière particulièrement robuste l'Équipe Mobile Sociale<sup>16</sup>, la Halte Santé (LHSS), les hôpitaux et les centres d'hébergement. Contourner les obstacles consiste aussi bien souvent à accompagner physiquement les personnes précaires à l'hôpital : celles-ci, si elles ne sont pas accompagnées d'un infirmier (voire d'un médecin), auront moins de chance d'être soignées ou admises pour une hospitalisation.

S'insinuer dans la prise en charge, ce n'est pas seulement « faire passer » coûte que coûte des patients dont les services de soins ne voudraient pas, c'est aussi parfois imposer leur présence en qualité d'infirmiers au sein même de ces services hospitaliers, aux côtés des autres intervenants. Ainsi, un infirmier d'une équipe mobile et de LHSS explique comment il « reste » aux Urgences, pour s'assurer que la personne accompagnée soit bien prise en charge, quitte parfois à aider ou à se substituer à l'équipe soignante : cela veut parfois dire faire les soins d'hygiène en tenant compte des habitudes et des réticences de la personne, l'aider à se déshabiller, faire le plâtre avec le médecin... Ainsi, l'infirmier amène avec lui toute son expérience au sein des établissements hospitaliers et participe ce faisant d'une meilleure prise en compte du public.

---

14

F. Deligny, *op. cit.*, p. 1220

15

On retrouve cette même aptitude à la ruse chez les soignants pratiquant le soin à domicile. cf. A. Hennion et P. Vidal-Naquet (dir.), *Une ethnographie de la relation d'aide : de la ruse à la fiction, ou comment concilier protection et autonomie*. Rapport de recherche pour la MiRe. Février 2012.

16

L'EMS de Toulouse est gérée par un partenariat qui lie le CHU et le CCAS.

Parfois, l'expérience de ces soignants finit par être reconnue par les services de droit commun comme les hôpitaux et maisons de retraite du territoire. C'est le cas à Toulouse où les infirmiers de l'Équipe Mobile Sociale sont interpellés par les équipes médicales lorsqu'elles s'estiment dépassées par un patient précaire et qu'elles ne savent plus comment faire. Ils interviennent donc sur place pour du « nursing », pour montrer comment effectuer certains soins, mais aussi pour faire une médiation (éviter que la personne soit exclue, expliquer comment le personnel court à l'échec s'il force un patient à manger...). Et de ce fait ils participent à la reconfiguration de la pratique des autres soignants.

### ***Suspendre l'impératif de la guérison : co-construire le soin, soigner la relation***

Les grands précaires mettent à mal les dispositifs de prise en charge mais aussi ce que c'est que « bien soigner », ils amènent les soignants à relire leur propre conception du soin. Il s'agit pour eux d'être attentifs à ne pas imposer leurs objectifs – « guérir coûte que coûte, soigner, faire quitter la rue, insérer » pour reprendre la formule de l'un de nos interlocuteurs. Il leur faut bien davantage écouter la personne et « voir *avec* elle ce que l'on peut faire ».

Parler de santé c'est compliqué. L'équipe va utiliser plein de supports : le journal qui est sur la table, elles vont manger au petit déjeuner pour essayer d'amorcer des amorces avec elles et de faire travailler un peu quelque chose. Quand je dis apprivoiser, c'est les personnes qui sont les plus déglinguées dans leur parcours, dans leur histoire, dans ce qu'elles vivent encore aujourd'hui, dans une pathologie de santé encore. Quand je dis qu'il faut les apprivoiser, c'est qu'il faut des semaines et des semaines pour arriver à échanger des banalités avec elles, partager un gâteau... puis un jour elles vont glisser des éléments et elles vont accepter d'écouter un bout de ce que va dire le professionnel. Ça prend du temps et ce qui est compliqué c'est que ces personnes elles ne vont pas rester à l'accueil de jour du matin au soir, elles viennent en éclair assez souvent. Là j'ai un exemple ce matin, la dame elle prend sa douche son petit déjeuner et elle s'en va. Il faut capter le peu d'échanges qu'on peut avoir avec elle. On va semer des graines et peut être qu'un jour elle va rester un peu plus longtemps, on va réussir à l'avoir en entretien, on va échanger avec elle, elle va se souvenir de ce que l'on a dit(...) [Entretien Chef de service, Accueil de jour femmes avec enfants, banlieue parisienne]

Le soin aux personnes avec un long parcours de rue ne peut être que co-construit avec les personnes elles-mêmes : « ce qu'on peut faire », c'est à la fois ce que la personne accepte (de voir un médecin dans telle ou telle condition, qu'on la touche, qu'on l'hospitalise...), et ce qui aura des conséquences bénéfiques dans la pratique (tel protocole de soin plutôt que tel autre, une optique de réduction des risques plutôt qu'un sevrage alcoolique, un médecin qui intervient dans un squat plutôt qu'un simple rendez-vous donné à une personne dont on sait bien qu'elle ne se déplacera pas...). Les objectifs de la prise en charge mais aussi les méthodes prennent alors une toute autre tournure que dans le cas d'interventions classiques.

Co-construire le soin implique donc d'abord de construire une relation de confiance<sup>17</sup> avec la personne. Ce travail de la relation est expérimenté de manière exemplaire à travers le travail de rue : qu'elles soient faites par des professionnels ou des bénévoles, des soignants ou des acteurs sociaux, ceux-ci vont à la rencontre des personnes les plus éloignées du soin et de tous les dispositifs de prise en charge. Beaucoup des personnes rencontrées à Toulouse dans le cadre de cette recherche, ont ou ont eu une longue expérience de ce travail de rue. Ils nous expliquent ainsi à quel point « toute la

---

17

E. Belin propose une saisie très originale de ce qu'il nomme les « espaces potentiels » ou « bienveillance dispositive » à partir de la confiance que les acteurs entretiennent avec leur environnement. E. Belin. « De la bienveillance dispositive ». *Hermès*, n°25, 1999

finesse du travail de maraude » est importante et comment ils peuvent ensuite l'exporter ailleurs (dans des lieux de soins ou d'hébergement). Cette expérience leur permet d'aiguiser leur vigilance, de déceler les pathologies graves à partir de petits indices (une toux particulière, une manière de se tenir inhabituelle). Mais surtout, faire la maraude c'est se mettre à la hauteur des personnes : physiquement déjà, lorsque les maraudeurs s'assoient ou s'accroupissent pour parler à une personne assise, ou se déplacent dans le lieu de vie même des personnes ; c'est aussi d'une certaine manière considérer le soin à partir de leur point de vue, de leurs attaches et ancrages. C'est ainsi qu'un professionnel définit l'une des structures de soin, la Halte Santé, à partir de ce que viennent y chercher les personnes précaires, non pas tant un soin médical à proprement dit, mais des soins basiques – manger, dormir. La qualité du soin fourni est ainsi évaluée à l'aune des critères posés implicitement ou explicitement par les personnes elles-mêmes :

L'idée des gens qui viennent à la Halte Santé, au niveau de la santé, c'est déjà qu'ils puissent dormir, qu'ils puissent manger, qu'ils puissent se reposer, retrouver un rythme de vie qui les apaise, c'est ça le soin basique, ce n'est pas le médicament. L'idée, c'est un apaisement, un répit dans une vie. Le fait de dormir dehors, de ne pas savoir où l'on est, retrouver des repères comme ça. Moi quelqu'un qui est à la Halte, qui me dit qu'il dort bien, qu'il a retrouvé de l'appétit, c'est des paramètres qui sont très importants. Les médicaments, bon... Quand on a des pathologies cardiaques graves c'est important, mais le médicament, ça n'est qu'un petit adjuvant, le plus important, c'est de retrouver une vie apaisante, c'est ça qui compte. Et c'est ça qu'il faut que l'on comprenne en tant que soignants. Le soin technique et la surmédicalisation, ça va les faire fuir. [Infirmier, Équipe Mobile Sociale, Toulouse]

Si les infirmiers des structures sociales et médicales pratiquent des petits soins (soigner des « bobos », faire des pansements), ces soins sont loin d'être anodins, car c'est à partir de ces soins dits « de bases » qu'il est possible de déceler des indices de pathologies plus graves. Mais plus profondément, cette forme de soin prend en compte la singulière demande de soins des personnes. Plusieurs résidents réguliers de la Halte Santé, qui refusent en temps normal les soins médicaux, profitent de leur séjour pour se sevrer de l'alcool, le temps que dure leur hébergement, quelques jours ou quelques semaines. Ce répit dans leur consommation est permis par la qualité de l'accueil à la Halte mais aussi par la forme de soin qui y a cours : il y a bien une efficacité d'un soin qui sort des logiques propres au soin médical – ici un sevrage court qui ne débouche pas nécessairement sur une abstinence complète –. Car il s'agit bien de se mettre à la hauteur de ce que les personnes demandent (pouvoir soigner telle plaie qui leur fait mal, alors même qu'ils sont atteints d'une pathologie lourde mais qu'ils ne veulent pas soigner), et pour cela de se départir de sa position d'expertise : accepter que l'on ne peut soigner sans la volonté des personnes, accepter que les connaissances du soignant ne sont pas suffisantes, qu'à elles seules, et sans la participation active des personnes, elles ne débouchent que sur le refus de soin. La répétition des séjours à la Halte Santé, sans aucune intrusion médicale, produit de la confiance et peut déboucher, après plusieurs années parfois, sur une demande de soin plus en profondeur. Mais cette demande plus en profondeur peut aussi ne jamais advenir, et ce sans que cela disqualifie en aucune manière le soin apporté, car son efficacité réside moins dans la guérison que dans la co-construction du soin.

### *Pratiques dérogatoires*

Du déménagement du centre d'hébergement tel qu'il est présenté par l'équipe aux résidentes, nous ne voulons en quelque sorte rien savoir. Nous choisissons de décrire, presque mécaniquement, comment il apparaît dans le quotidien du centre. La réflexion, nous voulons l'avoir avec les femmes, depuis les chambres. Un espace physique, des présences singulières face à l'abstraction de l'institution qui renvoie toujours « ailleurs », au plus loin des vies qui se déploient « ici ». Demander aux femmes de décrire l'espace où elles vivent. Comprendre dans ses

effets les plus matériels, comment, entre ce qui perdure et ce qui a bougé, le règlement et l'institution déterminent la possibilité (ou non) de construire un espace à soi. Dans ce corps à corps avec le règlement, saisir ce qui échappe à la simple reproduction de la vie, garantie par la relation humaine, la simple mise à l'abri.<sup>18</sup>

Pas une enquête sur les personnes, mais sur la matérialité du centre : on recense des écarts entre le règlement et la manière dont il est vécu quotidiennement. Et à chaque fois, une présence ou une voix vient creuser cet écart, ouvrant sur on-ne-sait-pas-très-bien-quoi.<sup>19</sup>

La plupart des professionnels sociaux et médicaux rencontrés reconnaissent l'importance de leur pratique dérogatoire aux règlements, aux fiches de poste, et à la loi parfois : ainsi, une intervenante sociale raconte comment elle n'a pas hésité à enfreindre le règlement hospitalier en apportant une bouteille à l'hôpital à une personne en fin de vie dont le « dernier désir était de boire un coup : mais ça n'a pas de prix ! (...) On a trinqué à l'hôpital, il savait que de toute façon il n'y avait plus rien à faire ». Ailleurs, une cadre infirmière explique comment elle a dû batailler pour installer au sein même d'un hôpital rien de moins qu'une salle fumeur, pour des personnes trop faibles pour fumer dehors : « Je n'ai pas le personnel pour accompagner les personnes en bas fumer. Ils sont chez eux, on veut que le plus possible ça ressemble à chez eux. On est dans un lieu de vie, un lieu d'hospitalisation à domicile. »

On aura compris que le soin se réalise dans l'entre-deux, dans les entrebâillements institutionnels. Et c'est *aux bords* des dispositifs que se constituent bon an, mal an, au cas par cas, les conditions de félicité du soin, par toute une série d'esquives (esquive à l'assignation des personnes elles-mêmes, à la médecine par organe, au diagnostic médical, au dispositif d'insertion). C'est en faisant varier sans cesse les cas, les anecdotes, que les accompagnants donnent accès à la connaissance qu'ils en ont et font apparaître que ce sont bien ces pratiques dérogatoires et faiblement formalisées qui garantissent les conditions de possibilité du soin. Nous n'avons donc pas volontairement mis l'accent sur toutes ces esquives, ce sont les professionnels qui, en nous racontant leurs manières de faire, les ont fait surgir comme un motif récurrent.

## 2 - Suivre les tentatives

Quand on pose la question du lieu, on pose la question de son "dedans" qui se construit dans un rapport problématique au "dehors". Le foyer donne l'impression de ne pas avoir de dedans, de n'être qu'un maillon dans l'organisation du dehors, de la ville et des normes qui l'organisent. Et pourtant, un dedans s'y loge secrètement. Peut-être faudrait-il juste commencer par le dire.<sup>20</sup>

Si nous poursuivons cette hypothèse que ces esquives, ces « échappées du commun » se produisent dans tous les lieux d'accueil des personnes en grande précarité, dans « l'ordinaire même des

---

18

« Pour l'instant, c'est ici qu'on habite ». [www.lavilledapres.org](http://www.lavilledapres.org). (Collectif Précipité, « la ville d'après », livret n°2, § 8).

19

*Ibid.* §10

20

« Une enquête réalisée au Centre d'Hébergement et de Réinsertion Sociale du Pré-Saint-Gervais en 2009-2010 ». [www.lavilledapres.org](http://www.lavilledapres.org). Ce court texte sert d'introduction au troisième livret d'enquête. (Collectif Précipité, « la ville d'après », livret n°3).

10

institutions »<sup>21</sup>, qu'elles « s'y logent secrètement » (y compris, on l'a vu, à l'hôpital), sans que les équipes d'accompagnants ne le formulent nécessairement à haute voix – ces échappées ne sont pas forcément présentes dans le « projet d'établissement » ou explicitées au sociologue au cours de l'enquête comme exemplaires –, certains lieux de vie, pris dans des réseaux, densifient ces échappées, ces tentatives. Les « échappées » deviennent *du* commun.

C'est à ces « dedans », à ces expériences repérées au gré des rencontres au cours de la phase d'état des lieux de notre enquête, que nous nous sommes intéressés dans une seconde phase de la recherche, avec ces questions : qu'est-ce qui prend dans ces lieux ? Quelles formes d'accompagnement et quelles formes de vie s'y logent pour les professionnels, les personnes accueillies, et les collectifs qu'ils forment ? Comment faire du dérogatoire une règle ? Ou encore, comment maintenir ces « échappées », comment trouver des agencements pour les rendre possibles dans la durée et qu'elles restent à tout moment possibles ?

### ***Des « Amériques »***

Une première manière de caractériser ces lieux, ces expériences, ces tentatives – et c'est bien sous ce motif que l'on s'y intéresse en première intention : ils proposent un habitat et un accompagnement social et au soin, *adaptés* aux grands précaires fragilisés par de longues années passées dans la rue mais aussi par leurs errances institutionnelles, renvoyés d'une structure de prise en charge ou d'hébergement à une autre sans jamais parvenir à trouver où « se poser » et habiter durablement. Les professionnels rencontrés dans ces lieux s'attellent ainsi à une question pour laquelle peu de réponses concrètes sont actuellement apportées tant au niveau institutionnel qu'associatif : ces expériences remettent en jeu ce qu'il en est de l'habiter et du soin pour des personnes ayant un long passé de rue.

Une deuxième caractéristique de ces lieux, est leur dimension collective : les expériences parient sur le collectif comme étayage à l'habiter et au soin des grands précaires. On trouve là une matière à ne pas scléroser/mortifier par l'enquête sociologique : la vitalité de ces collectifs que les uns et les autres s'engagent à faire tenir sur les différents sites. Ces collectifs sont à géométrie variable, en construction permanente, toujours fragiles et mis à l'épreuve, comme par exemple lorsqu'il s'agit pour un collectif d'habitants de vivre avec des personnes psychotiques ou de faire face à de petites crises, telles qu'elles se produisent lorsque l'un d'entre eux délaisse ses soins d'hygiène corporelle, ou encore quand il s'agit pour un travailleur-pair de travailler et d'habiter sur place avec ses pairs.

Une dernière caractéristique tient à la qualité de « lieu de vie » des expériences concernées : ce qui s'y joue a quelque chose à voir avec le domestique. Nous parlerons pour cela de *domus*, de compositions domestiques, et nous aurons l'occasion de revenir sur cette caractéristique plus loin.

Deux exemples de ces « tentatives » seront ici abordés. Le premier est une pension de famille<sup>22</sup> au nord de Paris. Ouvert en 1998, c'est l'un des premiers établissements de ce type expérimentés en France. Cette pension accueille un public particulièrement concerné par les maladies graves : les résidents ont plus de 50 ans et des problématiques de santé parfois lourdes (syndrome de Korsakoff,

---

21

I. Joseph, F. Deligny *Op.cit.*, p. 1220.

22

Les pensions de famille ont été créées par la circulaire en date du 21 avril 1997. Il s'agissait d'un programme expérimental pour les personnes précaires ayant un long passé de rue. Ces lieux de vie devaient permettre de « stabiliser ces personnes dans un habitat durable de type communautaire et de petite taille ». L'évaluation positive du programme a conduit à son extension à l'ensemble du territoire national à travers la création des maisons relais. Ces logements sont des habitats durables, sans limitation de durée.

psychoses, encéphalopathie hépatique, cancers, etc.). La structure est de petite taille : quinze résidents sont logés dans de petits appartements équipés (de 25 ou 35 m<sup>2</sup>), répartis sur plusieurs étages d'un petit immeuble parisien. Chaque résident dispose de la clé de son appartement, d'une boîte aux lettres et d'un interphone. Quatre fois par semaine, les repas de midi sont pris en collectif, dans une salle à manger au rez-de-chaussée ; un résident, cuisinier de métier, prépare le repas ; la table est mise et débarrassée à tour de rôle, de même que la vaisselle et le ménage de la cuisine après chaque repas. Le soir, les personnes se préparent à manger dans leur appartement. Depuis 2011, une autre salle est disponible, également en rez-de-chaussée, pour des activités (gym, yoga, etc.). Un seul travailleur social (responsable d'unité) est présent (jour et nuit), il dispose d'un logement de fonction sur place, à côté de ceux des résidents. Les soins médicaux sont externalisés, à l'hôpital mais aussi dans un réseau de quartier constitué petit-à-petit autour de la pension : un cabinet médical (médecins, podologues, infirmiers intervenant au domicile des résidents), un laboratoire d'analyse, une pharmacie, tous situés dans un périmètre proche.

La seconde « tentative » se situe à Toulouse. Dans la seconde phase de notre recherche, un groupe de travail a été organisé avec des accompagnants portant sur la question des compétences mises en jeu dans le soin aux personnes. Une fois la recherche terminée nous avons continué à suivre ce qu'il se passait à Toulouse, là-bas peut-être plus qu'ailleurs des rencontres dépassant le seul cadre de la recherche ont eu lieu et ont commencé à s'approfondir avec le temps. Lorsque des militants – le Groupement pour la défense du travail social (GPS) et des professionnels de l'urgence sociale (Groupe Amitié Fraternité, Halte-Santé, Goutte de vie, etc.) ouvrent (illégalement) au printemps 2011, une maison pour « des personnes en situation de grande précarité », nous nous y intéressons donc de très près.

Voyez Robinson, l'esprit pionnier, les grands espaces, la vie devant soi, le Nouveau Monde... A chaque fois la recherche d'autre chose s'accompagnait d'un rapport au quotidien qui le monumentalait : c'est dans les petits détails que se forment les grandes causes, etc. D'où le malentendu avec ceux qui voyaient, de leur fenêtre institutionnelle, dans votre recherche, un mode perfectionné de gestion de l'espace et du temps de l'enfance, alors qu'il s'agissait pour vous de découvertes et d'exploration. Monoblet était pour eux leur utopie, alors que c'était votre Amérique. (...) Habituellement, les pédagogues ou thérapeutes, conscients de ces impasses du quotidien institutionnel, fabriquent des ruptures à qui mieux mieux. Ils tombent dans cette illusion que vous dénoncez par une boutade : ils versent de l'eau bouillante dans un trou en espérant que se produise un geyser. Cette tentation du remaniement superficiel laisse l'institué vivre sa vie ou mourir comme à l'accoutumée de mort lente.<sup>23</sup>

Or on pourrait reconnaître dans ces deux « tentatives » ce que les pouvoirs publics nomment « des expérimentations ou des innovations sociales » : elles apportent une réponse nouvelle à un problème social et sanitaire jusque-là non ou mal pris en charge. Telle était bien d'ailleurs la commande de la Fondation de France. Il y a pourtant lieu de distinguer nettement ces « tentatives » des politiques dites d'« expérimentation » ou d'« innovation sociales »<sup>24</sup>. Les termes sont devenus très courants en France notamment depuis le lancement du Revenu de Solidarité Active par Martin Hirsch, politique qualifiée d'expérimentation sociale. Ces termes désignent une manière nouvelle d'élaborer des politiques publiques : en commençant par soutenir et tester certaines pratiques sur une petite

---

23

I. Joseph, F. Deligny. *Op. Cit.*, pp. 1211-1212

24

Depuis quelques temps, la question de l'« expérimentation » préoccupe beaucoup les sciences sociales et le travail social, un numéro de la revue *Informations sociales* en 2012 est lui est consacrée.

échelle, avant de pouvoir, après évaluation, les généraliser. L'évaluation devient ainsi un axe majeur de la fabrique des politiques publiques : il n'est plus seulement question d'une évaluation *ex post* mais d'une évaluation planifiée tout au long du processus, « au fil de l'eau »<sup>25</sup>. Ce processus doit apporter les preuves objectives de l'efficacité des dispositifs mis en œuvre en appliquant une rationalité scientifique aux politiques sociales<sup>26</sup>.

La science réussirait-elle là où la politique a échoué ? Il convient d'en douter ; nous rejoignons Bruno Latour sur ce point : toute évacuation trop rapide de la construction du monde commun<sup>27</sup> au nom des sciences ou de la raison technique doit être tenue pour fort dangereuse, car dans toutes les instrumentations déployées, tous les réseaux socio-techniques emmêlés, l'entêtante question politique subsiste.

Aussi, et si l'évaluation randomisée qui accompagne les politiques d'expérimentation ou d'innovation sociale tentent d'évacuer la question politique, celle-ci est à l'inverse prise à bras le corps par les acteurs des expériences dont nous parlons et c'est bien plutôt de cela dont nous aimerions parler. Comment les « tentatives » auxquelles nous nous attachons ici échappent-elles à la « tentation du remaniement superficiel » pour s'ancrer durablement dans une vie quotidienne mais aussi pour faire avec les « impasses du quotidien institutionnel » et ainsi les subvertir durablement ?

### ***Troubles en série, attention domestique : une pension de famille du nord de Paris***

Lors de l'enquête dans ces lieux de vie, ce qui nous frappe, c'est toujours une série de troubles, et l'impression que l'accompagnement, la « tentative », se logent là : troubles des positions, des places assignées... Lors des premières minutes sur les lieux, avant même que les présentations n'aient été faites, on ne sait pas toujours de prime abord qui est résident et qui est travailleur social. Ainsi, ce résident qui nous fait faire le tour de la structure, nous présente les différents espaces, nous parle des personnes accueillies et nous apprend fortuitement au bout d'une heure qu'il habite ce centre de stabilisation. Nous sommes nous-mêmes troublés, et ce trouble vient éclairer les compétences de ceux qui sont souvent assignés à une place d'incompétents, ce trouble oblige à suspendre l'assignation des compétences. En outre, les ressources des travailleurs sociaux ne sont pas clairement définies par avance, ils vont de « découvertes » en « exploration » pour reprendre les termes d'I. Joseph :

Benoît (aide-soignant à la PASS Purpan) : Je pense qu'il faut suspendre le bien et le mal. Cette position elle est difficile à tenir parce que ça demande d'être satellite de tout un tas de représentations, de préjugés et d'*a priori*. Après il faut arriver à évoluer dans une sorte de constellation de gens qui arrivent à réfléchir autrement. On les trouve autour de la table, on les trouve dans des réseaux, dans les assos, avec les gens du GAF mais aussi avec les personnes de la rue, parce que là aussi dans la rue il y

---

25

S. Divay, « « Sociologue-évaluateur » : un oxymore ? », Leçons tirées dans le cadre des dispositifs du Fond d'expérimentation pour la jeunesse, *Informations sociales*, 2012/6 n° 174, p. 114-120.

26

On parlera alors d'« évaluation randomisée » : ce mode d'évaluation est importé des sciences médicales et des essais cliniques ; il a été appliqué dans les politiques sociales de la Ville de New-York. On retrouve ici la pensée de l'économie du développement défendue par Esther Duflot consistant à tester empiriquement la validité de politiques de lutte contre la pauvreté : « Tout le travail du chercheur consisterait dès lors à définir une intervention, puis à l'appliquer à une population choisie de façon aléatoire pour déterminer les effets obtenus en comparant, au terme de l'intervention, la population choisie à un groupe de contrôle n'ayant pas fait l'objet du programme évalué » (A; V. Banerjee, E. Duflot, *Repenser la pauvreté*. Seuil, 2012). Pour une analyse critique de cette nouvelle économie du développement, voir l'article de C. Durand et C. Nordmann. <http://www.revuedeslivres.fr/misere-de-leconomie-du-developpement-cedric-durand-et-charlotte-nordmann/>.

27

B. Latour. *Enquête sur les modes d'existence. Une anthropologie des modernes*. La Découverte. 2012

a des gens qui bricolent leur vie de manière assez sensationnelle et qui sont des ressources, qui sont des informateurs, qui ne sont pas des enquêtés, là on sort de la sociologie. Moi ça ce sont des choses qui me servent dans ma pratique. [Groupe de travail, Toulouse]

Bien difficile à partir du récit de cet aide-soignant de distinguer les moyens et les fins de l'accompagnement<sup>28</sup>, les « bénéficiaires » sont bien aussi des ressources. Plus loin, l'accompagnement repose sur des agencements d'espaces, de personnes, d'attitudes, d'objets, à la fois routiniers mais tout aussi bien « réinventés » au quotidien qui font tenir une personne. Cet accompagnement déborde les fiches de poste des professionnels qui réduisent la complexité de leur mission. Le bricolage des accompagnants vient redoubler le bricolage des habitants des lieux de vie eux-mêmes. Le bricolage comme pratique professionnelle est une pragmatique de l'accompagnement. Ce sont les expériences qui servent de support aussi bien à la mise en pratique qu'à la production d'une connaissance sur.

Le trouble se loge également dans la manière dont se déploie l'attention dans ces lieux de vie. Celle-ci est du registre domestique et n'est pas sans rapport avec ce que mettent en lumière les théories du *care* : ces travaux portent une attention aux personnes qui, dans le cadre de leur travail ou de leur vie familiale, prennent soin des autres et se soucient de leurs besoins. Ils réévaluent les compétences du *care*, déplient et mettent en lumière ses ressources souvent sous-estimées, au premier rang desquelles figure une forme ouverte de disponibilité aux besoins des personnes dont on a la charge et aux soubresauts de la vie quotidienne<sup>29</sup>.

A la pension de famille, c'est en passant plusieurs matinées dans le bureau du responsable, qu'on se trouve pris dans la vie ordinaire. Le responsable est en permanence sollicité pour des causes multiples : des résultats d'analyse à déchiffrer, des pulls donnés par une friperie à distribuer, un téléviseur mal réglé, un rendez-vous chez le dentiste à prendre, l'horaire de la sortie au Musée de la marine à vérifier, réceptionner un appel téléphonique du Mali pour prévenir l'employeur du retard d'une résidente, mettre des gouttes dans l'oreille d'un résident pour soigner son otite... Ces manières de prêter attention aux résidents impliquent cette manière de prêter attention du chercheur à ce qui se passe, à la manière dont Jean-François Laé et Numa Murard décrivent leur enquête dans une cité ouvrière, s'attellant à suivre la vie quotidienne de ses habitants « le nez sur le sol si nécessaire »<sup>30</sup>. Cette attention au jour le jour vient dépasser des outils plus formels de suivi de l'état de santé des personnes : le responsable de la pension a créé un fichier Excel de suivi des pathologies des résidents, de leurs traitements et rendez-vous médicaux. Mais celui-ci est à remettre à jour presque tous les jours. Une donnée objective qui est bonne un jour ne l'est plus le lendemain précisément parce que les situations de ces personnes évoluent très vite : ainsi, Pascal qui est très déprimé du jour au lendemain se décrit la veille de ses 60 ans comme un « jeune homme en pleine forme », le lendemain comme « un vieux croulant qui attend la mort » ; Paul qui se remet à boire, suite au décès d'un proche, après quatre ans d'abstinence. C'est bien cette attention qui permet de ré-ajuster l'accompagnement : proposer à Paul de revoir son généraliste, l'inviter à se remettre à peindre, discuter davantage que d'habitude avec Pascal, lui organiser une fête d'anniversaire avec les autres résidents.

Cette attention domestique se déploie aussi dans le collectif de résidents, notamment dans les temps

---

28

M.H Soulet. « Confiance et capacité d'action : agir en situation d'in-quiétude » in : C. Balsa (ed.). *Confiance et lien social*, Academic Press Fribourg, 2005, pp. 31-56.

29

M. Bessin ; C. Gaudart. « Les temps sexués de l'activité : la temporalité au principe du genre ? », *Temporalités* [en ligne], 2009, mis en ligne le 30 septembre 2009. URL: <http://temporalites.revues.org/index979.html>, pp. 5-6.

30

J-F Laé ; N. Murard. *L'argent des pauvres. La vie quotidienne en cité de transit*. Paris, Seuil, 1985, p. 8.

collectifs :

Je suis à table avec trois résidents, Paul, Jules et Kate. Cette dernière ne m'adresse pas la parole, et ne semble pas plus l'adresser aux autres résidents ; elle ne prête pas l'oreille ni aux blagues ni aux éclats de rire et de voix de Bruno qui fête son anniversaire. Le responsable me l'avait présentée comme « difficile d'accès », passant ses journées dehors à se promener, elle ne participe pas aux temps collectifs. Aujourd'hui, elle mange à table en me regardant littéralement de haut, au dessus de ma tête, ses yeux fixés à la fenêtre, à ce qu'il se passe dehors. Elle se tait, jusqu'à ce que Paul parle d'un autre résident, s'inquiétant de son fort tabagisme qui l'empêche de profiter pleinement du repas puisqu'il doit sortir sans arrêt pour fumer ; Kate prend alors la parole, toujours sans nous regarder, en disant qu'elle s'inquiète surtout des fortes doses de Valium que le médecin du résident en question lui prescrit, montrant par là, malgré son apparente distance, et ses flottements d'attention, toute l'attention qu'elle porte à ce co-résident. [Extrait note d'observation, pension de famille du nord de Paris]

Ces attentions constituent pour nous une forme de politique, du fait des compositions nouvelles auxquelles elles donnent lieu. Poursuivre l'« échappée du commun » dans la durée ici, faire en sorte qu'elle soit toujours possible, c'est faire attention à ce et ceux à qui et à quoi on ne prête généralement pas attention, le minuscule, le sans-intérêt, le résidu. C'est bien là selon nous la proposition politique de la pension de famille, mais dans un décrochage fort vis-à-vis des politiques d'innovations sociales. Se déploie à la Maison Goudouli ce même type d'attention mais la « tentative », du fait de l'illégalité de l'occupation à l'origine et du travail militant entrepris, dispose d'un niveau plus « public », un autre plan auquel s'articule cette vie dans la maison.

### ***La Maison Goudouli à Toulouse : expérience, territoire et conflictualité***

La seconde expérience à laquelle nous nous attacherons se situe à Toulouse. En avril 2011, le Groupement Pour la défense du travail Social (GPS), un collectif de professionnels de l'urgence sociale à Toulouse, occupe illégalement un bâtiment appartenant à l'AFPA pour héberger des grands précaires dont l'état de santé et de dépendance nécessite une mise à l'abri immédiate. Ayant obtenu gain de cause lors du procès l'opposant à la Préfecture entrepris par cette dernière au Tribunal administratif de Toulouse, le GPS bénéficiera d'un soutien important (FNARS, mairie de Toulouse, une députée PS de la Haute-Garonne). Depuis janvier 2012, ce lieu de vie – appelé la Maison Goudouli – a une existence légale, un statut associatif, un bail provisoire avec l'État et quatre salariés en contrat aidé. En outre, un projet pérenne est d'ores et déjà formalisé pour la création d'un « habitat adapté aux grands précaires » d'ici deux ans sur un autre site. Il nous faut à présent souligner l'inscription territoriale de cette tentative. Cette lutte prend forme dans un contexte particulier, d'abord dans une actualité récente marquée à Toulouse par la fermeture de deux grands centres d'hébergements d'urgence dans le centre ville, qui a eu pour conséquence la relocalisation des personnes à l'extérieur de la ville. Ensuite, et plus largement, dans une histoire locale plus longue de luttes *par* et *pour* les « gars de la rue ». Cette histoire a largement été tracée par le Groupe Amitié Fraternité, une association de travailleurs-pairs née elle aussi à la suite d'occupations illégales dans les années 80 et qui a aujourd'hui à charge cinq lieux de vie autogérés. Les professionnels sanitaires et sociaux mobilisés dans l'ouverture de la Maison Goudouli connaissent par ailleurs les personnes hébergées depuis longtemps parfois plus de dix ans, pour les rencontrer régulièrement au cours des maraudes ou dans les centres d'hébergement ou de soin. Cette « tentative » est enfin marquée par sa conflictualité : elle émerge pour dénoncer et pallier des défaillances dans le système de prise en charge (manque de moyens des travailleurs sociaux, manque de place d'hébergement et de formes d'habitat adapté, bâtiments publics vides), elle s'inscrit initialement dans une prise de lieu sans droit ni titre, puis dans une mobilisation collective plus

large<sup>31</sup>.

Très concrètement, cette « tentative » se déploie à partir d'un lieu, bien plus, d'une maison. La notion d'« habitat adapté aux grands précaires » portée par le collectif interroge d'emblée les conditions d'un « lieu de vie » qui n'est ni un « hébergement » ni un « logement autonome » mais véritablement un lieu collectif, habitable sur le long terme. Cette redéfinition du lieu s'accompagne d'une redéfinition conjointe du soin adapté à des personnes vivant à la rue depuis longtemps et pratiqué par les professionnels, travailleurs-pairs et bénévoles des équipes de rue toulousaines. Comme dans le cadre des maraudes, le soin dont il est question à la Maison Goudouli n'est pas orienté vers un objectif de guérison, ni pratiqué avec une idée préalable du type de soin adapté pour telle ou telle personne. C'est par le soin apporté à la vie quotidienne, par la mise en partage d'un lieu où l'on vit, où un rythme collectif est assuré et où il est possible de rester, que la Maison Goudouli réussit là où les autres échouent. De ce fait, là encore, la qualité du soin s'évalue à la manière dont les personnes s'attachent au lieu, y prennent des habitudes, retrouvent un quotidien rythmé par le repos, le sommeil et les repas. Ces attachements comptent d'autant plus que ce sont ceux-ci mêmes qui sont rendus impossibles, tout autant par la vie à la rue que par les solutions proposées pour en sortir<sup>32</sup>. Ainsi, là, mettre des affiches dans une chambre ou critiquer la nourriture deviennent des indices de mieux être, au même titre que la réduction de la consommation d'alcool, la reprise d'une alimentation diversifiée ou l'amélioration de la qualité du sommeil. Ce sont à ces critères que sont attentifs les salariés et militants du GPS intervenant bénévolement à la Maison Goudouli. On peut citer l'une des bénévoles :

On est attentif à d'autres critères comme ça, on les voit se poser dans la journée. Pendant longtemps, mais c'est normal aussi parce que tout ce qui existait c'était ça, ils avaient pris le réflexe (...) de se lever à 8h, et de franchir la porte et de dire bon voilà je vais dehors. L'habitude quoi, que les centres d'hébergement les mettent dehors à 8h. Donc les gens avaient ce rythme-là. Là maintenant, ils vont faire une grasse matinée, ils vont s'organiser autrement, faire leur petite sortie pour aller faire leur course, leur PMU, enfin je ne sais quoi, leur vie, quoi... mais plutôt sortir vers 10h, 11h. Revenir l'après-midi, faire la sieste, se mettre devant la télé. Ils se sont vraiment inscrits sur la maison, avec des habitudes sur la maison, plus du tout le réflexe d'être dehors. [Bénévole GPS, Maison Goudouli, Toulouse]

Ensuite, si ce lieu est une maison, il exige que les règles de vie ne soient pas définies *a priori* ni une fois pour toutes, mais qu'elles soient sans cesse réajustées. « Habitat adapté » cela veut dire aussi *adapté* à ce que des personnes avec un long parcours de rue l'investissent *à leur manière*, et donc le débordent. Ce débordement des cadres de la prise en charge, loin de constituer un motif de rappel à l'ordre, voire d'exclusion des personnes, est au contraire l'objet d'un travail commun d'adaptation de la réglementation aux problématiques singulières des personnes. L'exemple de la consommation

---

31

La Maison Goudouli – d'abord une occupation sans droit ni titre – émerge dans la conflictualité. Cette dimension est importante. On peut penser que l'expérience est aussi rendue possible parce que quelques années auparavant le GAF a ouvert la voie. La conflictualité a été essentielle dans le mouvement, comme le souligne J.Marc Legagneux, l'un des fondateurs du GAF : « On a eu des conflits violents, avec la précédente municipalité, avec laquelle on a bataillé pendant trois ans, parce qu'ils voulaient chasser les SDF du centre ville. Pendant trois ans on a fait tout un tas de manifestations, d'occupations, de colloques, pour pouvoir faire cesser cette politique ahurissante de ménage, qui est un sport national en France car cela se pratique quasiment partout. Il y a deux solutions avec les SDF : soit on travaille avec eux, soit on les chasse. Or travailler n'est pas simple, il faut aller sur des chemins inhabituels. La chasse en revanche, c'est facile. » <http://www.cosmopolitiques.com/en/node/343#attachments>, (Propos recueillis par Emilie Hermant et Cassiopée Guitteny, pour Cosmopolitiques – novembre 2010). »

32

Nous pensons ici aux récits des personnes hébergés dans des CHRS ou des Centres de Stabilisation sur le risque de « suspension » de l'hébergement et sur l'injonction parfois explicite des structures « vous ne devez pas vous attacher ». Mais on pense aussi aux récits innombrables de la solitude des personnes intégrées directement dans un logement autonome.

d'alcool est à ce titre éclairant, puisque beaucoup des habitants de la Maison Goudouli sont alcoolo-dépendants. Au moment de l'ouverture, aucune règle ne réglementait la consommation d'alcool, mais rapidement, du fait de l'alcoolisation massive de plusieurs habitants, il a été décidé, à l'initiative des personnes elles-mêmes, d'en restreindre la consommation au moment des repas. Il s'agit de faire avec la dépendance des habitants, de ne pas à tout prix (au prix de leur santé y compris) vouloir la sobriété pour des personnes dont la dépendance remonte à plusieurs dizaines d'années. Le pari consiste ainsi d'abord à lever le tabou de la consommation et depuis là à en réguler les excès. Les consommations ont été, à la demande des habitants, autorisées au moment des repas. Mais, et c'est là où le travail réglementaire de la Maison Goudouli radicalise ce parti pris : la règle générale de la prise d'alcool s'adapte à certaines situations exceptionnelles, si bien qu'il est possible dans certains cas d'en consommer en dehors des seuls repas. C'est le cas de Joseph qui souffre de problèmes de repérage spatio-temporels. Joseph, dès lors qu'il se retrouve à la rue, a tendance à se perdre et à errer jusqu'à épuisement dans les rues de Toulouse. Ainsi, l'équipe d'accompagnants, en accord avec le groupe d'habitants, a soumis l'idée d'une dérogation exceptionnelle consistant à lui laisser consommer de l'alcool en dehors des repas. Cette dérogation, bien acceptée par tous, permet à Joseph de rester dans la maison et donc de réduire les risques liés à ses errances dans les rues. Enfin, cette maison invite à redéfinir les positions des professionnels et des usagers. Cette porosité entre différentes positions est rendue particulièrement saillante dans le cas du travailleur-pair. Usager et habitant du lieu lui aussi, son rôle ne peut être défini ni comme celui d'un professionnel, ni comme celui d'un bénéficiaire. Pourtant il partage bien avec les bénéficiaires une expérience, un ensemble de savoirs et avec les professionnels une certaine fonction d'encadrement. Deux des militants à l'origine de l'occupation, Pierre et Anne, infirmier et assistante sociale, tentent de définir le rôle spécifique de cette personne à la Maison Goudouli :

William, il vit sur la maison, c'est un ancien de la rue, c'est quelqu'un qui était sans domicile, mais qui n'est pas dans la problématique grands précaires du public accueilli. Il a des fonctions d'accueillant et d'encadrant, ça on l'expérimente et avec le recul pour moi c'est extrêmement positif. Parce qu'effectivement c'est un encadrant qui vit sur place, qui est soumis aux mêmes règles qu'eux, d'horaires, d'alcoolisation, mais qui a cette fonction de poser aussi le cadre à un moment donné.

C'est pas un professionnel, mais du fait de vivre avec eux en permanence, il a réussi à créer un rapport à tous qui est... Alors je ne sais pas comment le définir, est-ce qu'il est mieux, plus fort ? Nous il y a des personnes qu'on connaissait depuis 10 ans à l'EMS, je vois William du fait de vivre avec eux, le rapport qu'il a avec eux est vachement plus sain. Il entre en relation avec les personnes de façon très facile alors que nous on les connaissait depuis 10 ans et on est encore sur la réserve, à se poser des questions de travailleurs sociaux, si je lui dis ça, comment il va réagir ? Comment j'aborde ça ? Lui, il est là, il vit là, lui c'est par rapport à la vie sur la maison, il va dire on vit tous ensemble et il y a ça qui va pas, faut le faire. Et sans forcément prendre des gants. N'importe qui dit quelque chose sur la maison, on peut lui renvoyer mais de toutes façons c'est facile pour toi de dire ça, tu ne vis pas là, tu vas rentrer chez toi ce soir. Il est assez à l'aise pour renvoyer des choses même sur l'accès à l'hygiène. Donc bon il va dire là bon si ça fait 6 mois que tu n'as pas pris de douche... (...) Moi j'entends que ce soit plus facile au quotidien de dire bon tu vas aller à la douche parce que moi je regarde la télé à côté de toi et voilà... [Entretien avec deux intervenants à la Maison Goudouli, membres de l'EMS, Toulouse]

Les termes dans lesquels Pierre et Anne définissent le statut de William donnent à voir combien la contiguïté de celui-ci avec les personnes habitant la maison, bien plus, le fait qu'il ne se contente pas de partager leur quotidien mais vive avec elles (il réside sur place), autorise d'autres manières d'entrer en contact et de faire avec ces personnes. Le savoir de William est de l'ordre d'un implicite, difficilement formulable par Anne et Pierre, tant il est attaché aux habitudes de ce salarié qui est aussi un ancien de la rue. Ce qui prévaut dans cette manière de travailler, de s'engager dans la relation, c'est un préalable, celui de la vie commune et partagée. L'on entrevoit alors que la définition du statut professionnel de William puisse manquer d'évidence et avoir du mal à être reconnu par l'institution. Anne et Pierre évoquent ainsi la difficulté qu'ils ont à « faire passer institutionnellement » la possibilité d'avoir un salarié à demeure. Anne remarque ainsi que William

« est salarié » mais se demande... « la nuit, il a quel statut? ».

On aimerait souligner pour finir une tension, celle de la reconnaissance institutionnelle d'un tel lieu. On l'a vu, la Maison Goudouli et ses intervenants ne se positionnent pas en contre de l'institution mais ils s'efforcent bien de faire avec sans abdiquer sur la teneur du lieu. C'est en ce sens que l'on voudrait faire valoir la force de cette « tentative » tout en en rappelant sa fragilité : la Maison Goudouli apparaît à bien des moments comme un laboratoire (– au sens d'un lieu d'expérimentation relativement confiné, qui permet à des êtres et des relations de trouver à être requalifiés –), mais pour lequel se pose la question de sa pérennisation, à savoir de son soutien par l'institution. L'évocation des difficultés à faire valoir la qualité du travailleur-pair auprès d'institutions qui raisonnent encore souvent en termes de catégories claires et tranchées – ou bien l'on est professionnel ou bien l'on est bénéficiaire – le met bien en évidence.

Ce qui nous a intéressé à Paris et à Toulouse, on le comprend à travers ces récits, c'est la pratique, l'expérience, des *Amériques* donc, et non pas des utopies, des non-lieux.

### **3 - Politique des enquêtes. Alliances.**

Arrivés à ce point, il nous faut revenir à la proposition que nous faisons en introduction. En ouvrant la possibilité de co-répondre à la question « comment rendre compte avec *politesse* du soin apporté aux grands précaires ? », nous voulions défaire un certain discours d'expertise, tendant d'un côté vers l'objectivation des affections sanitaires dont sont atteintes les personnes, d'un autre vers l'objectivation sociologique par l'explication des causes de ces affections. Et il est important de dire que cette défection quant à une position de maîtrise ou de surplomb, nous ne l'avons adoptée ni pour des raisons éthiques, par respect scrupuleux à des principes que nous nous serions fixés préalablement, ni pour des raisons théoriques, ce qui nous aurait poussé à sophistiquer plus encore notre écriture. Ce dernier point, qui concerne la technicisation du discours sociologique, nous semble déterminant car si comme nous avons essayé de le montrer, les accompagnants n'ont de cesse de fuir un tel discours pour rendre compte de leurs propres pratiques, quel sens y a-t-il à ce que les sociologues s'en saisissent à leur tour, en réinjectant du jargon là où précisément il avait été purgé ?

Il nous semble que lorsque les sciences sociales prennent à leur charge l'évaluation de ce qui est désigné comme « innovations sociales », le risque de perdre quelque chose d'important dans l'opération de traduction est moins scientifique que politique : en effet, cette charge politique court ce danger fort important de se voir dissoute par l'appareillage d'objectivation, et plus spécifiquement par la mise à distance méthodologique. Et l'on est bien obligé d'admettre que l'on retrouve cette même dissolution de la charge politique dans le cadre de recherches académiques. L'ethnographie méticuleuse par exemple n'est pas une méthode qui protège de manière certaine les chercheurs d'une réduction positiviste des situations : elle risque de nous éloigner tout autant des implications politiques qu'engage le métier de chercheur en sciences humaines : à rester le nez rivé sur « l'enregistrement » des pratiques sociales, on risque fort d'en perdre la tonalité, la vitalité, la texture affective.

Ce que nous aimerions examiner dans ce troisième mouvement, ce sont les attachements qui se sont tissés avec ce que l'on nomme normalement et inadéquatement les « terrains » ou plus exactement, ce que ces liens nous ont fait faire, particulièrement avec l'un d'entre eux : la Maison Goudouli. Car c'est en cet endroit que la question politique nous semble plus particulièrement posée, dans ce que nous nommons « alliances ». La notion d'alliance permet de garder quelque chose de ce qu'il n'y a

pas si longtemps l'on appelait dans les sciences sociales « prendre parti » ou avoir un « parti pris ». Mais cela veut dire en même temps, délaisser les usages idéologiques et dogmatiques qui ont été faits de ces notions, se débarrasser de la fixité qu'elles induisent (« camper sur ses positions »), pour leur accorder à nouveau une valeur dynamique et positive. Il nous faut donc faire preuve de clarté : nous ne voulons ni « dépasser » la sociologie critique de nos aînés, ni non plus céder à cette autre position majoritairement tenue aujourd'hui (et finalement bien commode), de la « critique de la critique »<sup>33</sup>. S'allier, c'est refuser ce choix comminatoire : ou bien adopter une position explicative, surplombante et externe aux expériences dont nous voulons rendre compte, ou bien acquiescer aux formes contemporaines de l'oppression.

La tentative que nous esquissons alors revient à dessiner au fur et à mesure une trajectoire de recherche qui *engage* les vies de ceux et celles dont on parle et engage par là même les nôtres. Parler de trajectoires nous permet d'insister sur le fait que ce sont bien des pratiques de recherches qui nous guident, au sens où comme nous y invitent les philosophes des sciences Isabelle Stengers et Vinciane Despret, ces pratiques sont faites de tâtonnements et d'hésitations et se définissent au fur et à mesure de leurs enchaînements<sup>34</sup>. Mais dire qu'en même temps nous nous allions, que nous *faisons alliance*, c'est à nouveau insister sur la portée des engagements en jeu dans les expériences, et de leur continuité à travers nos propres pratiques de recherche, à leur diffusion enfin.

### ***L'alliance comme extension du domaine de la confiance***

Nous accordons une place centrale dans nos travaux à la notion de confiance. Cette notion, depuis la philosophie de William James<sup>35</sup>, en passant par les travaux d'Irving Goffman<sup>36</sup>, ou plus récemment par la sociologie des espaces potentiels d'Emmanuel Belin<sup>37</sup>, permet de délaisser toute attitude soupçonneuse vis-à-vis des expériences vécues par les acteurs au profit d'une attention pour les *prises et points d'appuis* qui se présentent à eux, pour ré-assurer leur confiance dans l'expérience qu'ils font du monde (W. James), celle en jeu dans les interactions sociales (I. Goffman) ou dans des espaces potentiellement bienveillants (E. Belin). Dans l'enquête empirique que nous avons réalisée, l'opérativité de la notion de confiance réside dans ce qu'elle n'est pas seulement un analyseur pour les chercheurs, elle est aussi au centre de la relation qui lie les personnes qui ont un long parcours de rue et celles qui tentent de prendre soin d'elles. Ainsi peut-on dire que le soin s'applique moins sur des corps en mauvaise santé que sur la relation de confiance qui lie soignants et soignés, sur le fil ténu qui les maintient en contact.

En focalisant l'analyse sur deux lieux de vie, la Maison Goudouli et cette pension de famille du nord de Paris, nous avons en quelque sorte quitté les trottoirs des villes et l'espace de travail des équipes de rue, nous avons également quitté les lieux technicisés du soin, PASS d'hôpitaux et consultations de médecine de ville, pour investir des « maisons ». Ce focus doit être compris comme le suivi

---

33

Nous faisons référence ici au célèbre article écrit par Luc Boltanski, « Sociologie critique et sociologie de la critique » paru en 1990 dans la revue *Politix*.

34

V. Despret ; I. Stengers, *Les faiseuses d'histoires. Que font les femmes à la pensée ?*, Ed. La Découverte. Les empêcheurs de penser en rond, Paris, 2011.

35

W. James, *Essai d'empirisme radical*, Flammarion, 2007.

36

E. Goffman, *La mise en scène de la vie quotidienne. Tome 2. Les relations en public*. Les Éditions de Minuit, 2000.

37

E. Belin, *op. cit.*

d'une dynamique de mise en confiance des personnes, qui passe par l'instauration de lieux de vie leur permettant de recomposer progressivement les bases d'un habiter stable, d'un chez-soi. Face à des personnes qui ont complètement perdu confiance dans les dispositifs sanitaires et d'hébergement, il s'agit de proposer d'autres sortes de lieux, dans lesquels la confiance dans la continuité de l'habiter est possible. C'est bien pour cette raison qu'à la Maison Goudouli, la place des habitants dans la maison est « garantie à vie », c'est même, aux dires des praticiens, la seule règle fixe de la maison. Là où dans les dispositifs classiques d'hébergement il est demandé aux personnes de « ne pas trop s'installer » voire, comme à l'hôpital, où les lits doivent être libérés au plus vite, c'est la dynamique inverse qui est impulsée à la Maison Goudouli : il est fait en sorte que les personnes puissent non seulement s'installer, mais encore, qu'elles puissent prendre leurs aises : la participation aux repas pris en commun à des heures fixes, la pratique de la sieste de l'après-midi ou les « soirées télé » constituent ainsi pour les accompagnants autant de marqueurs de la confiance que les personnes témoignent dans leur environnement le plus proche. Retrouver l'habitude de vivre au quotidien sans la menace d'un renvoi pour des raisons comportementales, sans l'obligation de quitter les centres d'hébergement durant la journée, sans les menaces constantes que la vie à la rue entraîne, en passe par la répétition de ces situations ordinaires qui fabriquent lentement un chez-soi, par l'appropriation progressive des espaces et leurs usages réitérés jour après jour.

Aux dires des accompagnants et des habitants de la Maison Goudouli, cette confiance à nouveau rendue possible n'est pas simplement à mettre au compte de la possibilité offerte de s'attacher à un chez-soi. Elle provient de ce que l'obtention du lieu s'est faite au prix d'un combat engagé avec les autorités par l'occupation illégale du bâtiment et surtout de ce que ce combat a été mené collectivement. L'effet majeur qu'a produit cette lutte, c'est de recomposer tout autrement les places des uns et des autres : jusqu'à ce que l'occupation ait été régularisée, et que se soit éloignée la menace d'expulsion, travailleurs sociaux, infirmiers et habitants de la maison ont co-habités, afin d'en garantir la sécurité. Depuis ce moment de lutte, une forme nouvelle de confiance s'est installée entre les participants, par l'égalité de position permise tout à coup, par la solidarité manifestée bien au-delà du seul champ de « l'urgence sociale ». Si cette solidarité s'est rapidement essoufflée et que la mobilisation a été portée au long cours par seulement une poignée d'accompagnants, il reste de ce moment une confiance en ce que l'expérience de la Maison Goudouli n'est pas simplement de l'ordre d'un dispositif d'aide mais engage des solidarités qui débordent les cadres de la professionnalité ou de la simple relation d'aide.

La confiance est contagieuse, elle est vectrice d'alliances. Prenant au sérieux cette proposition, nous disons qu'à la Maison Goudouli, il y a de la confiance à tous les étages : confiance des habitants dans leur lieu de vie, confiance entre les personnes hébergées et les accompagnants, confiance dans un réseau étendu de soutien de professionnels de l'urgence sociale (le GPS) et au-delà (milieux associatifs, groupes politiques informels), confiance enfin des institutions locales (Agence Régionale de Santé, Mairie, CCAS) dans la gestion courante et à long terme du lieu. Dire qu'il y a de la confiance à tous les étages ne signifie pas que tout le monde a une confiance totale en tout le monde, mais que c'est grâce à cette confiance déployée (minimalement parfois, comme celle qu'entretiennent les accompagnants vis-à-vis de certaines institutions) que l'expérience est finalement rendue possible. Et c'est bien en ce premier sens de *confiance déployée* que la notion d'alliance doit être comprise, dans sa capacité à rendre compte de ces modes de relations que l'alliance avec des chercheurs peut venir poursuivre et prolonger (la bienveillance, le fait de « pouvoir compter sur »), en cohérence avec ceux qui jouent leur vie sur le terrain.

### ***Du caractère contagieux de l'alliance***

Si la perspective de l'alliance ouvre la recherche à la poursuite et à la prolongation de la confiance

déployée par des expériences comme celle de la Maison Goudouli, c'est cependant un exercice périlleux qui réclame beaucoup de prudence. Le caractère « exemplaire » de la Maison Goudouli, de même que sa publicisation importante (tout du moins localement), souhaitée et mise en œuvre par le collectif militant depuis l'ouverture, induit un risque certain de « laboratorisation » de l'expérience, un risque qui n'échappe ni aux habitants, ni aux accompagnants : il arrive aux premiers de rabrouer un inconnu venu réclamer un témoignage et aux seconds de nous confier leur réticence à voir la Maison devenir une curiosité. Mais le paradoxe et la fragilité de la qualité de l'habiter dans la maison tient autant à la vie qui y a cours qu'aux appuis dont elle bénéficie au dehors. Aussi, les visites de courtoisie et amicales sont elles toujours bien accueillies, que le visiteur soit un ami ou un membre de la famille de l'un des habitants ou de l'un des accompagnant d'ailleurs, ou qu'il soit comme nous sociologue.

Afin de donner à voir les effets de la circulation de l'expérience de la Maison Goudouli hors de son contexte local, nous souhaitons présenter maintenant l'exposition que nous en avons fait lors d'un colloque. La proposition de participer à ce colloque a été favorablement accueillie par les accompagnants de la Maison, elle a été perçue comme une manière de « parler de l'expérience » à l'extérieur, de « la faire reconnaître publiquement ». Elle intervient au moment où l'expérience doit renforcer sa légitimité : la Maison, bien que soutenue par la Mairie et reconnue officiellement avec un statut associatif depuis janvier 2012, a toujours à se défendre face à la Préfecture et l'ARS notamment.

Le colloque en question se déroule au Conservatoire National des Arts et Métiers, avec pour thème : « l'action collective, au croisement du social et du politique »<sup>38</sup>. L'exposé du GRAC retrace l'expérience et reprend les axes forts de celle-ci. Il fait ainsi exister dans ce haut-lieu de la reconnaissance des professionnalités (un Conservatoire !) des manières de faire, des pratiques du travail social et du soin toutes singulières, dérogatoires, qui s'échappent des cadres habituels<sup>39</sup>. Les effets produits par l'exposé sont contrastés : d'un côté, une certaine hostilité, avec, par exemple, une intervenante universitaire révoltée s'exclamant : « mais on ne peut quand même pas dire que c'est bon de laisser boire les gens ! ». Nos réponses permettent de relayer les comptes-rendus d'expérience que font les accompagnants à Goudouli : l'opérativité d'une démarche de Réduction Des Risques *versus* une démarche de sevrage, l'observation du mieux-être des habitants quand bien même il s'agisse d'un habitat squatté avec un confort tout relatif mais dont les règles permettent aux grands précaires d'y vivre, d'y habiter (ce qui n'avait pas été possible dans les institutions classiques de prise en charge, peut-être moins rudimentaires, mais bien peu hospitalières). D'un autre côté, plusieurs travailleuses sociales du public se disent « enthousiastes ». Clairement, le récit de la Maison Goudouli leur a ouvert de nouvelles perspectives. Ainsi cette infirmière de maraude de dire qu'elle partage les mêmes difficultés à trouver des accueils adaptés et de lancer : « on va se mettre à squatter aussi ! ». Deux étudiantes en travail social nous demandent si nous ne connaissons pas des similaires expériences en Île-de-France, elles sont actuellement en stage dans une grande association d'accueil de sans-abris et cherchent à connaître d'autres formes d'action.

38

Nous avons proposé à deux membres du Conseil d'Administration de la Maison de nous accompagner, ce qu'ils n'ont pu faire faute de temps.

39

A noter que l'appel à communication invitait les participants à interroger des formes de radicalité dans le travail social : « le travail social peut-il aller jusqu'à une forme d'action politique avec les groupes, en lien ou non avec les institutions, dans le but d'améliorer des conditions de vie ou d'émancipation, de démocratisation de la culture, etc.? (...) Certaines actions collectives peuvent se développer à l'écart des institutions en action sociale autogérée, indépendante des financements publics et souvent opposée à toute forme d'institutionnalisation (absence d'existence légale sous statut associatif ou d'autres statuts, rejet des règles et normes en vigueur dans le reste de la société). » Or, nous avons remarqué que l'expérience de Goudouli était parmi les interventions retenues la seule action autogérée, émergeant sous forme conflictuelle, ce qui renforce d'autant plus l'enjeu à rendre visible cette autre forme de pratique dans le répertoire de l'action du travail sanitaire et social.

Faire circuler cette expérience en dehors de Toulouse, de son réseau de professionnels de l'urgence sociale, c'est bien une « tentative » pour ne pas la mortifier, puisqu'elle fait réagir, puisque les questions qu'elle pose sont toujours susceptibles d'être ravivées ailleurs et par d'autres moyens. Cette propagation de l'expérience, toujours possiblement contagieuse, est le deuxième sens que nous donnons à la notion d'alliance : de nouvelles dynamiques peuvent se poursuivre ailleurs, et de nouvelles alliances voir le jour.

### ***Inscription et sédimentation par l'alliance***

La question que nous voudrions poser maintenant correspond au troisième sens que nous donnons à cette notion d'alliance : comment participer à l'inscription dans le temps d'expériences comme celle de la Maison Goudouli ? Et comment les accompagner dans leur processus de pérennisation ? Nous entendons donc l'alliance ici dans la capacité que nous lui conférons à *sédimer* les expériences. En géologie, la sédimentation est un processus par lequel des particules de matière quelconque cessent progressivement de se déplacer et se réunissent en couches. Le terme de sédimentation suggère une accumulation de petits éléments qui garantissent, *in fine*, que les expériences se compactent, et ainsi, puissent perdurer dans le temps<sup>40</sup>. Si nous parlons de sédimentation plutôt que d'institutionnalisation, c'est dans le but de dégager la pérennisation des expériences du seul effet de leur institutionnalisation. Pour un lieu de vie comme la Maison Goudouli, dont la qualité tient à la fragile possibilité d'habiter offerte à des personnes qui n'ont plus habité depuis très longtemps, on voit nettement qu'une rigidité normative et réglementaire la mettrait profondément en danger. C'est bien ce que redoutent les habitants comme les accompagnants. Pourtant, si la Maison a tenu jusqu'à aujourd'hui, c'est aussi qu'elle bénéficie de financements publics adéquats, qui permettent aux accompagnants de percevoir des salaires et que les frais courants soient pour l'essentiel pris en charge. La création d'une association gestionnaire de la Maison a garanti jusqu'ici la souplesse réglementaire qui caractérise le lieu de vie ; de même que la tenue régulière de conseils de maison, auxquels participe l'ensemble des habitants, a garanti que cette réglementation soit discutée et décidée avec eux. Les alliances avec les financeurs sont essentielles mais elles ne suffisent pas.

La sédimentation de l'expérience de la Maison est en premier lieu liée à la victoire du collectif d'occupants au Tribunal ; autorisés à rester en place, une discussion pouvait alors commencer avec la Préfecture. Ensuite, chemin faisant, de discussions en discussions, auxquelles étaient associées différents partenaires (CCAS, ARS, etc.), le collectif a obtenu la création de postes et des financements mais aussi l'engagement de la part des financeurs de la construction, dans un délai de deux ans, d'un autre lieu permettant le déménagement des habitants dans de nouveaux locaux, neufs et confortables, et surtout adaptés. L'expérience du squat des locaux de l'AFPA se sédimente donc depuis maintenant deux ans, jusqu'à ce lieu pérenne dont l'ouverture est aujourd'hui garantie (les plans sont actuellement en cours d'élaboration). La sédimentation tient aussi aux liens qui se tissent avec le quartier, notamment à travers des journées portes ouvertes où les voisins sont invités à « venir passer un moment convivial avec les habitants ». Mais surtout, ce qui *tient* la Maison Goudouli, ce sont ses habitants, des grands précaires aux très long parcours de rue et d'errance institutionnelle, qui ont trouvé là un lieu pour habiter. C'est bien l'alliance entre ces habitants et les accompagnants, cette relation dont nous avons ici essayé de faire percevoir la teneur, qui permet aux personnes de rester dans la Maison et de l'habiter (depuis deux ans, personne n'a quitté la Maison ; deux personnes sont décédées mais sont restées dans la maison jusqu'au dernier moment ;

---

40

Nous avons largement développé cette notion de sédimentation dans le rapport suivant : GRAC, COPSAT, *De la ville durable à la ville habitable : Expériences de participation instituée et dynamiques collectives autonomes à l'épreuve de l'écologie*, Rapport de recherche Programme « Concertation Décision Environnement », APR 2008/2009, MEDDE, janvier 2013.

une autre est partie retrouver sa famille et n'était pas encore revenue, au jour de notre dernière visite, son lit lui était réservé).

Enfin, l'alliance avec des chercheurs peut aussi contribuer à sédimenter une telle expérience, non pas simplement en participant à la documenter mais plus encore, en suscitant la pensée, en actant des couches nouvelles et plus anciennes qui se sont sédimentées. Aux prises avec l'action et la réflexion pour maintenir la Maison, le collectif d'accompagnants est toujours avide d'occasions d'approfondir et de poser autrement les questions qui comptent pour eux.

## Conclusion générale

La dynamique d'alliance que nous venons de présenter, à travers ces trois dimensions, comme *confiance déployée*, comme *contagion possible* et comme *sédimentation*, converge avec une autre, sur laquelle nous souhaitons revenir pour conclure cet article. L'alliance que nous avons voulu créer avec les écrits de Deligny et Joseph ainsi qu'avec ceux du collectif Précipité dépasse l'entrecroisement des enquêtes sur lequel nous avons particulièrement insisté jusqu'à maintenant. Dans les deux cas, les enquêtes n'ont pas été menées ni au nom de la science, ni au nom d'une meilleure technique éducative, mais en alliance avec les habitants des foyers et les enfants autistes, en les considérant comme co-enquêteurs d'un phénomène qu'il s'agissait de faire apparaître *ensemble*. Il n'a pas été question pour eux ni d'expliquer les phénomènes qu'ils observaient, ni de les interpréter, mais de tenter de les comprendre de l'intérieur, par le milieu, par l'enchâssement des expériences de vie et d'écriture, sans distance mais non sans rapport avec la vérité – Joseph s'adressant à Deligny : « Voilà ce qu'il y a de particulier dans votre manière de dire votre histoire : variations quasiment infinies sur un même événement ; pluralité de morales pour une série de fables qui tournent toutes autour de la vérité, lui font la fête et la nique ».

Au même titre que le sont les manières de soigner ajustées aux personnes avec un long parcours de rue, l'écriture est une expérience. En ce sens, il nous semble légitime de maintenir, dans ce que traduit l'écriture, cette continuité d'expérience, en la pliant à la gestuelle soignante engagée. La vertu du tact, comme son origine étymologique l'indique, est de mettre en contact, de faire se toucher, de rendre sensible autant qu'intelligible. Le tact de Joseph avec Deligny, celui de Deligny avec les enfants autistes, le tact du collectif Précipité vis-à-vis des habitants des foyers : « On ne veut pas savoir, ni redoubler les catégories de l'institution. Les « usagers », les « résidentes », les « hébergées » sont des produits de l'institution ; les « mamans », les « sœurs », la « famille », comme elles disent ici, c'est autre chose, un autre plan ».

De cette façon, l'insaisissable résidu dont nous parlions au début de ce texte, ce que le langage des sciences sociales rate presque toujours, peut peut-être apparaître. Dans la vibration de sens produite par l'agencement d'écriture distinctes, chacune cherchant un passage pour traduire la fragilité de formes de vies elles aussi distinctes, émerge une figure que nous voudrions retenir finalement, celle de la politesse. Vinciane Despret et Isabelle Stengers nomment « politesse » ce qui fait différence entre les modes de connaître des naturalistes ou des amateurs d'animaux et ceux des éthologistes. Ce sur quoi elles veulent mettre l'accent, c'est la différence entre du côté des « amateurs » une « quête de la pertinence », une exploration des questions qui intéressent les animaux et les êtres humains concernés, et de l'autre côté, du côté de la science, la pratique sauvage des éthologistes « qui construisent un savoir sur le dos de ceux auxquels ils adressent leurs questions <sup>41</sup> ». Pour

---

41

V. Despret, « Faire de James un lecteur anachronique de Von Uexküll » in Debaise, D., *Vie et expérimentation*, Pierce, James, Dewey, Vrin 2007, p.6.

autant, ni Despret ni Stengers ne condamne les sciences éthologiques<sup>42</sup>, il ne s'agit pas pour elles d'en faire la critique, ni de proposer d'autres fondements épistémologiques à la discipline, mais d'attirer l'attention des scientifiques sur la pluralité de ce qui échappe à leurs modes de connaissance. En tant que chercheurs en sciences sociales, en tant que chercheurs travaillant sur toutes sortes de formes de vie, nous devons entendre ce que disent I. Stengers et V. Despret, leur avertissement. Car la politesse dont elles parlent se double d'un refus, d'un « non ! » adressé aux pratiques impolies des scientifiques, à des sciences qui se construisent aux dépens de ceux dont elles doivent rendre compte.

---

42

Voir à ce sujet l'article de V. Despret « Does sheep have opinions » in B. Latour et P. Weibel (éd.), *Making Things Public. Atmospheres of Democracy*, Cambridge (USA) : M.I.T. Press, 2006, pp. 360-370.